



Nederlandse  
Zorgautoriteit

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
T.a.v. minister H.M. de Jonge  
Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG

Newtonlaan 1-41  
3584 BX Utrecht

Postbus 3017  
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11

F 030 296 82 96

E info@nza.nl

I www.nza.nl

**Uw brief van**  
30 juli 2019

**Uw kenmerk**  
1559080-193554-Z

**Behandeld door**  
Directie Regulering

**Telefoonnummer**  
088 770 8 770

**E-mailadres**  
regulering@nza.nl

**Kenmerk**  
0344869/531186

**Onderwerp**  
Uitwerking varianten integrale vergelijking

**Datum**  
10 september 2019

Geachte heer De Jonge,

Hartelijk dank voor uw brief van 30 juli jl. (kenmerk: 1559080-193554-Z) waarin u een eerste reactie geeft op het plan van aanpak voor de integrale vergelijking en ons verzoekt een aantal nadere vragen te beantwoorden. Wij zijn volop aan de slag met deze mooie opdracht om een betere bekostiging te ontwerpen.

### **Uitwerking varianten**

De samenleving en politiek vragen om verbetering van de kwaliteit van zorg in de verpleeghuizen. Deze vraag vormt de basis voor het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) werkt daar graag aan mee en ontwikkelt, mede in uw opdracht, een nieuwe bekostiging waarmee ieder verpleeghuis in de toekomst kan voldoen aan dit kwaliteitskader. Met het oog daarop werken we de integrale vergelijking uit. Hiermee kunnen we, na wetwijziging, met voorzichtige stappen beter passende tarieven invoeren, waarmee zorgkantoren beter kunnen inkopen, en er meer recht wordt gedaan aan de verschillen tussen zorgaanbieders.

In uw verzoek van 30 juli 2019 vraagt u om een nadere uitwerking van diverse varianten. Hierbij verzoekt u specifiek om uitwerking van varianten die géén wetwijziging behoeven. U geeft hierbij aan te denken aan tariefsoorten op het niveau van een cluster of differentiatie van de regionale contracteerruimte. Daarnaast vraagt u om rekening te houden met randvoorwaarden uit een eerdere brief (21 mei 2019 kenmerk 1533261-189936-LZ), een aantal genoemde criteria, een onderscheid te maken tussen niet-beïnvloedbare factoren en beïnvloedbare factoren, en de rol van toezicht van de NZa op Wlz-uitvoerders mee te nemen.

In de bijlage van deze brief vindt u de uitwerking van diverse methoden. Hierbij merk ik op dat wij er nu van uitgaan dat voor alle beschreven varianten (tariefsoorten op het niveau van een cluster of differentiatie van de regionale contracteerruimte) wetswijzigingen nodig zijn. Het gaat dan om wetswijzigingen met betrekking tot tariefsoort en transparantie-mogelijkheden. We lichten dit kort toe:

**Kenmerk**  
0344869/531186

**Pagina**  
2 van 3

Eenzijds gaan wij er van uit dat een wijziging nodig is om de NZa de bevoegdheid te geven om per zorgaanbieder in hoogte variërende tarieven met tariefsoort maximum of minimum vast te stellen. Met deze wijziging kunnen wij bij het vaststellen van de tarieven beter rekening houden met de verschillen tussen de aanbieders (zonder vrije tarieven of administratief belastende vaste tarieven). Zonder wetswijziging moeten we één uniform maximum- en/of minimumtarief stellen voor alle aanbieders, terwijl we weten dat niet alle aanbieders in de langdurige zorg vergelijkbaar zijn. Beter passende tarieven dragen bij aan de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de langdurige zorg. Door de wetswijziging zou het mogelijk worden om beter rekening te houden met de verschillen en beter passende tarieven te stellen waarop het zorgkantoor kan inkopen. Zo kunnen zowel de zorgkantoren als wij onze taken beter uitvoeren.

Daarnaast is het voor alle methoden van belang dat partijen de uitkomsten van de vergelijking kennen. Wij willen het model en de uitkomsten van de integrale vergelijking maximaal transparant maken en inzetten voor onderlinge vergelijking. Daarmee wordt leren van elkaar mogelijk. Daarom gaan we in overleg met de ACM en juristen om onze mogelijkheden hierin te verkennen. Op basis van de gevoerde overleggen gaan wij er nu van uit dat er een aanpassing nodig is in de wettelijke grondslag voor de NZa om (bedrijfsvertrouwelijke) gegevens van/over zorgaanbieders te verstrekken aan zorgkantoren en aan zorgaanbieders over elkaar. Alleen dan kunnen we de openheid geven waar de sector ons om vraagt en welke nodig is voor de gewenste veranderingen.

Als NZa kunnen we dit dus niet alleen. We hebben u en uw ministerie hard nodig om deze nieuwe bekostiging te ontwikkelen en goed in te voeren.

### **Tijdspad**

In uw brief van 30 juli 2019 geeft u aan dat de NZa wordt verzocht te starten met de data-uitvraag (fase A). Daarnaast vraagt u om de uitkomsten van de integrale vergelijking met een bijbehorende impactanalyse eerder dan gepland, namelijk 15 maart 2020 op te leveren.

De voorbereidingen voor een data-uitvraag zijn in volle gang. Meer dan 20 zorgaanbieders denken en kijken kritisch met ons mee. Wij willen echter het veld niet belasten met een data-uitvraag als niet vooraf duidelijk is wat er met de gegevens gebeurt. Omdat die duidelijk er op dit moment nog niet is, hebben we de gegevens-uitvraag met een maand moeten uitstellen naar half oktober.

Ambtelijk is aangegeven dat de duidelijkheid of een wetswijzigings-traject wordt gestart op dergelijke korte termijn ingewikkeld is, het traject minimaal een jaar duurt en mede afhankelijk is van de uitkomsten van de integrale vergelijking. Omdat het traject tot wetswijziging nog niet in gang is gezet, moet de conclusie worden getrokken dat toepassing van de integrale vergelijking in de NZA-tarieven per 2021 niet haalbaar is.

**Kenmerk**  
0344869/531186

**Pagina**  
3 van 3

Wij zullen daarom aan het veld communiceren dat de komende data-uitvraag benut wordt voor de ontwikkeling van het model. Deze nulmeting levert alle partijen inzicht in de werking en uitkomsten van een integrale vergelijking. Wij verwachten overigens dat deze mogelijkheid om ervaring met de vergelijking op te doen en de duidelijkheid daarover bijdragen aan het draagvlak bij de partijen.

De invoering van een integrale vergelijking als basis voor de tarieven is een stapsgewijs proces naar een betere bekostiging. We vinden allemaal dat zorgvuldigheid en helderheid over de effecten in de praktijk noodzakelijk zijn voor een succesvolle implementatie. Een tweede meting, najaar 2020, kan dan de basis zijn voor de regelgeving van 2022. Hiervoor is noodzakelijk dat de benodigd lijkende wetswijziging dan is gerealiseerd.

### **Vervolg**

Ik begrijp dat een goede afweging tussen diverse varianten voor de toepassing van de integrale vergelijking zeer belangrijk is. Voor de gesprekken met de sector en voor de ontwikkeling van het model zelf, is het echter noodzakelijk dat er voorafgaand aan de data-uitvraag duidelijk is aan welke methode van implementatie wordt gewerkt. We vragen u daarom om voor de eerste gegevensuitvraag aan te geven welke toepassing uw voorkeur heeft, en hoe deze komend jaar kan leiden tot de noodzakelijke (juridische) helderheid voor alle betrokken partijen.

Wij hopen dat u met bijgevoegde verkenning voldoende geïnformeerd bent om op korte termijn een keuze te maken voor die koers.

Met vriendelijke groet,  
Nederlandse Zorgautoriteit

dr. M.J. Kaljouw  
voorzitter Raad van Bestuur

**Uitwerking methoden bekostiging  
op basis van integrale vergelijking  
van verpleeghuiszorg**

## **Inhoud**

<b>1 Aanleiding</b>	<b>3</b>
<b>2 Achtergronden</b>	<b>5</b>
<b>3 Uitwerking methoden</b>	<b>10</b>
<b>4 Vergelijking verschillende methoden</b>	<b>22</b>
<b>5 Voorkeur NZa</b>	<b>30</b>

# 1 Aanleiding

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in maart geadviseerd over te gaan tot een nieuwe wijze van het bekostigen van verpleeghuizen. De NZa heeft van VWS de opdracht gekregen om voor de bekostiging van verpleeghuizen per 2021 te starten met het opzetten van een integrale vergelijking. De integrale vergelijking is een methode om tarieven vast te stellen op basis van een vergelijking tussen kosten van zorgaanbieders. We vergelijken niet alleen op basis van de zorgvraag van de bewoners. In afstemming met het veld kunnen ook andere omstandigheden meegenomen worden. Hierdoor zullen we meer maatwerk bieden in de tarieven en wordt het voor alle verpleeghuizen mogelijk het kwaliteitskader te halen.

Naar aanleiding van het plan van aanpak heeft de NZa op 30 juli 2019 van VWS de opdracht gekregen tot het verder uitwerken van meerdere methoden om de integrale vergelijking een effect te laten hebben op de tarieven van 2021.

## *Opbouw van het document*

We starten kort met de achtergronden van dit document beschreven in hoofdstuk 2.

In hoofdstuk 3 vindt u een uitleg van de verschillende methoden. Binnen de methode zijn er verschillende mogelijkheden (beleidsopties) om de uitkomsten in de tarieven te verwerken. Deze keuze hoeft nog niet nu gemaakt te worden, maar kan wel inzicht bieden in de mogelijkheden die een methode biedt. Daarom is deze uitwerking toegevoegd. We vergelijken de methoden in hoofdstuk 4 en vatten deze vergelijking samen in een tabel. We sluiten af met onze voorkeur.

Bij één en ander moet worden bedacht dat het gaat om hoofdlijnen, op basis van de huidige stand van zaken. Zo moet namelijk nog een keuze worden gemaakt tussen de methoden en beleidsopties. Ook moeten die verder worden ingevuld; de NZa ontwikkelt de integrale vergelijking en de toepassing ervan namelijk mede met veldpartijen. Dat proces loopt nog. Definitieve conclusies kunnen pas na verdere invulling worden getrokken.

Voor de opbouw van een integrale vergelijking en de argumenten om dit te gebruiken in de tariefregulering, verwijzen wij u naar het eerdere advies van de NZa.

## **Projectdoel**

Het doel van dit project is het fundament leggen voor een bekostiging op basis van een integrale vergelijking voor de verpleeghuiszorg. Deze nieuwe bekostiging borgt dat alle zorgaanbieders zorg volgens het Kwaliteitskader kunnen leveren, ook in de toekomst.

Het ontwikkelen van dit bekostigingsmodel is een evolutionair meerjarig proces dat in samenwerking met de sector gebeurt. Dit jaar zetten we een eerste stap waarmee we de basis leggen voor dit proces. Voor de integrale vergelijking is het belangrijk dat het leren en verbeteren mogelijk wordt gemaakt door het versterken van *vertrouwen en openheid [Visie Nuland]*.

**Reikwijdte**

Deze nieuwe vorm van kostenonderzoek en regulering wordt stapsgewijs met de sector ontworpen en ingevoerd. Alle partijen zijn het er over eens dat schokken in de bekostiging voorkomen moeten worden. Met de invoering van het kwaliteitskader wordt er al veel van zorgaanbieders gevraagd. Het is daarnaast ook zaak om de bekostiging voor de komende jaren te baseren op een goed systeem. Zo kunnen nieuwe schokken, zoals de kwaliteitsmiddelen of de herijking, in de toekomst zo veel mogelijk worden voorkomen en veranderingen geleidelijk worden doorgevoerd.

De NZa wil eerst ervaring opdoen binnen de VVT-sector alvorens in overleg met andere sectoren te bepalen of deze systematiek ook geschikt is om Wlz-breed toe te passen.

## 2 Achtergronden

In dit hoofdstuk bespreken we de rol van de integrale vergelijking in het stelsel en de samenhang met eerdere en toekomstige beleidsontwikkelingen.

### **Integrale vergelijking**

Een kernelement van de toekomstige bekostiging is de integrale vergelijking tussen aanbieders van de verpleeghuiszorg. Deze bekostiging is *eenvoudig en duurzaam* en levert *waarde gedreven zorg*. [Visie Nuland.]

De bestaande bekostigingssystematiek sluit niet goed aan bij het Kwaliteitskader. Onder het huidige bekostigingsmodel worden de maximumtarieven op de gemiddelde kosten van in principe alle zorgaanbieders gebaseerd. Omdat de omstandigheden waarin de aanbieders zorg leveren verschillen, terwijl alle aanbieders aan dezelfde Kwaliteitskadernorm moeten voldoen, is het nodig om met deze verschillen rekening te houden. Op verzoek van het Ministerie van VWS corrigeren we in 2020 voor de niet-beïnvloedbare verschillen in niet-beïnvloedbaar verzuim. Maar een opstapeling van aparte compensaties per kostenverschilfactor biedt geen structurele oplossing voor de toekomst, want het is bijna onmogelijk om alle mogelijke factoren van elkaar te scheiden en apart te compenseren.

De integrale vergelijking is een veelbelovend alternatief, bekend uit de literatuur. Deze methode wordt al toegepast bij reguleringsvraagstukken in andere landen, zoals de regulering van energienetwerken in Noorwegen. De integrale vergelijking kijkt naar een aanbieder in zijn geheel en baseert zijn tarief op de kosten van vergelijkbare aanbieders, ofwel zijn 'peers' (de aanbieders die in vergelijkbare omstandigheden opereren). Zo kan er een inschatting worden gemaakt over de benodigde kosten per aanbieder om in zijn specifieke situatie de goede zorg te kunnen leveren volgens het Kwaliteitskader.

Het ontwikkelen en toepassen van de integrale vergelijking is een evolutionair proces, uitgevoerd samen met de betrokkene partijen, waarmee steeds meer inzicht komt over de doelmatige tarieven om goede zorg te leveren. Dit proces is inmiddels gestart samen met de sector. Er zijn, conform plan van aanpak werkgroepen gevormd en van start gegaan om bepaalde vraagstukken in meer detail uit te werken. In dit document verwijzen we waar nodig aan de beoogde input van deze werkgroepen in het kader van dit traject.



### **Tariefregulering door de NZa in het huidige stelsel: ruimte voor verbetering**

De Wlz legt bij de NZa en de zorgkantoren een sturende rol neer in de tarifiering en de doelmatigheid. De NZa stelt met haar regels en tarieven de randvoorwaarden waarbinnen zorgkantoren en zorgaanbieders kunnen komen tot goede afspraken. Daarnaast houdt de NZa toezicht op het inkopen van zorg door de zorgkantoren, die passend is bij de noden en wensen van de verzekerden.

Op dit moment vergelijkt de NZa voor het bepalen van de tarieven alleen de kosten per patiënttype (zorgzwaartepakketten - zzp). Meestal wordt op basis van de gemiddelde kosten één maximumtarief vastgesteld dat geldt voor alle verpleeghuizen. Deze methode biedt ruimte voor verbetering. Zo kunnen er specifieke omstandigheden zijn waar aanbieders geen invloed op hebben, maar die wel invloed hebben op de kostprijs (bijv. ziektelast in wijken met een laag sociaal economische status). Op verzoek van VWS is in tarieven 2021 een correctie voor voorspelbare kostenverschillen in het ziekteverzuim. Voor andere niet-beïnvloedbare kostenverschillen wordt op dit moment niet gecorrigeerd. Ook kunnen zorgaanbieders nu nog hun kosten verlagen door minder uit te geven aan de zorg, zonder dat dit inzichtelijk is. Tot slot biedt deze vorm van bekostiging weinig ruimte om mee te groeien met verzwaren van zorg omdat het tarief steeds op basis van historische zorglevering en kosten wordt vastgesteld (weliswaar met inflatie).

### **Rol zorgkantoren**

De zorgkantoren hebben, ter invulling van hun zorgplicht, de rol om verantwoorde keuzes te maken in de regio en per gecontracteerde zorgaanbieder. De zorgkantoren doen dit op basis van specifieke kennis over de regio en zorgaanbieders. De combinatie van de kennis over de regio en de specifieke situatie van de zorgaanbieders enerzijds en de onderhandelingsruimte in het tarief anderzijds, geeft het zorgkantoor de instrumenten in handen om onderbouwde maatwerkafspraken te maken per zorgaanbieder. Zorgkantoren hebben ter borging van de kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid van de zorg een sturende rol op bij de inkoop van zorg. Zij onderhandelen over bijvoorbeeld wachtlijsten, capaciteit, innovatie, efficiency en kwaliteit. Daarin maken zij het verschil.

Om dit te kunnen doen, is een goede onderhandelingspositie noodzakelijk. De NZa creëert hiervoor vooraf randvoorwaarden door tariefregulering en prestatiebeschrijvingen, zorgkantoren maken de daadwerkelijke afspraken (en zijn daarin de vertegenwoordiger van de cliënten/ het cliëntenbelang). Daarbij zal de integrale vergelijking het inkoopproces met zorgaanbieders ondersteunen. Daarmee wordt inzicht verschaft over de niet-beïnvloedbare verschillen tussen de aanbieders in de benodigde kosten om goede zorg te leveren. De voor zorgaanbieders beïnvloedbare verschillen zijn vervolgens onderdeel van de onderhandeling tussen aanbieder en zorgkantoor.

De grootte van de onderhandelingsruimte voor de zorgkantoren moet voldoende ruimte bieden om hun sturende rol te kunnen waarmaken. Deze randvoorwaarde zal gemonitord en geëvalueerd worden met de zorgkantoren tijdens de ingroei van de integrale vergelijking. Tijdens het cyclische proces moet voortdurend ruimte blijven om hierop bij te sturen. De werkgroep Inkoop en Regulering zal hier een voorstel voor formuleren op welke wijze VWS en/of NZa deze ruimte borgt in haar regelgeving.

### **Het invoeren van de integrale vergelijking gaat nadrukkelijk niet om een stelselwijziging**

In de beschreven methoden van reguleren gaat het nadrukkelijk niet om een stelselwijziging of aanpassing in de rol- en taakverdeling van betrokken partijen. Het nieuwe model is bedoeld om te komen tot een betere benutting van de mogelijkheden voor doelmatigheid. De zorgkantoren hebben een belangrijke rol bij het stimuleren van zorgaanbieders om maatregelen te nemen om de zorg te leveren die voldoet aan de doelen van de Wlz en de uitgangspunten van het Kwaliteitskader: toegankelijke zorg en zorg die betaalbaar blijft in de toekomst. Dit is onderwerp van toezicht door de NZa op basis van het Normenkader Wlz-uitvoerder (TH/BR-026). De NZa behoudt haar regulerende taak ten aanzien van tarieven, de zorgkantoren vullen de afspraken per individuele zorgaanbieder in. De NZa ontwikkelt de nieuwe wijze om de tarieven vast te stellen samen met zorgkantoren en zorgaanbieders.

### **Stabiliteit en van de tariefregulering: samenhang met tarieven**

Een andere belangrijke factor is de stabiliteit van de tariefregulering. Het is namelijk belangrijk om schokken in de bekostiging te voorkomen. Dit geldt voor elke gekozen reguleringsmethode. Momenteel reguleert de NZa de tarieven, en de uitkomst van ieder kostenonderzoek heeft daarmee effect op de beschikbare ruimte in het regiobudget van het zorgkantoor. Ook met een integrale vergelijking zal dat niet anders zijn.

Idealiter zijn kostenonderzoeken zeer regelmatig en sluiten deze aan op de praktijk. Het is wenselijk om grote schommelingen te voorkomen. Zowel in gewichten van zorgzwaartepakketten (zoals bij het kostenonderzoek in 2017) als in de gewenste kwaliteit (zoals bij de impactanalyse van het kwaliteitskader). Met de integrale vergelijking verwachten we dat dit een stabielere tariefregulering is, omdat het een jaarlijks proces is waar de stand van de zorg in wordt meegenomen. Onafhankelijk van de gekozen methode willen we daarnaast de aanpassing stapsgewijs in te voeren. In het eerste jaar zou het gewicht van de nieuwe systematiek bijvoorbeeld 5% kunnen zijn, en daarna kan dit elk volgend jaar stapsgewijs worden uitgebreid. Zo wordt de overgang geregeld van het reeds bestaande systematiek (tarief 2021) naar het tarief op basis van integrale vergelijking.

Per 2022 zijn er integrale tarieven (zonder losse kwaliteitscomponent), en dat sluit goed aan bij de integrale vergelijking, dat alle kosten meeneemt. Tijdens de transitie zijn er nog weinig aanbieders die aan het Kwaliteitskader kunnen voldoen. Zolang dit het geval is, kan tijdens transitie worden gewerkt met een model van integrale vergelijking dat hiermee rekening houdt. In dit soort modellen kan bijvoorbeeld gewerkt worden met ingeschatte kosten. Deze vraagstukken komen aan de order in de werkgroepen "Data en model" en "Kwaliteit". Dit punt geldt bij alle bekostigingsmethoden die worden besproken in deze memo.

### **Samenhang met het verdeelmodel en de contracteerruimte**

De NZa onderzoekt momenteel de samenhang met het verdeelmodel en de contracteerruimte. In de Werkgroep Inkoop en Regulering wordt dit ingebracht. Het is zeer belangrijk dat de verschillende aspecten goed op elkaar aansluiten. Onderstaand lichten we de samenhang nader toe.

In het stelsel hebben we tarieven en budgetten die beide gereguleerd zijn. Het landelijk macrobudget wordt vastgesteld door VWS. Dit macrobudget verdeelt de NZa vervolgens over de zorgkantoorregio's. Momenteel is dat nog voornamelijk op basis van historie.

Er wordt gewerkt aan een nieuw verdeelmodel dat onder andere rekening houdt met de zorgvraag in de regio. Binnen deze regiobudgetten probeert het zorgkantoor te voldoen aan haar zorgplicht. Dat betekent dat zij inschatten wat de vraag is en daarop inkopen.

Wat wel anders is, is dat er onderscheid gemaakt wordt tussen aanbieders (niet-beïnvloedbare kostenverschillen). Wanneer dit zou leiden tot grote verschuivingen tussen regio's, moet hier in het verdeelmodel rekening mee gehouden worden. Dit sluit aan bij de wijze waarop momenteel wordt gekeken en gedacht over het verdeelmodel: de NZa corrigeert voor niet-beïnvloedbare kostenverschillen, de zorgkantoren sturen op beïnvloedbare factoren.

Een ander element waar rekening mee gehouden moet worden, is de keuze voor tariefsoort. Zie meer uitleg hierover in hoofdstuk 4.

Bij de invoering van de integrale vergelijking in de tarieven, wat een jaarlijks proces wordt in kleine stapjes, zal dus bij iedere stap ook de samenhang met de macrobudgettering en het verdeelmodel gezien moeten worden.

### **Investeringsruimte**

In haar advies heeft de NZa geadviseerd om de mogelijkheid te onderzoeken van een investeringsruimte. Hierover zijn de gesprekken reeds gestart. Op dit moment is het nog niet zo dat er extra geld door VWS beschikbaar is gesteld boven de tarieven en de middelen die samenhangen met implementatie van het kwaliteitskader. Ook is nog niet duidelijk in hoeverre de huidige extra middelen de ruimte bieden hiervoor. In onze afwegingen kunnen we hier dus nog geen rekening mee houden. Wij beperken ons tot het zoeken van een methode om goede kostendekkende tarieven vast te stellen. Wel willen we in de methoden en onderliggende beleidsopties met zorgkantoren zoeken naar de wijze van reguleren die de meeste mogelijkheden biedt voor zorgkantoren en zorgaanbieders om maatwerkafspraken te maken waar gewenst.

### **Uitvoeringsconsequenties**

De gegevensuitvraag sluit waar mogelijk aan bij de werkwijze van Kik-V en landelijk reeds bekende gegevens. De uitgevraagde gegevens voor het onderzoek zullen naar verwachting niet uitgebreider zijn dan bij een regulier kostenonderzoek. Ook kan een hoge mate van standaardisatie van de uitvraag bijdragen aan het verminderen van de last. Bij de invoering is er aandacht voor de mogelijke effecten van de aanpassingen voor interne systemen, zorgkantoren en zorgaanbieders.

### **Gegevensverstrekking door NZa aan zorgaanbieders**

De integrale vergelijking heeft als doel om het 'leren en verbeteren' mogelijk te maken. Randvoorwaarde daarvoor is dat de informatie over de uitkomsten en de spiegelinformatie over de 'peers' (dat wil zeggen, de aanbieders die model staan voor anderen op basis van de uitkomsten van de integrale vergelijking) gedeeld moet worden met de aanbieder. De NZa zal dus informatie (moeten) verstrekken over de uitkomsten van de integrale vergelijking en de onderbouwing daarvan. Dat zal in alle hierna beschreven methoden en beleidsopties gebeuren aan in ieder geval zorgaanbieders. In sommige methoden en varianten moet dit ook met zorgkantoren en verder mogelijk aan andere geïnteresseerde derden gedeeld worden. Aan de andere kant gaat het hierbij snel om informatie die op dit moment vaak als bedrijfsvertrouwelijk wordt gezien. Voor zo'n informatieverstrekking lijkt in de huidige wetgeving (Wmg, Wlz, Wob) onvoldoende wettelijke basis te bestaan. Wij gaan er nu dan ook van uit dat wetswijziging nodig is alle hierna beschreven methoden en beleidsopties.

Er zijn verschillende opties te overwegen over de wenselijke mate van de transparantie van de onderliggende gegevens van de integrale vergelijking. De keuze hangt mede samen met de bereidheid van de sector om dit soort individuele informatie met elkaar te delen, het standpunt van de ACM hierin, de benodigde informatie in juridische procedures en de tijdigheid van de wettelijke aanpassingen.

In ieder geval is het wenselijk om transparant te zijn over de uitkomsten integrale vergelijking over de individuele doelmatige kostenruimte per zorgaanbieder. De kleinst benodigde mate van transparantie houdt in om ten minste (deels) geaggregeerde of geanonimiseerde spiegelinformatie te delen met elke individuele aanbieder over zijn 'peers'. Op deze wijze kunnen zorgaanbieders de uitkomsten van de integrale vergelijking begrijpen en hiervan leren. Bijvoorbeeld in geval van een nul-meting. Wanneer de informatie wordt gebruikt voor inkoop of regulering, stelt dit meer eisen aan de transparantie.

Meer transparantie maakt de uitkomsten integrale vergelijking nog beter uitlegbaar, wat zowel het draagvlak voor integrale vergelijking als het leerproces in de sector zou versterken. Dit argument pleit voor een grotere mate van transparantie. Dit moet worden gezien mede afhankelijk van de verdere vormgeving van de integrale vergelijking en alles wat daarmee samenhangt. Dit vraagstuk komt aan de orde in de werkgroep 'Transparantie'.

### 3 Uitwerking methoden

In dit stuk worden vier methoden uitgewerkt voor de toepassing van de integrale vergelijking in de tarieven. De methoden zijn op hoofdlijnen beschreven met focus op de vraag of en zo ja, hoe het de prestatie- en tariefregulering van de NZa raakt. Binnen deze methoden zijn verschillende beleidsopties te kiezen. De vier methoden zijn de volgende:

- 1 *Individueel tarief*: De NZa vertaalt de integrale vergelijking in individuele tarieven (die dus per aanbieder in hoogte variëren), die rekening houden met kostenverschillen door niet-beïnvloedbare kostenverschillen (moeilijke/makkelijke omstandigheden).
- 2 *Clustertarief*: De NZa vertaalt de integrale vergelijking naar *tarieven per cluster*, waarbij een cluster wordt gevormd door een aantal aanbieders. De tarieven per cluster verschillen, waardoor er in zekere zin rekening wordt gehouden met kostenverschillen door moeilijke/makkelijke omstandigheden.
- 3 *Landelijk maximumtarief*: De NZa vertaalt de integrale vergelijking naar het landelijke maximumtarief, dat voor iedereen kostendekkend is (rekening houdend met de moeilijkste omstandigheden).
- 4 *Benutten bij inkoop*: De NZa past de tarieven niet aan op basis van de integrale vergelijking, maar uitkomsten worden alleen door de zorgkantoren benut in hun inkoop.

#### *Uitwerking methoden: vertaling naar tarieven*

Zoals hierna in dit document beschreven, zijn er binnen de genoemde methoden nog diverse beleidsopties te kiezen. De keuze voor een bepaalde variant binnen de gekozen methode hoeft op korte termijn nog niet gemaakt te worden. Het is wel belangrijk om op korte termijn duidelijkheid te scheppen over de gekozen methode zodat duidelijk is wat de rollen en wettelijke kaders zijn voor de integrale vergelijking. Hier kan dan tijdig rekening mee gehouden worden.

Onderstaand lichten wij per methode toe op welke manier de vertaling naar de tarieven kan worden gemaakt en welke beleidsopties er eventueel zijn. Ook geven wij enkele overwegingen mee welke later in hoofdstuk 4 zullen worden samengevat.

Tijdens het gesprek op 17 juli jl. tussen ZN, NZa en VWS en in ontvangen feedback van een zorgkantoor is nog een vijfde optie genoemd: geen integrale vergelijking. In deze memo richten we ons echter alleen op toepassingsmogelijkheden van de integrale vergelijking. Geen integrale vergelijking past immers niet binnen de opdracht van VWS en doet geen recht aan de verschillen die wij zien tussen verpleeghuizen [zie memo voorbereiding gesprek 17 juli 2019 ZN/NZa/VWS].

## **Methode 1 Gereguleerd individueel tarief**

De NZa reguleert de tarieven per aanbieder op basis van de uitkomsten van de integrale vergelijking. Daarmee houdt de NZa rekening met de niet-beïnvloedbare kostenverschillen. De uitkomsten per aanbieder worden bepaald door de zorgaanbieders die met hem vergelijkbaar zijn en de totale landelijke kosten.

Deze tarieven worden door de NZa in juli bekend gemaakt, en zijn de basis voor de onderhandeling met het zorgkantoor. De NZa voert de integrale vergelijking uit waarbij de verantwoordelijkheid tevens is belegd bij de NZa. Eventuele juridische procedures zullen primair door de NZa moeten worden behandeld.

Voor dit scenario lijkt een wetswijziging nodig om de tarieven per aanbieder te kunnen vaststellen. Momenteel kan de NZa, als wordt gekozen voor de tariefsoort maximum en/of minimum in de zin van de Wmg, per prestatie alleen voor elke zorgaanbieder gelijke landelijke minimum, maximum of bandbreedte-tarieven vaststellen. Binnen de genoemde tariefsoorten is het op dit moment dus juridisch niet goed mogelijk dat de NZa rekening houdt met individuele omstandigheden via integrale vergelijking.

### ***Beleidsopties methode 1: Gereguleerd individueel tarief***

Deze methode onderscheidt meerdere beleidsopties voor tariefstelling:

- Variant 1a: Bandbreedte-tarieven per aanbieder
- Variant 1b: Maximumtarieven per aanbieder
- Variant 1c: Minimumtarieven per aanbieder en beheersing via de regiobudgetten
- Variant 1d: Omzetplafonds per aanbieder

Onderstaand hebben we een eerste uitwerking gemaakt die beschrijft hoe deze opties in het eindperspectief (wanneer de integrale vergelijking volledig is ingevoerd) eruit kunnen zien.

#### *Variant 1a: Gereguleerd bandbreedtetarief per prestatie*

Het bandbreedtetarief definiëren we door voor iedere individuele aanbieder een minimum- en een maximumtarief vast te stellen (per prestatie). Zoals hierboven is uitgelegd, kunnen de uitkomsten van de integrale vergelijking worden omgerekend naar tarieven op prestatieniveau per aanbieder. Dit resulteert in het bandbreedtetarief per aanbieder per prestatie.

Het minimum- en maximumtarief kunnen dus beide per zorgaanbieder variëren. De bandbreedte die wordt bepaald op basis van de integrale vergelijking, is redelijkerwijs kostendekkend om kwalitatief goede zorg doelmatig te kunnen leveren onder de omstandigheden waarin deze aanbieder opereert. Het bandbreedtetarief bepaalt daarmee de onderhandelingsruimte voor het zorgkantoor met een zorgaanbieder. Tussen dit minimum en maximum maken zij afspraken over het te declareren tarief. Afwijking van het gereguleerde minimumtarief naar boven kan doelmatig en wenselijk zijn. Bijvoorbeeld om specifieke verbeteringen in gang te kunnen zetten, ontwikkelingsplannen te bekostigen of hardnekkige knelpunten in de zorgplicht op te lossen (denk bijvoorbeeld aan: demografische ontwikkelingen, zwaardere zorgvraag of innovaties in zorg).



Bandbreedtetarief in het eindperspectief

*Variant 1b: Maximumtarieven per aanbieder*

Bij deze variant benut de NZa de integrale vergelijking om de maximumtarieven per prestatie per aanbieder vast te stellen. Bij onderhandelingen over dit type tarief spreekt een zorgkantoor met de zorgaanbieder vaak een afslag af op het maximumtarief. Het verschil van deze beleidsoptie met de huidige regulering is dat dit maximumtarief per aanbieder in hoogte varieert. De minimumbedragen die uit de integrale vergelijking volgen, worden gedeeld met verpleeghuizen en zorgkantoren. Echter, de NZa zal de minimumbedragen niet verplichtend vaststellen.

In deze variant onderhandelen zorgkantoren 'naar beneden'. Deze manier van onderhandelen is momenteel gebruikelijk. Door de minimumbedragen wel te delen maar niet vast te stellen kan men leren van de uitkomsten en deze meenemen in de onderhandelingen. Zorgkantoren zullen hierbij rekening dienen te houden met grenzen die hun zorgplicht stelt om de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg op niveau te houden. Ook hier zullen de genoemde programma's en (financiële) perspectieven bij ingezet kunnen worden. De regelgeving voorkomt niet dat zorgkantoren een te laag tarief afspreken om het kader te halen.

*Variant 1c: Minimumtarieven per aanbieder en beheersing via regio-budgetten*

De minimumtarieven uit de integrale vergelijking bieden inzicht in de minimale kosten voor het behalen van het kwaliteitskader. Deze worden bepaald per zorgaanbieder, op basis van de omstandigheden. In deze beleidsoptie stelt de NZa in haar regelgeving louter de minimumtarieven per zorgaanbieder vast op basis van de integrale vergelijking. Daarnaast krijgen zorgkantoren een regiobudget dat zij kunnen toekennen aan zorgaanbieders om de specifieke kostenafwijkingen van het minimumtarief naar boven te financieren. Zorgkantoren zullen daartoe binnen hun regiobudgetten uitdrukkelijk keuzes zullen moeten maken. Dat zou ruimte geven voor het waarderen van de eigen kenmerken van iedere regio, die zorgkantoren behoren te kennen. Ook hier is de inzet van kwaliteitsprogramma's en ontwikkelperspectieven denkbaar.

Zorgaanbieders zullen concurreren op de (zorginhoudelijke) keuzes en innovaties die zij inzetten. Dit concretiseert voor beide de invulling van hun zorgplicht.

De zorgkantoren onderhandelen in deze variant 'naar boven'. De inkoopdialoog gaat dan niet over de 'afslag' maar over de meerwaarde die zorgaanbieders bieden boven de basiszorg. Deze optie is uitgewerkt met een nadrukkelijke rol voor regiobudget, omdat er anders feitelijk vrije prijzen ontstaan, met minder zekerheid voor de macrokostenbeheersing.

*Variant 1d: Omzetplafonds per aanbieder*

Deze variant houdt in dat we in plaats van een individueel tarief (per prestatie per zorgaanbieder) op basis van een omzetplafond per aanbieder reguleren (dit kan ook op basis van omzetbandbreedte).

Dit werkt als volgt: In eerste instantie wordt van tevoren (in juli van voorafgaand jaar) een *verwachte* omzetbandbreedte berekend per aanbieder – bestaande uit een *verwachte* minimum omzet en een *verwachte* maximum omzet – *op basis van de verwachte zorglevering*. De omzetbandbreedte bepaalt de onderhandelingsruimte tussen de aanbieder en het zorgkantoor. Het onderhandelde bedrag is de vergoeding bij een gerealiseerde zorglevering die gelijk is aan de verwachte zorglevering. Na afloop van het productiejaar wordt de volumerealisatie bekend en wordt de totale vergoeding aan de gerealiseerde volumes aangepast. De onzekerheid die bij deze methode ontstaat ten aanzien van de volumeontwikkeling is even groot als in bovenbeschreven beleidsopties.

In dit geval hoeft er geen individueel tarief per prestatie (zfp of vpt) gehanteerd te worden (anders dan in de eerder beschreven opties). Wel kan een individueel aanbiedertarief (dat rekening houdt met de zorgzwaartemix van de aanbieder) worden gehanteerd. Gedurende het jaar kunnen de aanbieders conform dit standaardtarief declareren; aan het eind ontvangen ze het verschil met de ingecalculerde toegestane omzet (gegeven de realisatie van hun zorgzwaarte en volume) als lumpsum.

Economisch gezien heeft de regulering dan hetzelfde effect op de omzet van zorgaanbieders als de respectievelijke tariefoptie, maar op deze manier zijn er minder administratieve lasten, omdat zonder individueel tarief per prestatie wordt gewerkt.

De juridische aspecten van deze variant moeten nader worden verkend. In het bijzonder ook als niet wordt uitgegaan van tariefsoort maximum en/of minimum zoals in de hiervoor geschetste beleidsopties, maar van tariefsoort vrij of vast. Dit mede in relatie tot de huidige systematiek van contracteerruimte en aanvaardbare kosten en het mogelijk werken met grensbedragen in de zin van artikel 50 tweede lid Wmg.

Deze optie ligt ver af van de huidige wijze van reguleren.

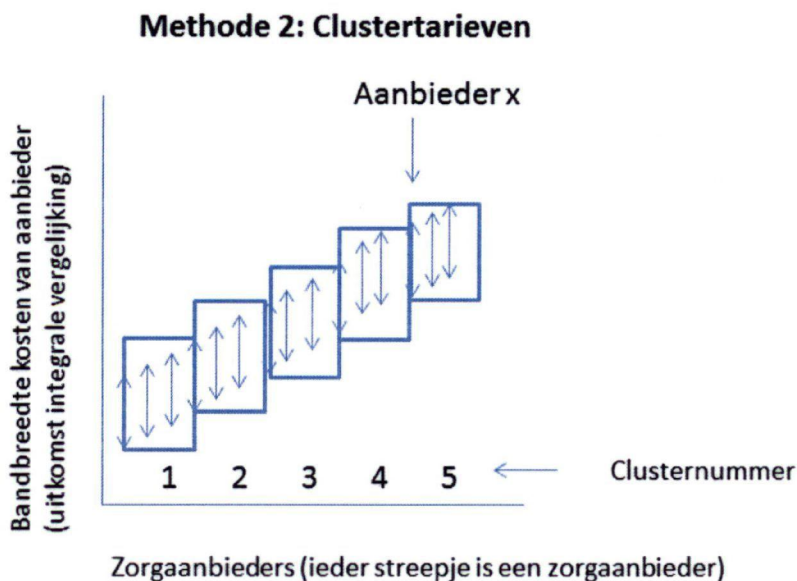


## Methode 2 Clustertarieven

Op uw verzoek hebben we ook onderzoek gedaan naar een werkwijze waarbij de integrale vergelijking vertaald zou worden naar een beperkt aantal clusters van aanbieders en de NZa een gereguleerd (maximum- of bandbreedte-) tarief per cluster bepaalt. Deze clusters zijn groepen van aanbieders met een vergelijkbare totaal-uitkomst uit de integrale vergelijking (maar kunnen dus sterk van elkaar verschillen op specifieke kenmerken).

Hiermee wordt voorkomen dat het tarief op individueel niveau wordt vastgesteld, terwijl er wel enige differentiatie ontstaat (in vergelijking met het huidige landelijke maximumtarief). De samenstelling van de clusters is dan nog steeds bepaald op basis van individuele kosten van aanbieders. Deze methode is daarmee een grofmazige toepassing van methode 1, afhankelijk van het aantal gekozen clusters. Nu de clustering dus in feite tot stand komt door slechts de naastgelegen getalsmatige uitkomsten van de integrale vergelijking te groeperen, lijken voor de clustermethode dezelfde juridische issues te moeten gelden als voor variant 1. Ondanks de clustering wordt in feite gereguleerd op basis van per zorgaanbieder in hoogte variërende tarieven. Zoals hiervoor beschreven gaan wij er van uit dat voor dergelijke per zorgaanbieder in hoogte variërende tarieven wetswijziging nodig is.

De grenzen voor de clusters worden op een arbitraire manier bepaald, bijv. om tot een bepaald aantal clusters te komen. Deze methode levert daarmee meer globale (minder nauwkeurige) uitkomsten. Daarnaast wisselt de samenstelling van de clusters per keer dat de vergelijking wordt uitgevoerd. Daarnaast zal de clustersamenstelling in veel gevallen verschillen ten opzichte van de samenstelling van de 'peer' groep die zou ontstaan wanneer gekozen zou worden voor methode 1. Het probleem ontstaat namelijk bij de grenzen van de clusters. Hiermee bedoelen we het volgende:



Aanbieder x valt volgens de hypothetische clustering in bovenstaande afbeelding in cluster 5. Dit betekent dat deze aanbieder wordt geclusterd met de twee aanbieders rechts van aanbieder x in het plaatje.

De afbeelding op de vorige pagina laat zien dat de grenzen tussen clusters arbitrair en kwetsbaar zijn terwijl de kans aanzienlijk is dat deze in juridische procedures getoetst en dus verdedigd moeten kunnen worden. Wanneer blijkt dat aanbieder x op de 'grens' tussen cluster 4 en cluster 5 zit, is het de vraag in welk cluster deze aanbieder wordt geplaatst. Omdat de indeling in een bepaald cluster financieel invloed heeft op een aanbieder, zullen er grote belangen zijn om in een ander cluster te willen komen.

Dit beïnvloedt vervolgens de positie van de zorgkantoren, gegeven hun rol ter invulling van hun zorgplicht. De zorgkantoren doen dit op basis van specifieke kennis over de regio en zorgaanbieders. Over de jaren heen, zoals bij de inzet van meerjarencontracten, zullen zorgkantoren in het bepalen van hun referentiekaders mogelijk rekening moeten houden met geregeld veranderende clusters. Deze wisselingen kunnen de financiering en uitrol van de eerdergenoemde kwaliteitsprogramma's en ontwikkelperspectieven compliceren.

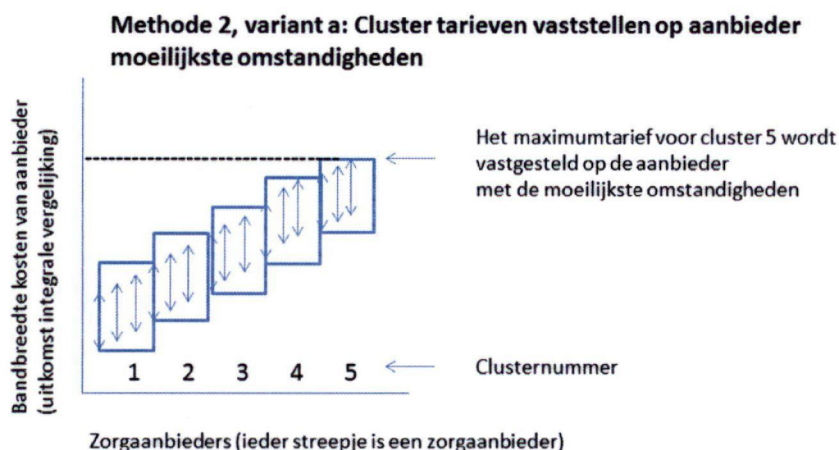
### **Beleidsopties methode 2: Clustertarieven**

Er zijn meerdere beleidsopties voor de vertaling van de uitkomsten naar clustertarieven. Deze zijn hieronder weergegeven:

- Beleidsoptie 2a: Maximum tarief baseren op aanbieder binnen cluster met zwaarste omstandigheden
- Beleidsoptie 2b: Maximum tarief baseren op basis van gewogen gemiddelde maximum binnen cluster
- Beleidsoptie 2c: Bandbreedte tarief baseren op basis van gewogen gemiddelde binnen cluster
- Beleidsoptie 2d: Bandbreedte tarief baseren op basis van uiterste maximum en minimum binnen cluster

#### *Beleidsoptie 2a: Maximum cluster baseren op aanbieder binnen cluster met zwaarste omstandigheden*

Binnen deze methode is het een mogelijkheid om het maximum van het cluster te baseren op de aanbieder binnen het cluster met de zwaarste omstandigheden. Visueel [in een voorbeeld] ziet dit er als volgt uit:



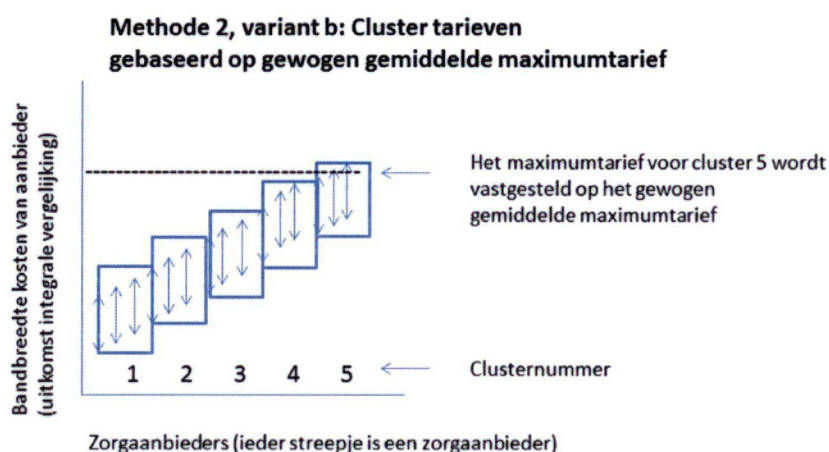
Dit betekent dat alle aanbieders binnen een cluster het maximumtarief krijgen van de aanbieder met de moeilijkste omstandigheden.

Hierdoor zal het voor een aanbieder die het iets minder moeilijk heeft maar wel in hetzelfde cluster zit, makkelijker zijn om aan het kwaliteitskader te voldoen vergeleken met een aanbieder die in de moeilijkste omstandigheden verkeert.

Het zorgkantoor zal bij sommige aanbieders meer ruimte hebben ten behoeve van innovatie en extra kwaliteit dan bij anderen. Daarnaast biedt deze variant ruimte voor inefficiëntie, omdat de maximumtarieven in veel gevallen niet aansluiten bij de bandbreedtes per aanbieder. Ten opzichte van methode 1 zal dus een bepaalde mate van inefficiëntie in de sector blijven bestaan.

*Beleids optie 2b: Maximum cluster baseren op basis van gewogen gemiddelde maximum binnen cluster*

Een andere optie is om het maximum van een cluster te baseren op het gewogen gemiddelde van een cluster. Visueel ziet deze variant er in een voorbeeld als volgt uit:

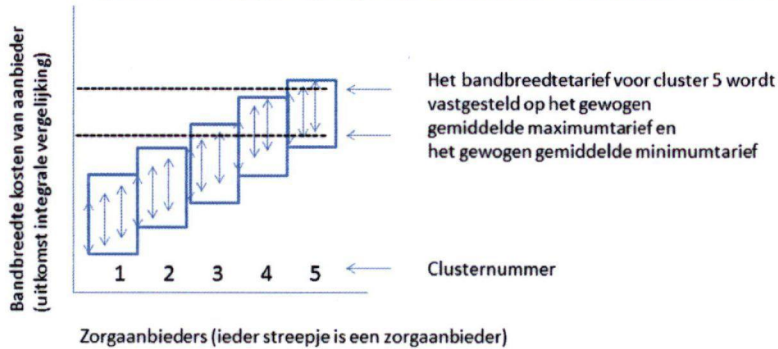


Deze variant zorgt er voor dat er altijd minimaal één aanbieder in een cluster het maximum tarief krijgt wat lager is dan het betreffende individuele maximum bedrag o.b.v. de integrale vergelijking. Dit brengt risico's met zich mee, ook juridische. Deze risico's kunnen vervolgens, na bezwaarzaken, ook resulteren in meerkosten wanneer aanbieders in het gelijk worden gesteld en in een hoger tarief landen. Wanneer gekozen wordt voor weinig clusters, kunnen grote verschillen binnen de cluster ontstaan. Dit heeft mogelijk gevolgen voor het maatwerk dat zorgkantoren kunnen afspreken en de ruimte die zorgaanbieders hebben voor innovatie.

*Beleids optie 2c: Bandbreedte cluster baseren op basis van gewogen gemiddelde binnen cluster*

Een derde optie is om een bandbreedte per cluster op basis van een gewogen gemiddelde vast te stellen. Dit ziet er visueel als volgt uit:

**Methode 2, variant c: Cluster tarieven waarbij bandbreedte per cluster gebaseerd is op gewogen gemiddelde maximum en minimum van het cluster**



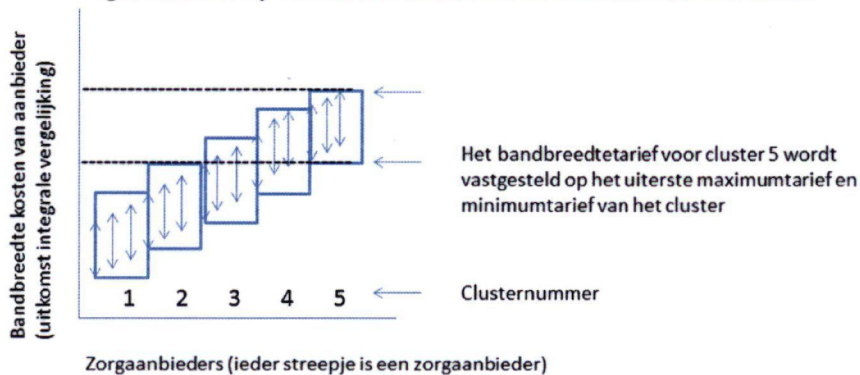
Dit is eveneens een juridisch kwetsbare variant, omdat het moeilijk verdedigbaar is wanneer het minimum van de bandbreedte niet toereikend is voor een aanbieder binnen het cluster. Tevens is het gewogen gemiddelde maximumtarief lager dan het hoogste individuele maximumtarief.

*Beleids optie 2d: Bandbreedte cluster baseren op basis van uiterste maximum en minimum binnen cluster*

Een alternatief is een bandbreedte bestaande uit het minimumtarief van de aanbieder die volgens bovenstaande afbeelding het meest links zit binnen een cluster, en het maximumtarief van de aanbieder aan de meest rechterkant van een cluster.

Dit is hypothetisch weergegeven in de volgende afbeelding:

**Methode 2, variant d: Cluster tarieven waarbij bandbreedte per cluster gebaseerd is op het uiterste maximum en minimum van het cluster**



Hiermee wordt het beschreven probleem (variant 2c) van een niet toereikend maximumtarief verholpen. Deze optie biedt meer ruimte voor inefficiëntie. Er wordt veel ruimte gecreëerd in de bandbreedte omdat er in mindere mate rekening wordt gehouden met de individuele kenmerken van aanbieders. Daarmee wordt de taak van de zorgkantoren om hierop te sturen groter, wat echter in deze variant ook een zwaardere verantwoording voor die keuzes zou vragen.

## **Methode 3 Landelijk maximumtarief**

De NZa hoogt, na het uitvoeren van de integrale vergelijking, het landelijk geldende tarief op naar het niveau van het verpleeghuis onder de moeilijkste omstandigheden. Bij deze methode is het (voor iedereen geldende) landelijke maximum tarief dus kostendekkend voor alle aanbieders om het kwaliteitskader te halen. Deze methode stelt de NZa niet in de gelegenheid om te differentiëren voor niet-beïnvloedbare kostenverschillen. Het is dan aan de zorgkantoren om een lager tarief af te spreken bij de aanbieders bij wie dat kan, passend bij de omstandigheden van het verpleeghuis. Zij benutten hiervoor de uitkomsten van de door de NZa uitgevoerde integrale vergelijking. Zorgkantoren zetten de uitkomsten in bij de onderhandelingen.

Een minimumtarief kan de NZa eventueel vaststellen op basis van de meest efficiënte zorgaanbieder met de beste omstandigheden die aan het Kader voldoet. Sowieso zal uit de integrale vergelijking een minimumbedrag per aanbieder blijken.

Bezwaren over het onderzoek zullen primair door de zorgkantoren opgevangen moeten worden. Zorgkantoren voeren namelijk de zorginkoopgesprekken met zorgaanbieders. Hiervoor is specialistische kennis van het model en onderliggende data nodig.

Op het vlak van prestatie- en tariefregulering lijkt geen wetswijziging nodig. In deze variant zal de NZa namelijk een voor elke zorgaanbieder gelijk maximumtarief en/of minimumtarief vaststellen. Omdat de zorgkantoren de integrale vergelijking doorvoeren, hebben zij informatie nodig zoals de uitkomsten van de integrale vergelijking en de onderbouwing van die uitkomsten. Het gaat daarbij snel om informatie die op dit moment als bedrijfsvertrouwelijk wordt gezien. Voor zo'n informatieverstrekking lijkt de huidige wetgeving (Wmg, Wlz) onvoldoende wettelijke basis te bestaan. Wij gaan daarom van uit dat wetswijziging nodig is.

Naast het besluit over het invoeren van integrale vergelijking is het draagvlak van belang om zo aan een goede vergelijking mee te werken. Om de integrale vergelijking een sterk instrument te maken is het cruciaal dat er een drijfkracht ontstaat bij de zorgaanbieders. Dit om het model en de data steeds te verbeteren. Wanneer de resultaten van de vergelijking in de onderhandeling terzijde kunnen worden geschoven, is het risico groter dat, zolang het model nog niet volledig is, de focus van partijen gericht is op het weg onderhandelen van de impact in plaats van op verbetering van het model.

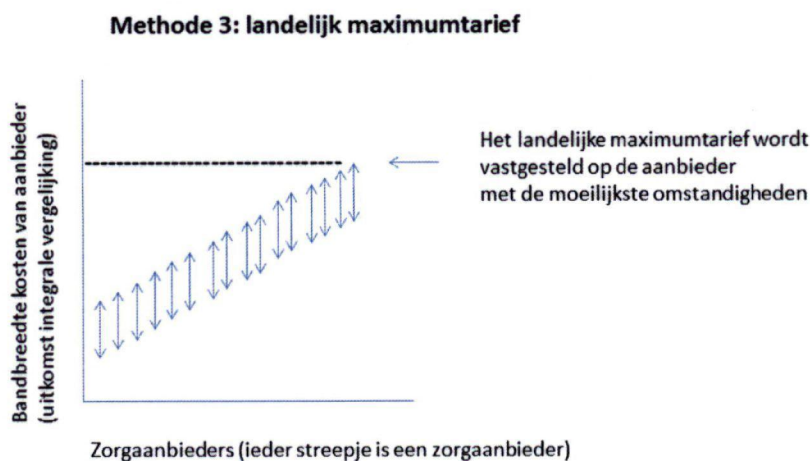
Daarnaast speelt ook het argument met betrekking tot de opdracht van zorgkantoren. De zorgkantoren hebben in een eerder traject rondom de niet-beïnvloedbare kostenverschillen correctie per 2020 aangegeven niet te willen sturen op niet-beïnvloedbare aspecten. Sturen op factoren in de kostprijs waar zij en de zorgaanbieders geen invloed op hebben, levert geen meerwaarde ten opzichte van hun sturende rol als zorgkantoor. Hun meerwaarde ligt in het sturen op elementen waar aanbieders keuzes in kunnen maken, en de zorgkantoren deze keuzes kunnen beïnvloeden. Zo kunnen zij hun kennis van aanbieders en van de (ontwikkelingen in de) regio inzetten om verschillende afspraken te maken ter borging van toegankelijkheid en betaalbaarheid van de juiste zorg..

De combinatie van elementen (verhogen maximumtarief, het onderhandelbaar maken van de impact van de vergelijking, de dubbele onderhandelingstaak zorgkantoren voor beïnvloedbare en niet beïnvloedbare kostenverschillen, het deels beleggen van het juridisch risico bij zorgkantoren) levert in onze optiek een risico van meerkosten, waar in de begroting nog geen rekening mee lijkt te zijn gehouden.

### **Beleidsopties methode 3: landelijk maximumtarief**

Elke zorgaanbieder en het zorgkantoor krijgen een rapport met de uitkomsten (en onderbouwing) van de integrale vergelijking. Dus de NZa stelt een voor iedereen gelijke tariefwaarde in de beleidsregel en beschikking vast. Voor deze methode zijn twee beleidsopties denkbaar: één waarbij de NZa alleen een maximumtarief vaststelt (3a), en één waarbij de NZa een maximum en minimumtarief vaststelt (3b).

In variant 3a wordt het landelijk geldende maximumtarief door de NZa gepubliceerd en vastgesteld. De tariefregulering op basis van de integrale vergelijking ziet er dan, versimpeld, als volgt uit:



Deze variant leidt er toe dat een aanbieder die zich bevindt aan de linkerkant van de grafiek veel meer ruimte heeft bij een onderhandeling met het zorgkantoor dan een aanbieder aan de rechterkant van de grafiek. Het landelijke maximumtarief is dekkend voor iedere aanbieder. De zorgkantoren zorgen met hun inkoop voor reële tarieven. Het toevoegen van een minimumtarief (variant 3b) geeft zorgaanbieders de borging dat in ieder geval de zorgaanbieder in de lichtste omstandigheden bij dit tarief de zorg kan leveren.

## **Methode 4 Benutten bij inkoop**

In dit scenario voert de NZa de integrale vergelijking uit, waarna het de resultaten geeft aan de zorgkantoren. In dit scenario nemen de zorgkantoren de uitkomsten mee bij de zorginkoop. Dit is juridisch niet mogelijk wanneer de NZa de integrale vergelijking uitvoert en de maximumtarieven niet aanpast zoals in variant 3. Met dit onderzoek toont de NZa aan dat de tarieven onder bepaalde omstandigheden niet redelijkerwijs kostendekkend zijn. Dit zal, na juridische procedures, resulteren in scenario 3. Een alternatief is dat de zorgkantoren de integrale vergelijking uitvoeren (inclusief gegevensuitvraag, modelbouw en data-analyse) en benutten bij hun inkoop. De NZa kan dan niet corrigeren voor niet-beïnvloedbare kostenverschillen. Maar ook bij volledige uitvoering door zorgkantoren zal dit na juridische procedures waarschijnlijk resulteren in scenario 3.

### ***Beleidsopties methode 4: Integrale vergelijking benutten bij inkoop***

Doordat deze variant juridisch gezien niet houdbaar is, zal deze methode, wanneer deze gekozen wordt, aangevuld moeten worden met een correctie voor de slechte omstandigheden. Bij een landelijk uniforme correctie zou dit uitmonden in methode 3. Daardoor zijn vergelijkbare voor- en nadelen van toepassing als bij methode 3. Als een correctie op individuele aanbieders of clusters wordt uitgevoerd, mondt dit uit in respectievelijk methode 1 of 2, met de daar genoemde vergelijkbare voor- en nadelen.



## 4 Vergelijking verschillende methoden

In dit hoofdstuk vergelijken we de bovenbeschreven methoden met elkaar op basis van enkele criteria. Eerst schenken we aandacht aan enkele overwegingen die van belang zijn bij het uitvoeren van de integrale vergelijking in het algemeen. Daarna volgt een gedetailleerde vergelijking tussen de methodes, samengevat in de tabel aan het eind.

### **Zzp-bekostiging en contracteerruimte-systematiek blijven bestaan**

In alle methoden blijft tijdens de ingroEIFase van meerdere jaren zowel de zzp-bekostiging als de contracteerruimte systematiek gehandhaafd. Dit betekent ook dat het proces van budget aanvragen en contracteerruimte toets zoals op dit moment plaatsvindt, in alle vier methoden in stand blijft. Tijdens deze ingroEiperiode kan overwogen worden of de contracteerruimte-systematiek moet worden aangepast.

Overigens speelt het raakvlak met de contracteerruimte eerder bij de keuze voor een tariefvariant binnen de methode. Momenteel wordt gewerkt met een budget en een maximum tarief. Dit levert de ruimte voor zorgkantoren om onder deze maxima te onderhandelen. Wanneer gekozen zou gaan worden voor een minimumtarief (of een bandbreedte), terwijl ook de budgetsystematiek wordt aangehouden, levert dat een risico dat beide sturingselementen niet meer met elkaar in balans zijn. Theoretisch zou bijvoorbeeld de contracteerruimte gelijk kunnen zijn aan de minimumtarieven \* de productie. Dan zouden de zorgkantoren geen onderhandelingsruimte meer over hebben. Dit is natuurlijk zeer onwenselijk.

In overleg met de werkgroep willen wij onderzoeken wat de meerwaarde zou zijn van een andere tariefsoort en op welke wijze wij bovengenoemd negatief effect kunnen voorkomen. Met dit vraagstuk moet rekening worden gehouden bij de keuze van de varianten binnen methoden.

### **Criteria bij de vergelijking van de vier methoden**

In de tabel op de volgende pagina's worden de diverse methoden op een aantal punten samenvattend uitgewerkt. De schematische weergave vergemakkelijkt het vergelijken van de bovenbeschreven vier methoden. Hierbij maken we onderscheid tussen de hoofdonderwerpen 'aanbieder', 'zorgkantoor', 'juridische aspecten' en 'macro-budgettaire impact en draagvlak'.

Onder 'aanbieder' vallen de volgende criteria:

- **Uitlegbaarheid aanbieders**  
Bij dit punt wordt gekeken in hoeverre de methode en uitkomsten uitlegbaar zijn aan aanbieders.
- **Mogelijkheid voor aanbieder om kwaliteitskader te halen binnen gereguleerd tarief**  
Hiermee wordt bedoeld in hoeverre in de tarieven rekening wordt gehouden met de omstandigheden van een aanbieder. Afhankelijk daarvan kan de aanbieder redelijkerwijs het kwaliteitskader halen binnen de gestelde tarieven.

- **Inzicht voor aanbieder t.b.v. leren en verbeteren**  
Met een integrale vergelijking willen we het leren en verbeteren stimuleren door aanbieders meer inzicht te geven in de vergelijking van hun bedrijfsvoering met de bedrijfsvoering van vergelijkbare aanbieders. Bij dit criterium kijken we of er verschillen zijn tussen de diverse methoden wat betreft het inzicht voor aanbieders.
- **Administratieve lasten**  
Bij dit punt wordt gekeken of er verschillen zijn tussen de diverse methoden wat betreft de administratieve lasten voor aanbieders. Voor de data-uitvraag is er overigens geen verschil tussen de methoden, deze is afhankelijk van de gekozen dataset.

Onder 'zorgkantoor' vallen de volgende criteria:

- **Onderhandelingspositie zorgkantoor**  
Dit criterium beschrijft op welke manier het zorgkantoor kan onderhandelen bij de diverse methoden. Uitgangspunt is de aansluiting bij de visie op de rol van de zorgkantoren, zoals opgenomen in het programma Thuis in het verpleeghuis.
- **Onderhandelingsruimte zorgkantoor**  
Bij dit punt wordt gekeken hoe groot de onderhandelingsruimte is voor het zorgkantoor bij de diverse methoden.

Onder 'juridische aspecten' vallen de volgende criteria:

- **Juridische positie zorgkantoor/NZa**  
Hier wordt per methode besproken bij welke partij eventuele bezwaren over de toepassing van de integrale vergelijking worden ingediend.
- **Tariefregulering is juridisch houdbaar**  
Bij dit punt wordt gekeken of de diverse methoden binnen de huidige wetgeving (Wmg) en de juridische kaders vallen waarbinnen de NZa opereert.

Onder 'macro-budgettaire impact en draagvlak' vallen de volgende criteria:

- **Verwacht macro-budgettair effect**  
Dit criterium beschrijft een eerste verkenning in hoeverre de methoden zich tot elkaar verhouden, wat betreft de verwachte macro-budgettaire impact.
- **Draagvlak IV**  
Hier wordt per methode beschreven bij welke partij en op welke manier naar verwachting eventuele individuele onvrede van aanbieders terecht zal komen.

Hoofdonderwerp	Criterium	1 Gereguleerd individueel tarief o.b.v. integrale vergelijking	2 Gereguleerd clustertarief o.b.v. integrale vergelijking	3 Gereguleerd landelijk max tarief o.b.v. integrale vergelijking	4 integrale vergelijking voor inkoop
<b>AANBIEDER</b>	<b>Uitlegbaarheid aanbieders</b>	Afhankelijk van de gekozen mate van transparantie over data. Bij volledige transparantie kunnen aanbieders de modeluitkomsten nabouwen en inzicht krijgen in de data. Bij mindere mate van transparantie blijft het bij een theoretische uitleg. Het gedetailleerd begrijpen van de berekening vraagt veel tijd; echter zal de uitkomst niet moeilijk zijn om te interpreteren.	Het is lastig uit te leggen aan aanbieders hoe bepaalde clustering tot stand komt. Ook is lastig uit te leggen hoe de indeling geschiedt. Bovendien verandert de clustersamenstelling mogelijk per jaar.  De aandacht en weerstand wordt naar verwachting gericht op de scheidslijnen tussen clusters en niet op de individuele passendheid van het tarief.	De uitkomst is gemakkelijk te begrijpen; echter kan het wel voor maatschappelijke verwarring zorgen dat aan de ene kant gesproken wordt over doelmatigheid en aan de andere kant de nieuwe tarieven hier niet aan bijdragen.	Er kunnen verschillen ontstaan tussen zorgkantoren en tussen inkopers wat betreft het meenemen van de uitkomsten in bekostiging. Het is daarmee onduidelijk voor zorgaanbieders hoeveel effect de uitkomsten van de vergelijking hebben.
	<b>Mogelijkheid voor aanbieder om kwaliteitskader te halen binnen gereguleerd tarief</b>	Ja, er wordt rekening gehouden met omstandigheden.	Onduidelijk, de mate waarin rekening wordt gehouden met omstandigheden is afhankelijk van de verdere invulling van de clusters. Er zijn wel mogelijkheden om er rekening mee te houden.	Ja, het landelijke maximumtarief is voor iedereen redelijkerwijs kostendekkend.	Nee, er wordt <b>geen</b> rekening gehouden met omstandigheden. Voor een verpleeghuis onder relatief moeilijke omstandigheden is het maximumtarief niet dekkend. Om kostendekkend te maken is hier een

Hoofdonderwerp	Criterium	1 Gereguleerd individueel tarief o.b.v. integrale vergelijking	2 Gereguleerd clustertarief o.b.v. integrale vergelijking	3 Gereguleerd landelijk max tarief o.b.v. integrale vergelijking	4 integrale vergelijking voor inkoop
					correctie nodig voor NBF. In de aanwezigheid van de uitkomsten van de integrale vergelijking, zou die correctie daarop aan sluiten. Maar het toevoegen van deze correctie maakt deze methode feitelijk een 'verborgen' versie van één van de methodes 1-3, (bijv. afhankelijk van de vorm van deze correctie)
	<b>Inzicht voor aanbieder t.b.v. leren en verbeteren</b>	Gelijk aan andere opties	Gelijk aan andere opties	Gelijk aan andere opties	Gelijk aan andere opties
	<b>Administratieve lasten</b>	Gegevensuitvraag gelijk aan andere opties. Impact op inrichting ICT is onbekend en afhankelijk van de gekozen beleids optie.	Gegevensuitvraag gelijk aan andere opties. Impact op inrichting ICT is onbekend en afhankelijk van de gekozen beleids optie.	Gegevensuitvraag gelijk aan andere opties. Impact op inrichting ICT is onbekend en afhankelijk van de gekozen beleids optie.	Gegevensuitvraag gelijk aan andere opties. Impact op inrichting ICT is onbekend en afhankelijk van de gekozen beleids optie.

Hoofdonderwerp	Criterium	1 Gereguleerd individueel tarief o.b.v. integrale vergelijking	2 Gereguleerd clustertarief o.b.v. integrale vergelijking	3 Gereguleerd landelijk max tarief o.b.v. integrale vergelijking	4 integrale vergelijking voor inkoop
<b>ZORGKANTOOR</b>	<b>Onderhandelings- positie zorgkantoor</b>	De regulering corrigeert voor niet-beïnvloedbare kostenverschillen o.b.v. IV. De onderhandeling gaat vooral over beïnvloedbare kosten. Maakt mogelijk dat het zorgkantoor onderhandelt vanaf minimumtarief naar boven, zorgkantoor richt zich op beïnvloedbare factoren.	De regulering corrigeert (iets minder dan bij methode 1) voor niet-beïnvloedbare kostenverschillen o.b.v. IV. De onderhandeling gaat over de rest en beïnvloedbare kosten. Maakt mogelijk dat het zorgkantoor onderhandelt vanaf minimumtarief naar boven, zorgkantoor richt zich op beïnvloedbare factoren.	Zorgkantoor onderhandelt vanaf (hoog) landelijk maximumtarief (ver) naar beneden, tot aan het individuele tarief van aanbieder (zowel over beïnvloedbare als niet-beïnvloedbare kostenverschillen).	Zorgkantoor onderhandelt vanaf landelijk maximumtarief (gezet op huidige methode) naar beneden tot aan het individuele tarief van aanbieder (zowel over beïnvloedbare als niet-beïnvloedbare kostenverschillen).
	<b>Onderhandelings- ruimte zorgkantoor</b>	Binnen regioruimte, afhankelijk van gekozen beleidsopties 1a: tussen max en 0 1b: minimum en regioruimte 1c: binnen bandbreedte	Binnen regioruimte, afhankelijk van gekozen bekostiging - tussen maximum van het cluster en 0 - binnen cluster bandbreedte	Binnen regioruimte, tussen max en 0	Binnen regioruimte, tussen max en 0

Hoofdonderwerp	Criterium	1 Gereguleerd individueel tarief o.b.v. integrale vergelijking	2 Gereguleerd clustertarief o.b.v. integrale vergelijking	3 Gereguleerd landelijk max tarief o.b.v. integrale vergelijking	4 integrale vergelijking voor inkoop
<b>JURIDISCHE ASPECTEN</b>	<b>Juridische positie zorgkantoor/ NZa</b>	Bezwaren over toepassing van integrale vergelijking worden ingediend bij NZa	Bezwaren over toepassing van integrale vergelijking worden ingediend bij NZa	Bezwaren over toepassing integrale vergelijking worden ingediend bij zorgkantoor en bij NZa	Bezwaren over toepassing integrale vergelijking worden ingediend bij zorgkantoor en bij NZa
	<b>Tariefregulering is juridisch houdbaar</b>	<p>Wij gaan er van uit dat wetsaanpassing nodig is om per zorgaanbieder in hoogte variërende maximum- en minimumtarieven mogelijk te maken.</p> <p>Ook lijkt wetswijziging nodig om te bereiken dat de NZa (bedrijfsvertrouwelijke) informatie kan verstrekken aan in ieder geval een zorgaanbieder over een andere zorgaanbieder (peerinformatie).</p>	<p>Zeer kwetsbaar. Ondanks de clustering wordt in feite gereguleerd op basis van per zorgaanbieder in hoogte variërende tarieven. Voor dergelijke per zorgaanbieder in hoogte variërende tarieven lijkt wetswijziging nodig.</p> <p>Voor deze variant moeten er eerst individuele tarieven worden berekend alvorens de clusters gemaakt kunnen worden. Dit leidt er toe dat de individuele tarieven naar alle waarschijnlijkheid niet 100% overeenkomen met de clustertarieven wat een risico is voor procedures.</p>	<p>Past op tariefvlak binnen huidige wetgeving. Het maximum zou voor elke zorgaanbieder voldoende moeten zijn.</p> <p>Wel gaan wij ervan uit dat de wet moet worden aangepast op het punt van informatie-uitwisseling door de NZa aan in ieder geval het zorgkantoor. Hetzelfde geldt voor het verstrekken van 'peerinformatie' door de NZa over een zorgaanbieder aan een andere zorgaanbieder.</p>	<p>Zeer kwetsbaar: Het niet aanpassen van de tarieven aan de uitkomsten van de integrale vergelijking is aanvechtbaar voor (een deel van) zorgaanbieders en zorgkantoren). De NZa constateert dan op aanbiederniveau dat het tarief niet passend is onder slechte omstandigheden en biedt via de tariefregulering geen mogelijkheden om dit te herstellen.</p> <p>Dit betekent dat er altijd nog een correctie nodig is voor niet-beïnvloedbare kostenverschillen.</p>

Hoofdonderwerp	Criterium	1 Gereguleerd individueel tarief o.b.v. integrale vergelijking	2 Gereguleerd clustertarief o.b.v. integrale vergelijking	3 Gereguleerd landelijk max tarief o.b.v. integrale vergelijking	4 integrale vergelijking voor inkoop
			Daarnaast zijn de te stellen grenzen tussen clusters arbitrair en een risico voor procedures. Ook gaan wij er van uit dat wetswijziging nodig is om te bereiken dat de NZa (bedrijfsvertrouwelijke) informatie kan verstrekken aan in ieder geval een zorgaanbieder over een andere zorgaanbieder (peerinformatie).		Net als in variant 3 gaan wij ervan uit dat de wet moet worden aangepast op het punt van informatieuitwisseling door de NZa aan in ieder geval het zorgkantoor. Hetzelfde geldt voor het verstrekken van 'peerinformatie' door de NZa over een zorgaanbieder aan een andere zorgaanbieder.
<b>MACRO- BUDGETTAIRE IMPACT EN DRAAGVLAK</b>	<b>Verwacht macro- budgettair effect</b>	Door het verbinden van de inspanning van NZa en zorgkantoren wordt gestuurd op de meest efficiënte wijze om kwaliteitskader te halen.	Dit hangt af van het aantal clusters dat gekozen wordt, maar in het algemeen betekent clustering dat er inefficiëntie blijft in vergelijking met methode 1.	NZa verwacht kostenstijging wanneer regulering de efficiency-opdracht niet ondersteunt: in dit scenario zal het landelijk maximumtarief ook verhoogd moeten worden.	NZa verwacht kostenstijging wanneer regulering de efficiency-opdracht niet ondersteunt

Hoofdonderwerp	Criterium	<b>1 Gereguleerd individueel tarief o.b.v. integrale vergelijking</b>	<b>2 Gereguleerd clustertarief o.b.v. integrale vergelijking</b>	<b>3 Gereguleerd landelijk max tarief o.b.v. integrale vergelijking</b>	<b>4 integrale vergelijking voor inkoop</b>
	<b>Draagvlak IV</b>	Individuele onvrede met uitkomsten van integrale vergelijking worden gericht op verbeteren van model binnen ontwikkelcyclus of in bezwaarprocedures bij de NZa of in onderhandelingsgesprek met zorgkantoor (wegonderhandelen uitkomsten integrale vergelijking)	Individuele onvrede met de uitkomsten van de integrale vergelijking worden gericht op verbeteren van model binnen ontwikkelcyclus, in bezwaarprocedures bij de NZa of in onderhandelingsgesprek met zorgkantoor (wegonderhandelen uitkomsten integrale vergelijking)	Individuele onvrede landt waarschijnlijk in onderhandelingsgesprek met zorgkantoor (wegonderhandelen uitkomsten integrale vergelijking)	Individuele onvrede landt waarschijnlijk in onderhandelingsgesprek met zorgkantoor (wegonderhandelen uitkomsten integrale vergelijking) en/of in bezwaarprocedures bij de NZa



## 5 Voorkeur NZa

Zoals u eerder uit ons plan van aanpak heeft begrepen, ligt de voorkeur van de NZa bij methode 1. Wij zien deze methode als de enige (houdbare) methode die voldoet aan de opdracht van VWS waarbij de tariefregulering ertoe moet leiden dat de zorg zoals beschreven in het kwaliteitskader tegen de meest efficiënte kosten geleverd wordt. Samen met zorgkantoren en zorgaanbieders willen wij onderzoeken welke variant binnen deze methode het beste aansluit bij hun inkoopdynamiek.

We moeten er nu van uitgaan dat het voor deze methode een voorwaarde is dat de wet wordt aangepast en de NZa daardoor de bevoegdheid krijgt om per zorgaanbieder in hoogte variërende maximum- en/of minimumtarieven vast te stellen.