



**NZa**

Advies

# **Integrale vergelijking verpleeghuiszorg**

Advies

# Integrale vergelijking verpleeghuiszorg



	<b>Samenvatting</b>	<b>3</b>
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Toekomst</b>	<b>9</b>
<b>3</b>	<b>De Nulmeting</b>	<b>16</b>
<b>4</b>	<b>Kwaliteit</b>	<b>28</b>
<b>5</b>	<b>Transparantie</b>	<b>34</b>
<b>6</b>	<b>Regulering</b>	<b>41</b>
<b>7.</b>	<b>Bijlagen</b>	<b>62</b>

# Samenvatting

**Het afgelopen jaar heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) samen met een groot aantal betrokkenen uit de verpleeghuissector gewerkt aan de ontwikkeling van de integrale vergelijking. Met de integrale vergelijking willen we bereiken dat de tarieven voor alle zorgaanbieders van verpleeghuiszorg hoog genoeg zijn om zorg te leveren volgens het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Maar niet te hoog zodat de verpleeghuiszorg toegankelijk en betaalbaar blijft. Passende tarieven dus. Door inzicht in de verschillen tussen zorgaanbieders te geven, ondersteunen we het leren en verbeteren dat in de sector centraal staat. Op basis van de nulmeting die we gedaan hebben, de duiding van de uitkomsten met zorgaanbieders en de consultatie met partijen, concluderen wij dat de integrale vergelijking een methodiek is die kan helpen om deze doelen te realiseren. We concluderen ook dat verdere doorontwikkeling noodzakelijk is om de integrale vergelijking te kunnen gebruiken in de regulering. Wij adviseren de minister daarom om in te stemmen met een doorontwikkeling van de nulmeting.**

## Nulmeting

In de nulmeting hebben we via de Data Envelopment Analysis (DEA) methode een relatie gelegd tussen de productie en de kosten van zorgaanbieders. We gebruikten hiervoor gegevens over het jaar 2018 van 286 zorgaanbieders. Voor deze zorgaanbieders hebben

we bepaald wat de laagste kosten zijn waarvoor het mogelijk was om hun specifieke productiemix te leveren. Deze methode wijst ook op individueel niveau enkele zorgaanbieders (of soms één zorgaanbieder) aan die samen vergelijkbare zorg tegen de minste kosten konden leveren. Deze zorgaanbieders noemen we 'peers'.

In de nulmeting hebben we de nadruk gelegd op het samen opzetten en leren van de methode. Daarnaast lag de nadruk op het bieden van eerste inzichten over de individuele resultaten op basis van de beschikbare gegevens. De eerste resultaten bieden inzicht in de peer-koppeling. Ook zien we dat er verschillen zijn in de efficiency tussen zorgaanbieders en dat er dus potentiële verbeterruimte is. De duiding met zorgaanbieders en ook de consultatiefase met partijen leverde een breed scala aan signalen en inzichten op over de uitkomsten en de ervaring door zorgaanbieders en andere stakeholders. De uitkomsten en de verkregen input hebben we meegenomen in ons voorstel voor de vervolgstappen.

## Kwaliteit

Met de integrale vergelijking verpleeghuiszorg willen we bereiken dat de tarieven voor alle aanbieders van verpleeghuiszorg hoog genoeg zijn om zorg te leveren volgens het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Dit betekent dat de tarieven gebaseerd worden op de kosten van aanbieders waarvan we weten dat ze zorg volgens het kwaliteitskader leveren.

De relatie tussen tariefstelling en kwaliteit van geboden verpleeghuiszorg is dus belangrijk, maar op dit moment nog moeilijk te leggen. Wij kunnen de basis van de tariefstelling verbeteren door de tarieven te baseren op zorgaanbieders die geen maatregel hebben gekregen

van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: IGJ). Wij zien dit als een eerste stap in een richting waarbij de tariefstelling meer rekening houdt met de kwaliteit van zorg. Wij blijven de ambitie houden om de relatie tussen bekostiging en kwaliteit steviger te maken. Dit kan alleen als het veld actief aan de slag gaat met het verzamelen en bruikbaar maken van hiervoor benodigde informatie. Op basis hiervan kan het veld dan kijken of ze tot een gemeenschappelijke opinie kunnen komen over zorgaanbieders waarop we onze tariefstelling moeten baseren. Wij vinden het essentieel dat de IGJ bij dit proces betrokken wordt.

## Transparantie

Voor het realiseren van de doelstellingen van de integrale vergelijking is het belangrijk om informatie uit het model te kunnen delen. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om kosten en productie van zorgaanbieders en de uitkomsten van het model. Dit geldt voor zowel de doorontwikkeling van het model, het leren en verbeteren op basis van het model en – te zijner tijd - de onderbouwing van de tarieven. Tijdens de nulmeting konden wij geen herleidbare (bedrijfs)vertrouwelijke gegevens over een zorgaanbieder verstrekken aan anderen dan die zorgaanbieder. In deze rapportage hebben we uitgewerkt om wat voor soort gegevens het gaat en voor welke doelen deze nodig zijn.

We willen onderzoeken in hoeverre de informatie al uit andere hoofde openbaar is of nog kan worden. Voor informatie die niet openbaar is, zien wij vervolgens als oplossingsrichting een wetswijziging waar een flexibele bevoegdheid binnen randvoorwaarden gecreëerd wordt. Wij adviseren het Ministerie van VWS om deze wetswijziging in gang te zetten. Het kunnen delen van meer gegevens is namelijk cruciaal in de doorontwikkeling van het model. Wij zullen waar nodig en wenselijk het Ministerie van VWS ondersteunen.

## Regulering

De minister heeft in de opdracht aangegeven de inte-

grale vergelijking uiteindelijk te willen gebruiken in de tariefregulering. In dit advies hebben we daarom verschillende aspecten daarvan verder uitgewerkt, waaronder de tariefsoort en de impact op andere onderdelen van de regulering (zoals de contracteerruimte en het verdeelmodel). We constateren daarbij dat de impact groot kan zijn. Om de doelen van de integrale vergelijking goed tot hun recht te laten komen is het belangrijk dat er vooraf heldere keuzes ten aanzien van de balans in de driehoek van betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit gemaakt worden.

## Toekomst

### Uitkomsten consultatie

Partijen geven aan dat de nulmeting en rapportage interessante en bruikbare informatie geven, maar dat er ook nog verschillende open vraagstukken zijn. Zij constateren met ons dat de toepassing in de regulering niet alleen om doorontwikkeling op verschillende onderwerpen vraagt, maar ook om heldere (politieke) afwegingen. Ook zien zij dat het belangrijk is om een relatie tussen de bekostiging en kwaliteit te leggen, maar dat de invulling daarvan op dit moment nog lastig blijkt. Het onderzoek onderstreept volgens alle betrokkenen de complexiteit van de integrale vergelijking. Tot slot is de noodzaak voor een integrale benadering van de ouderenzorg benadrukt.

### Advies NZa

Net als partijen zien wij het belang om snelheid te maken met de integrale benadering van de ouderenzorg. Dit betekent volgens ons echter niet dat verbetermogelijkheden in de verpleeghuiszorg moeten wachten. De integrale vergelijking kan een belangrijke hulpmiddel zijn om bijvoorbeeld verschillen tussen aanbieders inzichtelijk te maken. En helpt daarmee zorgaanbieders om van elkaar te leren en te verbeteren. Daarom willen wij in 2021 op basis van de gegevens uit de nulmeting een doorontwikkeling uitvoeren. We doen daarvoor in verband met de coronacrisis geen nieuwe data-uitvraag bij zorgaanbieders.



Wij zien wel een andere belangrijke stap die zorgaanbieders kunnen zetten, samen met de IGJ. Namelijk het uitwerken van het verzamelen en bruikbaar maken van kwaliteitsinformatie. Wij adviseren de Minister van VWS om hierover duidelijke (proces)afspraken met veldpartijen te maken. Verder vinden we het belangrijk dat de wettelijke basis voor het delen van informatie die noodzakelijk is voor de integrale vergelijking wordt geregeld door het Ministerie van VWS. Ook benadrukken we het belang van de maatschappelijke/politieke discussie over de samenhang van de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid en hoe we met elkaar hierin balans aanbrengen en behouden.

Voor de NZa zijn de belangrijkste acties in het doorontwikkeljaar 2021 het uitvoeren van aanvullende analyses (een regioanalyse en een impactanalyse). Ook zullen we onderzoek doen naar welke verbeteringen mogelijk zijn op het gebied van datakwaliteit, administratieve lasten en de huidige modelkeuzes. Om de complexiteit te reduceren willen we samen met zorgaanbieders en zorgkantoren onderzoeken hoe de uitkomsten van de vergelijking beter toepasbaar te maken zijn. Dit willen wij doen via handvatten voor leren en verbeteren. Beleidsmatig zullen wij partijen ondersteunen in het uitwerken van het vraagstuk kwaliteit. Waar nodig zullen we het Ministerie van VWS ondersteunen bij de geadviseerde wetswijziging.

### **Integrale en passende ouderenzorg**

Het is belangrijk dat er een brede visie op de ouderenzorg komt. Daarbij wijzen wij op het advies dat we onlangs samen met het Zorginstituut uitbrachten: 'Gelijkgericht samenwerken aan passende zorg'<sup>1</sup>. We adviseren om de hierin genoemde principes van passende zorg als uitgangspunt te hanteren bij de brede

kijk op de ouderenzorg. In dit vervolgtraject denken we graag mee. In het advies hebben we enkele voorbeelden benoemd, zoals de noodzaak van meer preventie, digitalisering en domeinoverstijgende samenwerking. Bij de verdere uitwerking van de integrale ouderenzorg en bij de doorontwikkeling van de integrale vergelijking, is het belangrijk dat deze trajecten op elkaar aansluiten en elkaar versterken.

<sup>1</sup> Adviesrapport Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú. Actieplan voor het behoud van goede en toegankelijke gezondheidszorg (publicatiedatum 30 november 2020), NZa en Zorginstituut.

1.

---

# Inleiding



# 1. Inleiding

**In dit hoofdstuk beschrijven wij kort de achtergrond van het traject van de integrale vergelijking verpleeghuiszorg. Daarna wordt de werkwijze die wij in dit traject hanteren toegelicht. Ook benoemen we de toetsingscriteria die het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft opgesteld voor de uitwerking van de integrale vergelijking. We eindigen deze inleiding met een korte leeswijzer voor dit advies.**

## 1.1 Achtergrond

Met de komst van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg in 2017 is er veel veranderd voor de verpleeghuiszorg. In dit kwaliteitskader is vastgelegd waaraan goede zorg in een verpleeghuis moet voldoen. Doordat kwaliteit deze prominente rol heeft gekregen binnen de sector, is het van belang dat de bekostiging hierop aansluit.

In mei 2018 zijn wij gestart met het traject dat bekend staat als de integrale vergelijking verpleeghuiszorg.

Met de integrale vergelijking willen we bereiken dat de tarieven voor alle V&V-zorgaanbieders hoog genoeg zijn om zorg te leveren volgens het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, maar niet te hoog zodat de verpleeghuiszorg toegankelijk en betaalbaar blijft. Passende tarieven dus. Door inzicht in de verschillen tussen zorgaanbieders te geven, geven we ondersteuning aan het leren en verbeteren dat in de sector centraal staat. De doelen staan weergegeven in figuur 1.

1. Zie bijlage 3 voor een toelichting op de sponsorgroep.
2. Zie bijlage A van [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_271194\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_271194_22/1/).

Inmiddels heeft er een nulmeting plaatsgevonden, waarvan de uitkomsten in september 2020 zijn geëvalueerd met zorgaanbieders.



Figuur 1: de doelen van de integrale vergelijking

In bijlage 1 is een toelichting opgenomen op het traject van de integrale vergelijking tot op heden, waarin ook wordt verwezen naar eerdere correspondentie tussen het Ministerie van VWS en de NZa. Bijlage 2 bevat een begrippenlijst welke behulpzaam kan zijn bij het lezen van dit rapport.

## 1.2 Werkwijze

Voor het traject van de integrale vergelijking werken we samen met het veld om de (door)ontwikkeling vorm te geven. Bij de start van dit traject in 2018 hebben we een sponsorgroep<sup>1</sup> gevraagd om ons gevraagd en ongevraagd advies te geven. Centraal stond hierbij de vraag om ons alert te houden dat we met ons traject voldoende aansluiten bij de behoeften in de verpleeghuissector. De sponsorgroep heeft de #samenvoorwaardevollezorg<sup>2</sup>-beweging (gestart met de Nulandgroep) geïnitieerd. Wij hebben ons hieraan geëngageerd en toetsen het traject van de integrale vergelijking aan de uitgangspunten zoals die in de visie #samenvoorwaardevollezorg zijn opgenomen.

Daarnaast zijn er meerdere werkgroepen betrokken geweest bij de voorbereiding en tijdens de nulmeting. Deze werkgroepen hebben ons geadviseerd over specifieke inhoudelijke vraagstukken. Deze opzet voor samenwerking is ook opgenomen in het gepubliceerde plan van aanpak<sup>3</sup>. Een toelichting op hoe deze opzet in de praktijk heeft uitgewerkt, is te vinden in bijlage 3.

Vanzelfsprekend vond naast deze opzet voor samenwerking ook de reguliere consultatie en afstemming, bestaande uit een reeks van technische overleggen, periodieke overleggen en bestuurlijke afstemming, met betrokken (branche)organisaties plaats.

Tot slot hebben we op meerdere momenten actief de communicatie vormgegeven naar zorgaanbieders. De belangrijkste momenten hierin waren:

1. Vier interactieve regionale informatiebijeenkomsten ten tijde van de data-uitvraag (oktober/ november 2019).
2. Twee individuele schriftelijke terugkoppelingen in februari 2020 en april 2020. De inhoud van deze terugkoppelingen bevatte controles op de eigen data aanlevering voor de nulmeting (deel 1) en de individuele en landelijke resultaten van de vergelijking (deel 2).
3. De duidingsperiode van de nulmeting van de integrale vergelijking, bestaande uit twee livestreams en negentien rondetafelgesprekken in september 2020. Een link naar de livestreams en de notulen van de rondetafels zijn te vinden in bijlage 4.

### 1.3 Beleidsmatige toetsingscriteria

Op het moment dat de data uitvraag ten behoeve van de nulmeting van de integrale vergelijking plaatsvond, heeft het Ministerie van VWS tevens haar beleidsmatige toetsingscriteria gecommuniceerd<sup>4</sup>. De beleidsmatige toetsingscriteria zijn opgesteld om tussentijdse resultaten, nadere uitwerkingen en besluiten ten aanzien van de integrale vergelijking aan te toetsen.

In dit advies zullen we, naast de beschrijving van het traject dat afgelopen jaar heeft plaatsgevonden en de inhoudelijke uitwerking van de integrale vergelijking, terugkomen op deze toetsingscriteria. Dit gebeurt in de paragrafen die raken aan het betreffende toetsingscriterium. Daarnaast is in bijlage 5 het totaaloverzicht van de beleidsmatige toetsingscriteria opgenomen met een toelichting per criterium.

### 1.4 Leeswijzer

We starten in **hoofdstuk 2** met ons advies aan de Minister van VWS voor de doorontwikkeling van de integrale vergelijking en plaatsen de integrale vergelijking in een breder perspectief.

Vervolgens behandelen we in **hoofdstuk 3** de nulmeting. We gaan in op het proces dat we hiervoor doorlopen hebben, de modelkeuzes die gemaakt zijn en de resultaten uit de nulmeting.

In **hoofdstuk 4** bespreken we het onderwerp kwaliteit. En in **hoofdstuk 5** richten we ons op het thema transparantie.

Tot slot beschrijven we in **hoofdstuk 6** de reguleringsvraagstukken die spelen wanneer we de integrale vergelijking gaan toepassen voor tariefbepaling.

In de tekst wordt verwezen naar de verschillende bijlagen die in **hoofdstuk 7** zijn ingevoegd.

3. Kenmerk 0334753/0516611, [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_289409\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_289409_22/1/).

4. De bijlage van de brief van VWS d.d. 14 november 2019.



2.

# Toekomst



## 2. Toekomst

**We starten ons adviesrapport met een hoofdstuk over de toekomst. In de eerste paragraaf geven we de 'rode draad' weer van de reacties op de consultatie-versie van dit advies. In de consultatiefase hebben we gesproken met de werkgroepen<sup>5</sup> die afgelopen jaar input hebben gegeven op verschillende onderdelen van de integrale vergelijking en met verschillende (branche)partijen<sup>6</sup>. Vervolgens gaan we in paragraaf 2 in op ons advies aan de Minister, gebaseerd op de uitkomsten van de nulmeting, de analyses die beschreven zijn in dit document én de reacties van allen die betrokken zijn in de duiding en de consultatiefase. Tot slot plaatsen we in paragraaf 3 de integrale vergelijking in een breder perspectief.**

### 2.1 Rode draad consultatie conceptrapportage

In de consultatiefase hebben we een groot aantal partijen (zoals de brancheorganisaties) maar ook individuele aanbieders en zorgkantoren gevraagd om te reageren op de uitkomsten van de nulmeting, de beschrijving van het kwaliteitsvraagstuk, de toepassing in de regulering en het onderwerp transparantie. In deze consultatie zijn verschillende perspectieven betrokken: bestuurders, controllers, inkopers, beleidsmakers, enzovoorts. Samenvattend horen we in de reacties veelal het volgende terug:

Nulmeting en rapportage geven interessante en bruikbare informatie, maar nog veel open vraagstukken

De rapportage laat volgens betrokkenen helder zien wat de nulmeting heeft opgeleverd. De nulmeting levert allereerst interessante en bruikbare informatie op maar leidt ook weer tot nieuwe vragen (zoals: waar komen de verschillen vandaan en hoe verklaren we die?) die nog niet allemaal nu beantwoord (kunnen) worden.

Toepassing in de regulering vraagt om heldere afwegingen

Betrokkenen delen ook dat toepassing in de regulering grote consequenties kan hebben en dat dit vraagt om heldere afwegingen en keuzes vooraf (in de balans van de driehoek van belangen), bijvoorbeeld in relatie tot de contracteerruimte.

De relatie met kwaliteit is belangrijk, maar op dit moment nog moeilijk te leggen

Herkend wordt dat de relatie met kwaliteit in de bekostiging belangrijk is, maar dat deze op dit moment nog steeds moeilijk te leggen is, omdat – zoals de NZa beschrijft – het ‘wel of niet voldoen aan het kwaliteitskader’ – en de daarmee samenhangende representatieve kosten voor dit kader - in de sector op dit moment nog een open vraag blijft.

5. Zie bijlage 3 voor een toelichting op deze werkgroepen

6. De partijen waarmee gesproken is, zijn ActiZ, ZN, ZorgthuisNL, IGJ, Zinl, Verenso en V&VN.

## Complexiteit van de integrale vergelijking

Het onderzoek onderstreept volgens alle betrokkenen de grote complexiteit van de integrale vergelijking. Dit hangt volgens de betrokkenen samen met vragen over de werking van het model en de techniek en komt voor een deel door het gebrek aan transparantiemogelijkheden (omdat de wettelijke mogelijkheden daarvoor nog beperkt zijn). Daarnaast speelt de beperkte data-kwaliteit een rol. Een veel voorkomende vraag vanuit controller-perspectief is: hoe is het ingevuld en toegerekend? En vanuit bestuurders: hoe kan ik dit gebruiken in mijn organisatie?

## Noodzaak voor integrale benadering ouderenzorg

Tot slot noemen veel partijen (brancheorganisaties én aanbieders) het belang van het integraal benaderen van de ouderenzorg. Daar waar de integrale vergelijking zich nu richt op de verpleeghuiszorg (omdat het Kwaliteitskader dat ook doet), is het voor de toekomst onmisbaar om de ouderenzorg als geheel te benaderen. We gaan daar verderop nog op in.

## Geadviseerde richtingen

Op basis van de reacties in de duidingsperiode en de consultatiefase, zien we twee geadviseerde 'richtingen' als het gaat om het vervolg van dit traject.

- Route 'pas op de plaats': een deel van de geconsulteerden adviseert om nu niet verder te gaan met de integrale vergelijking. Zij vinden het belangrijk dat er eerst heldere keuzes worden gemaakt (door de politiek) over een toekomstgerichte ouderenzorg als geheel, zoals: hoe gaan we om met de toename van ouderen in relatie tot de beperkte (personeels) capaciteit? Daarbij is men beducht voor een eenzijdige focus op personeel (skosten) bij de vergelijking zoals die nu is uitgevoerd en vreest dat er geen recht wordt gedaan aan de context en verschillen tussen organisaties. Ook zou het vervolgtraject kunnen leiden tot een 'stapel van onzekerheden' (terwijl meerjarige zekerheid nu meer dan ooit

gewenst is) en een toename van de administratieve lasten. Bij dit laatste punt geldt ook de moeilijkheid dat door de corona-uitbraak de cijfers over in ieder geval 2020 niet goed bruikbaar zullen zijn. Er is desondanks wel steun voor het leren en verbeteren tussen en door organisaties, maar dat zou ook op een andere manier georganiseerd kunnen worden.

- Route 'minder complex, sneller bruikbaar': andere betrokkenen leggen meer nadruk op de noodzaak om juist vaart te maken en daarom ook de eenvoud op te zoeken. Zo helpt het volgens ZN bijvoorbeeld zorgkantoren om hun rol goed uit te voeren en is het zeer nuttig voor hun dialoog met zorgaanbieders. Het voordeel van deze dialoog is dat zorgkantoren enerzijds beschikking hebben over landelijk verzameld cijfermateriaal en anderzijds recht kunnen doen aan het 'verhaal achter de cijfers' in de lokale context (gaat het echt om een doelmatiger aanbieder of is er iets anders aan de hand?). Het is dan wel essentieel dat eerst ingezet wordt op complexiteitsreductie. De eerste stap die voorzien is, is dat het model vooral 'beschrijvend' is (bijvoorbeeld over de verschillen in formatie of ten aanzien van de behandeldienst). Daarmee vormt het input voor het leren en verbeteren en een legitimatie voor een passende inkoop.

Gezien de uitdaging op de korte termijn, adviseert ZN om de mogelijkheden van een pilot te onderzoeken. Dit om de complexiteit te verminderen en aan de slag te kunnen met de uitkomsten. Ook verschillende zorgaanbieders hebben aangegeven dat het leren en verbeteren door middel van de integrale vergelijking hen kan helpen, juist vanwege de grote uitdagingen die nu spelen. Door een aantal van hen is eveneens de suggestie gedaan om te onderzoeken of een pilot daarin helpt. Dat zorgt voor vooruitgang in het proces als er geen vervolgmeting plaatsvindt en helpt ook bij vragen als: 'welke informatie is precies nodig?' en 'hoe krijgen we het proces van het leren en verbeteren op gang?'

## 2.2 Ons advies voor het vervolg

Op basis van de uitkomsten van de nulmeting, de input van de consultatie, en de huidige ontwikkelingen, trekken wij de volgende conclusies ten aanzien van het vervolg:

- Het is allereerst van groot belang om snelheid te maken met de integrale benadering van de ouderenzorg. Niet alleen wordt die wens breed gedeeld vanwege de grote uitdagingen waarvoor dit behulpzaam zal zijn, maar dit brengt ook veel vraagstukken met zich mee die van belang zijn voor de visie en het vervolg op de integrale vergelijking: bijvoorbeeld de mogelijkheid dat er een breed (domeinoverstijgend) en geactualiseerd kwaliteitskader nodig is en de visie op het wonen binnen de verpleeghuiszorg. We adviseren om tijdig een overzicht te maken van de acties die nodig zijn om dit in gang te zetten en stappen hiervoor te zetten. We gaan daar in paragraaf 3 nader op in.
- De noodzaak van het stappen zetten naar een integrale benadering van de ouderenzorg betekent niet dat verbetermogelijkheden in de verpleeghuiszorg moeten wachten. We zijn ervan overtuigd dat het inzichtelijk maken van verschillen (vergelijken) helpt om te leren en te verbeteren. Als aanbieders onderling, ten behoeve van de zorginkoop en voor zover nodig ook vanuit de regulering. Leren en verbeteren is immers ook het principe dat belangrijk is bij de toepassing van het Kwaliteitskader. Ook weten we dat een 'one size fits all'-benadering voor alle aanbieders van verpleeghuiszorg niet helpt als er verschillen zijn, zoals ook is gebleken uit de nulmeting. De nulmeting heeft een belangrijke eerste aanzet gegeven, het is van belang om de daarmee verkregen inzichten verder te ontknopen, bruikbaar te maken en toe te passen.
- Het is voor komend jaar niet zinvol om een 1-meting uit te voeren. Dit mede vanwege de impact van de corona-uitbraak. We willen zorgaanbieders niet met een brede data-uitvraag belasten in de zomer van 2021, wanneer de corona-uitbraak mogelijk nog

druk zal leggen op de zorg. Daarnaast zijn de cijfers van 2020 naar verwachting niet representatief te krijgen. En zou dit dus hooguit met zich meebrengen dat cijfers van de nulmeting geactualiseerd kunnen worden met één jaar (van 2018 naar 2019).

- Het ligt voor de hand om de integrale vergelijking pas een plek in de regulering te geven als we de integrale vergelijking kunnen baseren op een jaar waarin de sector is ingegroeid in het kwaliteitskader.

In plaats van een vervolgmeting willen we een doorontwikkeling van de nulmeting uitvoeren. Zo kunnen we gezamenlijk werken aan openstaande vraagstukken en aan de begrijpelijkheid van de integrale vergelijking.

Concreet betekent dit onder andere dat we:

- Voor wat betreft de data en model (zie ook paragraaf 3.6):
  - Regioanalyse: we willen onderzoek doen om op basis van de nulmeting meer inzichten op regionaal niveau te bieden, zoals de spreiding van peers en efficiëncyscores binnen en tussen de regio's, en mogelijke consequenties voor regulering in kaart brengen.
  - Impactanalyse: we doen nader onderzoek naar de financiële impact van de uitkomsten uit de nulmeting voor zorgaanbieders.
  - Administratieve lasten: we onderzoeken de mogelijkheden van vermindering van administratieve lasten bij de integrale vergelijking.
  - Datakwaliteit: we onderzoeken de mogelijkheden tot verbetering van de datakwaliteit over kosten aan de hand van signalen uit de duidingsperiode.
  - Huidige modelkeuzes en template verbeteren en verfijnen: we willen samen met (een afvaardiging uit) de sector specifieke modelkeuzes verbeteren en verfijnen en het template verbeteren naar aanleiding van signalen uit de duidingsperiode.

- Voor wat betreft de beleidsvraagstukken:
  - Handvatten voor leren en verbeteren: we willen samen met zorgaanbieders en zorgkantoren onderzoeken hoe de uitkomsten van de vergelijking beter toepasbaar te maken zijn. Hierbij kan gedacht worden aan een beschrijving hoe de uitkomsten vertaald kunnen worden naar de bedrijfsvoering en wat dit betekent voor het zorginkoopgesprek. Doel is om het praktisch en bruikbaar te maken en in lijn daarmee ook de complexiteit te verminderen.
  - Kwaliteit: het advies is dat het Ministerie van VWS afspraken maakt met veldpartijen voor het uitwerken van dit vraagstuk. Wij kunnen partijen ondersteunen door onderzoek te doen naar de gebruikte normen voor de bijschatting in de integrale vergelijking en naar mogelijkheden van het koppelen van openbare kwaliteitsinformatie aan informatie uit de integrale vergelijking.
  - Transparantie: het advies aan het Ministerie van VWS is om de wetswijziging ten behoeve van de transparantie tijdig in gang te zetten. Wij zullen waar nodig en wenselijk het Ministerie van VWS ondersteunen.
  
- Voor wat betreft de politieke richting in de driehoek van belangen:
  - We benadrukken het belang van de maatschappelijke/ politieke discussie over de samenhang van de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid en hoe we met elkaar hierin balans aanbrengen en behouden. In de consultatie is door sommige partijen meermaals benoemd dat het huidige kwaliteitskader voor de langere termijn niet houdbaar is.

Het is van groot belang dat dit ook een verstaalslag krijgt en door partijen concreet wordt gemaakt.

#### Samengevat:

- 2021 jaar van de doorontwikkeling, met o.a. aandacht voor de datakwaliteit, minder complexiteit en nadere analyses o.b.v. de nulmeting. Dat betekent géén datauitvraag (1-meting) bij zorgaanbieders in 2021.
- Eind 2021 een go/no go t.a.v. het vervolg van de integrale vergelijking en specifiek over een eventuele vervolgmeting. Dit kan dan ook gelijk lopen met inzichten uit de Dialognota Ouderen (VWS).

### 2.3 Integrale passende ouderenzorg

In paragraaf 2 hebben we het belang onderstreept van een integrale benadering van de ouderenzorg. Deze brede aanpak is nodig om de uitdagingen van de ouderenzorg (zoals de sterk toenemende zorgvraag samen met de personeelskrapte) meer het hoofd te kunnen bieden en helpt bij een aantal vraagstukken die een rol spelen bij de integrale vergelijking (zoals het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en de daarbij lopende discussies over personeelsinzet). In deze paragraaf geven we een korte toelichting op wat we verstaan onder deze integrale benadering, welke principes daarvoor belangrijk zijn en welke voorbeelden we voor ogen hebben.

#### Principes passende zorg

Ten aanzien van de brede kijk op de ouderenzorg, vinden wij het allereerst belangrijk om te refereren aan het recent gepubliceerde advies ‘Gelijkgericht samenwerken aan passende zorg’<sup>7</sup>. Passende zorg is zorg die van waarde is voor de gezondheid en het functioneren van het individu, tegen een redelijke prijs.

7. Adviesrapport Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú. Actieplan voor het behoud van goede en toegankelijke gezondheidszorg (publicatiedatum 30 november 2020), NZa en Zorginstituut.



In het advies is een voorzet gegeven voor de principes die als gedeeld kompas kunnen werken voor iedereen die werkt aan passende zorg:

1. Passende zorg is waardegedreven: zorg voor een doelmatige inzet van effectieve zorg, met als doel voor de cliënt relevante winst in gezondheid en functioneren tegen een redelijke prijs.
2. Passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de cliënt tot stand: de functioneringsvraag staat centraal in het samen beslissen, met multidisciplinaire expertise en bezien in de sociale context van de cliënt.
3. Passende zorg is de juiste zorg op de juiste plek: (duurdere) zorg voorkomen, zorg verplaatsen en rondom mensen organiseren, en zorg vervangen door slimme zorg en e-health.
4. Passende zorg gaat over gezondheid i.p.v. ziekte: zet al het overheidsbeleid in op gezondheidsbevordering en het verkleinen van gezondheidsverschillen (health in all policies), focus op de eigen ervaren gezondheid en functioneren (positieve gezondheid), en werk aan het voorkomen van ziekte en zwaardere zorg (preventie).

Passende zorg gaat aan de ene kant over gepast gebruik/zinnige zorg. Tegelijk is passende zorg ook breder. Het gaat ook om de organisatie van zorg, zoals de manier van samenwerken zoals over domeinen heen. De manier waarop de zorg georganiseerd wordt, wie daarbij betrokken zijn en hoe de samenwerking daarbij is, zijn allemaal bepalend voor de uitkomsten van de zorg en daarom onderdeel van passende zorg.

De organisatie van de zorg en de manier van samenwerking is juist in de afgelopen periode meer dan ooit in de belangstelling komen te staan. De corona-uitbraak vraagt veel van de zorg en van de zorgverleners maar zorgt er ook voor dat er stappen worden gezet die in gewone omstandigheden niet of minder vanzelfsprekend zijn. Bijvoorbeeld als het gaat om samenwerking in de keten. Het is van groot belang dat we de lessen

die daaruit te trekken zijn vasthouden en de positieve aspecten implementeren zodat niet te snel ‘oude patronen’ weer leidend zijn. Dat onderstreept het belang van het voorop blijven stellen van de hierboven genoemde principes.

De urgentie blijkt ook uit het feit dat de ouderenzorg – los van de corona-uitbraak – te maken heeft met grote uitdagingen. Die uitdagingen laten zich moeilijk samenvatten in enkele zinnen, maar de grote groei in het aantal ouderen, samen met verwachte afname van het aantal (potentiele) mantelzorgers, vraagt om duidelijke en scherpe keuzes. De keuzes zijn nodig om (tevens) de ouderenzorg in de toekomst kwalitatief goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. Ook om deze reden roepen we op om bovengenoemde principes leidend te laten zijn in de brede verkenning ten aanzien van de ouderenzorg.

### Voorbeelden voor de ouderenzorg

Toegepast op de ouderenzorg, noemen we een aantal richtingen en acties die behulpzaam zijn:

1. Domeinoverstijgende benadering: het is van belang dat de ouderenzorg als geheel benaderd wordt. Ouderen krijgen zorg vanuit verschillende domeinen (Zvw, Wmo en Wlz). Bij elk domein zijn weer andere organisaties betrokken. In de afgelopen tijd is vaak benoemd dat tussen deze domeinen schotten ontstaan en dat dit ongewenste prikkels geeft. De rol van de eigen bijdrage is daarvan een voorbeeld: als cliënt geeft dat een voorkeur voor een bepaalde financiering of domein die vanuit maatschappelijke optiek mogelijk niet optimaal is. Het is als eerste stap van belang om deze ‘ongewenste prikkels’ te onderzoeken en zoveel mogelijk weg te nemen.
2. Eigen regie en langer thuis: het is van belang dat de prikkels in het systeem zo zijn ingericht dat de cliënt zo lang mogelijk eigen regie behoudt en langer thuis kan wonen. Om dit meer dan nu voor elkaar te krijgen is domeinoverstijgende samenwerking meer dan ooit noodzakelijk, zodat er “gelijkgerichtheid” ontstaat tussen de verschillende domeinen.

Duidelijk is bijvoorbeeld dat sociale interventies gericht op het verminderen van eenzaamheid veel kunnen bijdragen aan het vertragen of verlagen van het aantal intramurale opnames. Het is als tweede stap van belang om te onderzoeken hoe we maximale gelijkgerichtheid kunnen verkrijgen.

3. Preventie: vanuit welke domein de ouderenzorg ook bekostigd wordt, duidelijk is dat de enorme groei in samenhang met de beperkte capaciteit (bijvoorbeeld aan personeel) vraagt om flinke inzet op preventie. Preventie gericht op het uitstellen of voorkomen van opnames (zoals het hierboven genoemde voorbeeld van sociale interventies, zoals de buurthuizen). Of gericht op het voorkomen van verergeren van de zorgvraag. Ook de inzet van mantelzorg is een thema dat hieraan raakt. Het is als derde stap van belang om te onderzoeken hoe preventie meer gestimuleerd kan worden: welke goede voorbeelden zijn er en hoe kunnen deze meer verspreid worden? Wat betekent dit voor het stelsel en de bekostiging?
4. E-health en innovatie (digitalisering): in het verlengde van preventie, vragen de uitdagingen om een sterke inzet op digitale mogelijkheden. Zowel bij ouderen thuis als intramuraal. De toepassing van digitale innovaties maakt het mogelijk om met minder personeel meer zorg te leveren. Of om zorgverzwaring te voorkomen. Het systeem en de prikkels moeten optimaal gericht zijn op het bevorderen van deze innovaties. Bijvoorbeeld vanuit de contractering.
5. Regionale samenwerking en regie: ongeacht de impact van preventie en innovatie, is duidelijk dat het aantal beschikbare plaatsten voor ouderen ('geschikte woningen') tekort schiet. De bouwopgave is complex omdat het veel partijen raakt: gemeenten, woningbouwcorporaties, zorgaanbieders, zorgkantoren, etc.

Regionale samenwerking en bijbehorende regie (en doorzettingsmacht) zijn belangrijk om het tempo te verkrijgen dat nodig is bij het groeiende aantal ouderen. In dit verband speelt ook een rol de wens om meerjaarszekerheid.

We adviseren om de hierboven genoemde principes van passende zorg als uitgangspunt te hanteren en in de komende periode te concretiseren onder meer aan de hand van de vijf genoemde richtingen. Vanzelfsprekend denken we in dit vervolgtraject graag mee.

Kortom, wij zien de relevantie van andere ontwikkelingen dan alleen de integrale vergelijking. Bij de verdere uitwerking van de integrale ouderenzorg en bij de doorontwikkeling van de integrale vergelijking, is het belangrijk dat de trajecten bij elkaar aansluiten en elkaar kunnen versterken.

Vanuit welke invalhoek je ook kijkt, de uitdagingen waar cliënten, veldpartijen, uw Ministerie en wij voor staan, zijn groot. Wij zien er naar uit om met u en alle andere betrokkenen te blijven werken aan toegankelijke, kwalitatief goede en betaalbare ouderenzorg. Wat ons betreft is dit advies één van de handvatten daarbij.

3.

# De Nulmeting



## 3. De nulmeting

**In dit hoofdstuk gaan we in op de uitgevoerde nulmeting. We beginnen het hoofdstuk met een korte toelichting op de methodiek voor de integrale vergelijking. Een meer uitgebreide toelichting is opgenomen in bijlage 6. Daarna lichten we achtereenvolgens het doorlopen proces toe, de gemaakte modelkeuzes die leiden tot het basismodel voor de integrale vergelijking en tot slot de eerste resultaten. Deze paragrafen worden vervolgens gevolgd door de input die wij hebben opgehaald in de duiding met zorgaanbieders in september 2020. We eindigen dit hoofdstuk met een korte samenvatting en een advies voor vervolgstappen.**

### 3.1 Recap: wat is de integrale vergelijking

Met de integrale vergelijking vergelijken we verpleeghuizen. Zo maken we inzichtelijk welke kosten verpleeghuizen in vergelijkbare situaties maken en welk verpleeghuis zorg op een efficiënte manier levert. Hierdoor biedt de integrale vergelijking de mogelijkheid om een minimaal kostenniveau voor zorg vast te stellen. Om dit minimale kostenniveau te bepalen, is het belangrijk om dit te koppelen aan kwaliteit. Zie hiervoor hoofdstuk 4.

Er zijn verschillende varianten om te vergelijken. De NZa heeft de voor- en nadelen daarvan omschreven in de bijlage van het plan van aanpak dat in 2019 is opgeleverd<sup>8</sup>. Op basis hiervan is voor de nulmeting gekozen voor de data envelopment analyses (DEA) methode. Een belangrijk voordeel van de DEA methode is dat de

uitkomsten van de vergelijking gebaseerd worden op de gehele bedrijfsvoering van bestaande zorgaanbieders. Substitutie van kosten en vrijheid van bedrijfsvoering blijven zo in stand, en voorkomen onherkenbare uitkomsten. Een belangrijk aspect van deze methode is dat deze methode rekening kan houden met de individuele/specifieke omstandigheden van zorgaanbieders. Tot slot biedt de integrale vergelijking de mogelijkheid dat zorgaanbieders van elkaars uitkomsten kunnen leren.

De DEA methode legt een relatie tussen de productie en de kosten en bepaalt voor elke mogelijke productiemix wat de laagste kosten zijn waarvoor het mogelijk is om die zorg te leveren. Deze methode wijst voor alle zorgaanbieders enkele zorgaanbieders (of soms één zorgaanbieder) aan die samen vergelijkbare zorg tegen de minste kosten kunnen leveren. Deze zorgaanbieders noemen we ‘peers’. Voor iedere zorgaanbieder bepalen de kosten van deze peers de minimale kosten voor de geleverde zorg. We noemen dit het ‘minimale kostenniveau’. Op basis van dit minimale kostenniveau berekenen we een efficiëncyscore (hierna: score). Deze score drukt dit minimale kostenniveau uit als aandeel van de huidige<sup>9</sup> kosten. Deze ligt dus tussen 0 en 1. Een score van 0,96 geeft aan dat de peers voor 96% van de kosten van de zorgaanbieder met deze score deze productie kunnen leveren.

Wanneer de uitkomsten van de integrale vergelijking vertaald worden naar de tariefregulering ontstaat er een efficiëncyprikkel. Een maximumtarief begrenst de potentiële vergoeding en stimuleert daarmee dat zorgaanbieders hun kosten waar mogelijk verlagen.

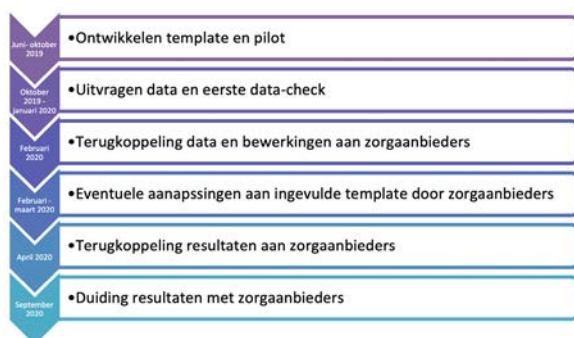
8. Kenmerk 0334753/0516611, [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_289409\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_289409_22/1/)

9. Waarbij in de nulmeting de huidige kosten gelezen moet worden als de gemaakte kosten plus de extra kosten die nodig zijn om zorg volgens het kwaliteitskader te kunnen leveren (zie ook modelkeuzes: bijschatting).

Om een beweging naar efficiency structureel te ondersteunen is het belangrijk om de behaalde efficiencywinsten in voldoende mate terug te laten vloeien in de sector. Daar waar zorgaanbieders met goede kwaliteit en relatief lage kosten dus als ‘best practices’ gezien kunnen worden, kunnen hun kosten enkel model staan voor het minimumkostenniveau (en dus eventueel een minimumtarief). Het is essentieel dat er boven dit minimumniveau voldoende tariefruimte beschikbaar blijft tot aan het maximum. De prikkel tot verbeteren verdwijnt namelijk wanneer alle behaalde efficiencywinsten meteen en volledig afgenomen worden. Een veel gebruikt uitgangspunt om deze ruimte te bepalen (namelijk ook in de huidige bekostiging) is door de totaal gemaakte kosten in een sector te laten landen in de maximumtarieven. Op die manier loont het al om net iets slimmer dan gemiddeld te werken. Omdat deze prikkel continue blijft bestaan, maakt de sector als geheel jaar op jaar een structurele en duurzame beweging naar efficiënte bedrijfsvoering. Dit is de doelmatigheidsbeweging die uitgaat van de integrale vergelijking wanneer deze toegepast wordt voor de tariefregulering door de NZa.

### 3.2 Proces

Het proces van de nulmeting kunnen we samenvatten in zes stappen. Deze stappen worden schematisch weergegeven in figuur 2.



Figuur 2: Proces nulmeting

10. Zie voor een nadere beschrijving van de werkgroep data en model bijlage 3

11. Dit betrof alle zorgaanbieders waarvan bekend was dat ze in 2018 voor meer dan 1 miljoen euro aan omzet hadden voor zorg die valt onder het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (VV zzp/vpt 4 t/m 10).

12. De referentieset omvat de zorgaanbieders waarvan de gegevens over productie en kosten van voldoende kwaliteit zijn zodat ze potentieel als peer aangemerkt konden worden. De tweede voorwaarde voor de referentieset is kosten maken die representatief zijn om kwaliteit volgens het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg te kunnen leveren. Door het gebruik van de ‘bijschatting’ (zie modelkeuzes) voldeden alle zorgaanbieders aan deze tweede voorwaarde.

We zijn in juni 2019 gestart met het ontwikkelen van de template, samen met een werkgroep data en model<sup>10</sup> en KPMG. Nadat de template door een aantal zorgaanbieders was getest (als pilot), is deze half oktober 2019 verstuurd naar alle zorgaanbieders die voor de nulmeting in aanmerking kwamen<sup>11</sup>. Zorgaanbieders hadden vervolgens zes weken de tijd om kosten- en productiegegevens over het jaar 2018 aan te leveren. Zij zijn hierbij ondersteund op verschillende manieren, waaronder een gebruikersinstructie, een telefonische helpdesk en regionale informatiebijeenkomsten. Uiteindelijk zijn er 286 templates ingeleverd. Dat is 88% van het aantal uitgezette templates.

Zowel tijdens als na het invullen van de templates zijn er verschillende controles uitgevoerd op de data, de zogenoemde data-checks. Dit met als doel om de kwaliteit van de ingevulde templates zo goed mogelijk te borgen. De uitkomsten van deze controles zijn, na een pilot in de werkgroep data en model, middels een individuele terugkoppeling data & bewerkingen aan de zorgaanbieders teruggekoppeld in februari 2020.

Na deze terugkoppeling heeft de NZa van veel zorgaanbieders aangepaste templates ontvangen, in totaal 266 templates van 184 unieke zorgaanbieders (sommige zorgaanbieders hebben dus vaker dan één keer de template herzien). Wanneer verpleeghuizen de gegevens aanpasten, ontvingen zij een nieuwe terugkoppeling. Ook zijn er in die periode nog circa 179 vragen van zorgaanbieders beantwoord door onze helpdesk.

Vervolgens zijn de analyses gemaakt met 286 templates, waarvan er 109 (38%) zijn opgenomen in de referentieset<sup>12</sup>. In april 2020 is een individuele terugkoppeling over de resultaten van de integrale vergelij-



king aan de verpleeghuizen verstuurd. De cijfers zijn weergegeven ten opzichte van de andere zorgaanbieders. Vanwege wettelijke beperkingen zijn die andere zorgaanbieders geanonimiseerd.

Vanwege de Covid-19 uitbraak in het voorjaar van 2020, is de duiding van de uitkomsten uitgesteld naar september 2020. In september 2020 hebben we voor zorgaanbieders twee livestreamsessies en negentien digitale rondetafelgesprekken georganiseerd. Tijdens deze sessies hebben we de eerste resultaten en inzichten besproken.

Een uitgebreidere beschrijving van het proces is te vinden in bijlage 7.

### Administratieve belasting zorgaanbieders

Doordat de bekostiging gestoeld is op gegevens en expertise van zorgaanbieders, bestaat er in elke reguleringsvorm een administratieve belasting van zorgaanbieders. Dit geldt ook voor de ontwikkeling van de integrale vergelijking. Hieronder valt zowel de deelname van zorgaanbieders in werkgroepen en bijeenkomsten zoals ronde tafels als het meewerken aan de dataverzameling. Daar waar deelname van zorgaanbieders in werkgroepen en bijeenkomsten zoals de ronde tafels in de duidingsperiode op vrijwillige basis kon plaatsvinden, is het meewerken aan de dataverzameling een onderdeel waar alle zorgaanbieders in principe een verplichting toe hadden. Om de administratieve belasting van de dataverzameling te kunnen monitoren hebben we in de template uitgevraagd hoeveel tijd zorgaanbieders gebruikten voor het invullen hiervan. Hieruit blijkt dat zij gemiddeld ongeveer 35 uur besteedden aan de invulling, met een doorlooptijd van 16 dagen. De verschillen tussen zorgaanbieders zijn echter groot; De helft van de deelnemers kon de template binnen 30 uur invullen en 75% van de deelnemers deed dit binnen 45 uur. Er zijn echter uitschieters van zorgaanbieders die

meer dan 100 uur nodig hadden.

### 3.3 Modelkeuzes en basismodel

Om te komen tot een vergelijking, is er een aantal modelkeuzes gemaakt. Deze zijn gemaakt in afstemming met de leden van de werkgroep data en model en op basis van adviezen van internationale experts in de toepassing van de DEA methode bij reguleringsvraagstukken<sup>13</sup>. Hieronder noemen we vier belangrijke keuzes. Een uitgebreide toelichting op de bijschatting voor het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en de clustering van productgroepen is te vinden in bijlage 8.

#### Scope

We zijn in de nulmeting uitgegaan van het geheel van kosten en productie horend bij de verpleeghuiszorg. Deze omvatte niet alleen zorg die valt onder de scope van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (zzp en vpt vv4 tot en met 10), maar ook eventueel aanverwante productie (bij veel zorgaanbieders bijvoorbeeld eerste lijnsverblijf of geriatrische revalidatie). Dit totaal aan kosten noemen we “kostenbasis VV”.

De reden om te kiezen voor deze bredere scope is dat de meeste zorgaanbieders in de praktijk te maken hebben met gemengde afdelingen, waardoor het moeilijk en administratief belastend is om de kosten van andere zorg (breder dan alleen zzp en vpt vv4 tot en met 10) nauwkeurig uit te sluiten.

#### Vastgoed

De kosten van het vastgoed en inventaris zijn in de nulmeting buiten beschouwing gebleven. De integrale vergelijking heeft alleen de kosten meegenomen die niet vallen onder de kapitaallasten en inventaris. Een belangrijke reden om vastgoed en inventaris nu buiten beschouwing te laten is dat de geboekte kosten in het jaar waarover we gegevens uitvragen niet (altijd) representatief zijn voor de structurele kosten.

13. professors Per Agrell and Peter Bogetoft for SUMICSID AB

Een vergelijking zonder kapitaallasten sluit aan bij de huidige regulering. In paragraaf 6.9 wordt het onderwerp kapitaallasten verder toegelicht.

### Bijschatting voor Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

De personeelskosten die we in de vergelijking hebben meegenomen, hebben we aangepast. Naast de gemeten kosten hebben we ook een normatief bedrag toegevoegd. Deze personele meerkosten noemen we ‘bijschatting’.

Met deze bijschatting borgen we dat de kosten die zijn meegenomen in de vergelijking hoog genoeg zijn om de personeelseisen van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg te halen.

Zolang het merendeel van de zorgaanbieders niet is ingegroeid in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, zijn de gemeten kosten niet representatieve kosten om het kwaliteitskader te halen. In de analyse gaan we daarom uit van een inschatting op basis van de rekennorm die de NZa heeft gebruikt voor de impactanalyse<sup>14</sup> van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Wij realiseren ons dat deze rekennorm geen blauwdruk is voor zorgaanbieders, en dat er andere manieren kunnen zijn om aan de personeelseisen te voldoen. Deze bijschatting moet dus gezien worden als een benadering voor de personele ‘meerkosten’ zolang er nog geen duidelijkheid is over de werkelijk benodigde vergoeding voor te maken kosten.

### Clustering van productgroepen

We hebben de productie opgedeeld in zes onderscheidende productgroepen. Vier groepen omvatten de productie van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en twee groepen omvatten de overige productie binnen de kostenbasis VV.

Door de productie op deze manier te clusteren, zorgen we dat de verhouding tussen de productmix en de kosten evenwichtig meegenomen kan worden in de vergelijking.

### Basismodel

Bovenstaande modelkeuzes resulteren in het basismodel dat in de nulmeting van de integrale vergelijking is gebruikt. We noemen dit het basismodel omdat het bij de doorontwikkeling verder kan worden uitgebreid (met bijvoorbeeld factoren zoals de sociaal-economische status van de wijk waar zorg geleverd wordt). In figuur 3 is dit basismodel weergegeven.

	Productgroep	Omschrijving
Kosten Exclusief kapitaallasten Plus bijschatting	1	ZZP/ VPT 4
	2	ZZP/ VPT 5-6 incl. behandeling
	3	ZZP/ VPT 5-6 excl. Behandeling
	4	ZZP/ VPT 7-10
	5	Niet kwaliteitskader (verblijf)
	6	Niet kwaliteitskader (overig)

Figuur 3: het basismodel dat toegepast is in de nulmeting van de integrale vergelijking

## 3.4 Resultaten van de nulmeting

### Referentieset van potentiële peers

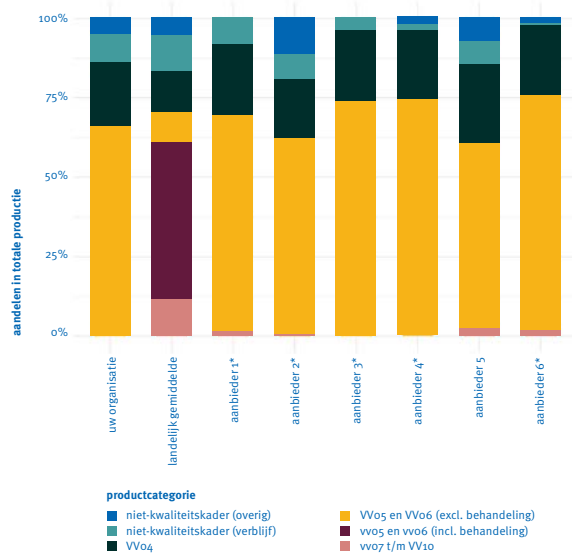
In totaal zijn er 286 zorgaanbieders in de nulmeting opgenomen, waarvan er 109 (38%) zijn opgenomen als potentiële peers. Deze laatste groep noemen we de referentieset. De selectie van zorgaanbieders voor de referentieset is uitgevoerd op basis van enkele datachecks. Bij de 109 zorgaanbieders hebben we bij de controles op de data geen inconsistenties op de aangeleverde data aangetroffen en daardoor is er meer zekerheid over de juiste afbakening van de kostendata.

### Inzicht in de peer-koppeling

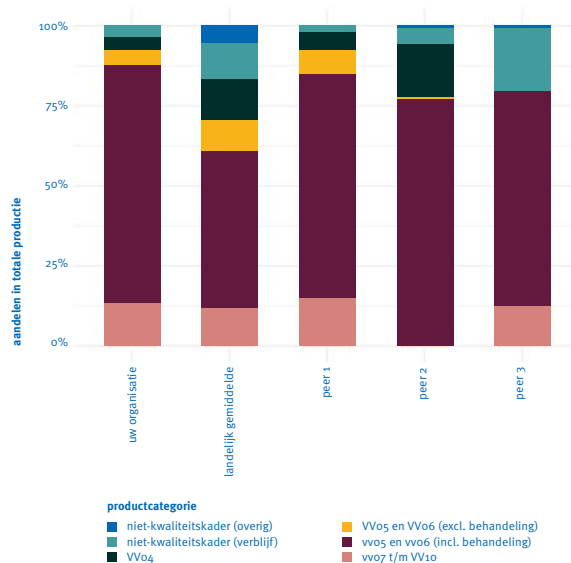
Bij de integrale vergelijking worden zorgaanbieders gekoppeld aan andere zorgaanbieders, de peers. Samen kunnen de peers vergelijkbare zorg tegen de minste kosten leveren als de aanbieder in kwestie.

14. Rapport Impactanalyse verpleeghuiszorg 2017, zie [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_3571\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3571_22/1/)

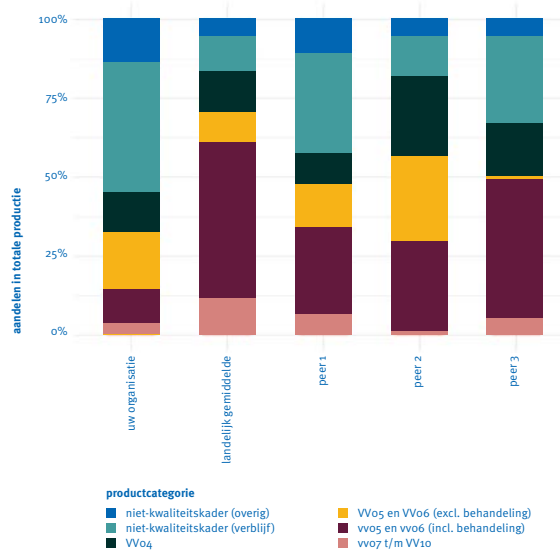
Onderstaande figuren laten als illustratie het resultaat van de koppeling aan peers zien voor drie zorgaanbieders met verschillende productiemixen. In figuur 4a staat in de linker kolom de productmix van deze zorgaanbieder, in de tweede kolom het landelijk gemiddelde en de derde en opvolgende kolommen zes zorgaanbieders die deze zorgaanbieder als peer hebben. Deze peer (en de gekoppelde zorgaanbieders) leveren zorg die grotendeels bestaat uit VVo5 en VVo6 zonder behandeling. Landelijk gemiddeld wordt ook zorg geleverd zonder behandeling, maar dit is slechts een klein deel. De meerderheid bestaat uit VVo5 en VVo6 met behandeling. In figuur 4b is in de linker kolom een zorgaanbieder weergegeven die zelf geen peer is. Deze productmix (en die van de bijbehorende peers) lijkt meer op het landelijk gemiddelde. In figuur 4c is een zorgaanbieder (met bijbehorende peers) weergegeven die juist relatief veel zorg levert die buiten het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg valt. In de bijlage 9 is meer inzicht in de productie terug te vinden.



Figuur 4a: zorgaanbieder als peer die veel zorg zonder behandeling levert



Figuur 4b: zorgaanbieder die zelf geen peer is, meer lijkend op landelijk gemiddelde



Figuur 4c: zorgaanbieder die zelf geen peer is, die relatief veel zorg buiten kwaliteitskader levert

## Minimale kosten

Naast de koppeling van zorgaanbieders aan peers, heeft de nulmeting inzichten opgeleverd over de minimale kosten die nodig zijn om zorg volgens het kwaliteitskader te kunnen leveren. Deze kosten zijn voor iedere zorgaanbieder individueel bepaald op basis van de gegevens van deze peers. Hierbij willen we wel opmerken dat wanneer er in de toekomst meer zorgaanbieders in de referentieset kunnen worden opgenomen (oftewel aanbieders met voldoende betrouwbare kostengegevens), de groep potentiële peers ook groter is. Dat betekent dat er dan meer mogelijkheden zijn voor de koppeling van peers. En de bepaling van minimale kosten zekerder wordt.

## Efficiëncyscores

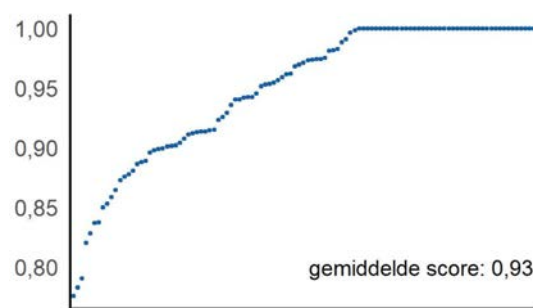
De efficiëncyscores zijn, naast de koppeling van de peers en inzicht in minimale kosten, een andere uitkomst van het model. Deze scores zijn uitgedrukt als percentage van minimale kosten ten opzichte van de eigen kosten van de zorgaanbieder. Deze geeft daarmee aan tegen welk percentage van de eigen kosten van een zorgaanbieder, de peers dezelfde zorg kunnen leveren. Voor de peers zijn de minimale kosten gelijk aan de eigen kosten, en daardoor hebben zij altijd een score 1. De kosten van de peers zijn de laagste kosten waar tegen de zorg geleverd is. Omdat ook de eigen kosten nodig zijn om deze score te berekenen, zijn de scores in de nulmeting alleen voor de zorgaanbieders in de referentieset berekend.

## Verschillen in efficiëncyscore en potentiële verbeterruimte

Uit de vergelijking volgen ook verschillen in efficiency tussen zorgaanbieders. Figuur 5 laat deze verschillen zien. In figuur 5 staat voor alle zorgaanbieders in de referentieset de score gerapporteerd. Iedere stip is één zorgaanbieder, met op de verticale as de bijbehorende score. De 34 zorgaanbieders die als 'peer' uit de nulmeting zijn gekomen hebben per definitie een score van 1. Dit zijn de zorgaanbieders die model staan

voor de minimale kosten van andere zorgaanbieders. Gemiddeld gezien is de score in de referentieset rond 0,93. Dit betekent dat gemiddelde kosten ongeveer 7% hoger liggen dan de kosten van de peers. Het getal 7% geeft dan de goede eerste indruk over de aantoonbare kostenverschillen in de sector. Dit kunnen deels wenselijke verschillen zijn, maar ook potentiële verbeterruimte signaleren; dit is niet één op één uit deze data af te leiden. Ter ondersteuning van het gesprek hierover is in de individuele rapportage voor zorgaanbieders extra spiegelinformatie opgenomen, zie voor een voorbeeld hiervan bijlage 10.

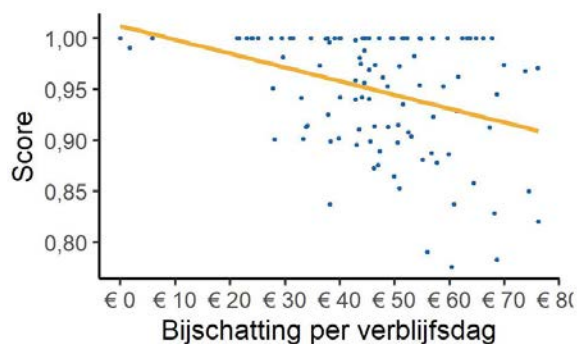
Figuur 5: scores van zorgaanbieders in de referentieset



## Verschillen tussen zorgaanbieders in geschatte (personele) meerkosten om te komen tot het kwaliteitskader

De meeste zorgaanbieders waren in 2018 nog niet in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg ingegroeid. Daarom zijn er personeelskosten bijgeschat (zie ook paragraaf 3.3). Bovenstaande scores zijn berekend inclusief de geschatte personele meerkosten, die op totaal niveau ongeveer 20% van de totale kosten bedragen. Deze geschatte meerkosten verschillen sterk tussen zorgaanbieders. Ze liggen grofweg tussen de 20 en 70 euro per verblijfsdag (dit noemen we de 'bijschatting'). Dit is weergegeven in figuur 6. Iedere blauwe stip is een zorgaanbieder. Sommige zorgaanbieders zaten wat betreft hun formatie in 2018 al dicht bij het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en hun bijschatting is daardoor laag (de punten links in de grafiek). Bij andere zorgaanbieders worden relatief veel personele meerkosten verwacht (de punten rechts in de grafiek). Zowel hoge als lage scores

komen voor bij zorgaanbieders met een hoge bijschatting, maar gemiddeld genomen hebben zorgaanbieders met een hoge bijschatting vaker een lagere score. Deze samenhang is in figuur 6 weergegeven met de gele lijn.



Figuur 6: samenhang scores en bijschatting

### Niet beïnvloedbare factoren

De wet van de grote getallen leert dat op hoofdlijnen de richting en grootte van de gevonden efficiency-verschillen (7%) een goede eerste indruk bieden. Om uitspraken te kunnen doen over het effect van niet beïnvloedbare factoren (zoals de regio waar de zorg geleverd wordt, of specifieke doelgroepen) op de scores, en om het minimumkostenniveau of eventueel tariefffect te kunnen vaststellen is het echter noodzakelijk om op individueel niveau de data te verbeteren en om meer zicht op de werkelijke kosten die het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg met zich meebrengt (de bijschatting) te hebben.

### 3.5 Duiding en consultatie met zorgaanbieders en andere stakeholders

#### Duiding met zorgaanbieders

De duiding met zorgaanbieders heeft plaatsgevonden in september 2020<sup>15</sup>. Daarnaast is er ook eerder input ontvangen van zorgaanbieders, met name gedurende de gegevensuitvraag en als reactie op de individuele rapportages. In deze paragraaf schetsen wij de reacties van zorgaanbieders op zowel het proces, de modelkeuzes als de resultaten.

15. In bijlage 4 zijn de notulen van alle ronde tafel gesprekken opgenomen.

#### Proces: van data-uitvraag tot duiding

Ten aanzien van het proces zijn onder andere de volgende aanbevelingen gedaan:

- Houd de gegevensuitvraag op een ander moment in het jaar.
- Verleng de periode van gegevensuitvraag.
- Overweeg verschillende templates; varieer voor typen zorgaanbieders (naar grootte en/of zorgaanbod bijvoorbeeld).
- Geef nog uitgebreidere informatie over de achterliggende gedachten bij de uitvraag en de template (aannames, redenen voor uitvraag bepaalde parameters).
- In de periode van gegevensuitvraag is vooral het individuele contact gewaardeerd. Snelle reactie van de helpdesk is noodzakelijk.
- Probeer te voorkomen dat er meerdere versies van de template zijn en zorg dat alle cellen in de template kloppen.
- Zorg bij de uitvraag voor zoveel mogelijk aansluiting met de jaarrekening en de eigen administratie
- Heb (blijvende) aandacht voor de administratieve belasting. De mate waarin de administratie aansluit bij de aanvraag kan een grote invloed hebben op de benodigde tijd om het template in te vullen.
- Ga door met het verbeteren van de leesbaarheid van de terugkoppelingen. Er was al een grote verbetering zichtbaar bij de terugkoppeling resultaten ten opzichte van de terugkoppeling data & bewerkingen. Extra uitleg, achtergrondinformatie en heldere definitieën helpen hierbij.
- De spiegelinformatie, zoals gegeven in de terugkoppelingen, zal van grote meerwaarde zijn als duidelijk is wie je peers zijn en waarom zij als peers zijn aangemerkt.
- Er is behoefte aan zekerheid, dus communiceer bij een vervolgmeting een heldere koers en een toekomstperspectief. Verwachtingsmanagement is hierin belangrijk, ook om weerstand en wantrouwen weg te nemen.



Samenwerking met de sector, waaronder de werkgroepen, is erg belangrijk bij de doorontwikkeling van het model. Wees bij een vervolgvraag bewust van de grote groep zorgaanbieders die minder betrokken is bij de integrale vergelijking.

### Modelkeuzes

Over de modelkeuzes is uitgebreid gesproken in de werkgroep data en model. Deze keuzes stonden ook op de agenda in de duidingsperiode. De rode draad uit de reacties van zorgaanbieders luidt als volgt.

#### SCOPE

- Scope is logisch; er is geen beter alternatief geopperd. Dit omdat de opdracht gekoppeld is aan het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, en dus aan VVo4 tot en met VV10. Er zijn bij een deel van de zorgaanbieders zorgen over de toekomstbestendigheid van deze scope. Deze past naar hun mening niet bij de brede kijk op ouderenzorg (inclusief bv. wijkverpleging en geriatrische revalidatiezorg).
- Een ervaren knelpunt, in het kader van beleid op langer thuiswonen, is bijvoorbeeld de vpt-prestaties (wel kwaliteitskader) versus de mpt-prestaties (geen kwaliteitskader).
- De algemene oproep is om het landelijke beleid voor de gehele ouderenzorg én het ontwikkeltraject van de integrale vergelijking goed op elkaar af te stemmen.

#### VASTGOED

- Er is begrip voor de keuze om kapitaallasten in de nulmeting niet mee te nemen.
- Er is vraag naar een toekomstbestendig beleid, waarin onder andere de koppeling wordt gemaakt tussen de toenemende vergrijzing en het nodige vastgoed. Men vraagt om helderheid: welke rol krijgt scheiden van wonen en zorg, hoe wordt vastgoed in toekomst vergoed en wel of niet meegenomen in de integrale vergelijking.

- Vastgoed wordt door zorgaanbieders nu niet gezien als hun core business. Ze moeten dit natuurlijk goed vormgeven, maar zijn hierin niet gespecialiseerd. Wanneer de inkomsten voor vastgoed niet gegarandeerd zijn, maakt dat het risico groter en daardoor de beheersing door zorgaanbieders moeilijker.

#### BIJSCHATTING VOOR KWALITEITSKADER VERPLEEGHUISZORG

- De reden om kosten bij te schatten wordt onderschreven; zolang we meten over een jaar van de ingroefase, zullen de kosten verhoogd moeten worden.
- Overweeg opnieuw om leerlingen en behandelaren wel mee te nemen in de berekening.
- Kijk ook naar de inzet van vrijwilligers en mantelzorgers en corrigeer zo mogelijk de bijschatting daarvoor.
- De link tussen bijschatting en het bedrag dat beschikbaar is gesteld voor het leveren van zorg conform het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is onduidelijk.
- Bijschatting is gedaan op basis van een normgetal en is dus uniform, terwijl flexibiliteit in personeelsinzet essentieel is. Dat maakt de hoogte van bijschatting lastig. Echter een alternatief wordt niet gezien.

#### CLUSTERING VAN PRODUCTGROEPEN

- De grootste vraag bij de clustering is in hoeverre dit daadwerkelijk vergelijkbare peers oplevert. Omdat het voor zorgaanbieders niet transparant is wie als peers zijn aangewezen, leeft deze vraag.

#### PEERS

- Er zijn zorgaanbieders die de uitkomsten graag regionaal willen gebruiken en dus graag een verbijzondering van de peers op regioniveau willen.
- Zoals je ook het template zou kunnen aanpassen naar groottes van organisaties, is de vraag of dit ook voor peers kan gelden.

## Resultaten

### DUIDING VAN PEERS

Er is behoefte aan achtergrondinformatie over onder andere de peers. Vragen die leven zijn bijvoorbeeld: ‘Wat doen zij anders?’ en ‘Zijn het daadwerkelijk vergelijkbare zorgaanbieders?’

### INTERPRETATIE

Ten aanzien van de gepresenteerde resultaten leeft vooral het gevoel bij zorgaanbieders dat deze nog moeilijk te interpreteren zijn in deze fase, waarin transparantie ontbreekt<sup>16</sup>. Er is behoefte aan meer beschrijvingen, onderbouwingen en visualisaties, waarbij duidelijk is wie de peers zijn.

### ONZEKERHEID OVER TOEPASSING

Zorgaanbieders geven aan graag zekerheid te hebben over hoe de resultaten gebruikt gaan worden. Vragen die leven zijn bijvoorbeeld: ‘Welk tarief wordt aan deze uitkomsten gekoppeld?’ en ‘Ben ik te duur en moet ik dus mijn bedrijfsvoering gaan aanpassen?’

### TOEKOMSTBESTENDIGHEID

De huidige vergelijking is retrospectief. Ook wanneer het een kortcyclische uitvraag wordt, blijft het een meting over het verleden. Er is een oproep vanuit zorgaanbieders om prospectief te kijken wat er nodig is (in relatie tot bijvoorbeeld de veranderende cliëntpopulatie en de toenemende personeelskrapte) en hierin ook ruimte te creëren. Oplossingen hiervoor zouden gevonden kunnen worden in de onderhandelingsruimte voor zorgkantoren.

### DE INTEGRALE VERGELIJKING BIEDT OOK KANSEN

Grofweg zien zorgaanbieders twee grote kansen voor de integrale vergelijking. De eerste kans is dat als inzichtelijk is wat de minimale kosten zijn voor het leveren van een bepaalde kwaliteit, men een middel in handen heeft om dit aan de maatschappij en politiek te laten

zien. De tweede kans die in bijna alle rondetafelgesprekken terugkwam, is het kunnen leren en verbeteren van de verpleeghuissector. Zorgaanbieders geven aan dat zij de uitkomsten van de integrale vergelijking gaan gebruiken om van elkaar te leren. Bij voorkeur wordt dit wel gefaciliteerd door een daarvoor aangewezen partij.

## Consultatiefase conceptrapportage

In de consultatiefase is daarnaast door meerdere partijen (ook) aangegeven dat de integrale vergelijking, en daarbij in het verlengde de uitkomsten van de nulmeting, als complex worden ervaren. Op basis van deze gesprekken is onder andere in dit hoofdstuk extra toelichting opgenomen over de uitkomsten van de nulmeting.

## 3.6 Samenvatting en vervolgstappen

In dit hoofdstuk zijn de uitkomsten van de nulmeting beschreven. De eerste resultaten lieten inzichten zien in de peer-koppeling, de efficiëncyscores en potentiële verbeterruimte. Er werd duidelijk dat er efficiëncyverschillen zijn en dat er verbeterruimte is. We concluderen dat de integrale vergelijking een bruikbare methode is, die helpt om de eerdergenoemde doelen te bereiken. De duiding met zorgaanbieders en ook de consultatiefase met partijen gaf een breed scala aan signalen en inzichten over hoe de nulmeting is ervaren door zorgaanbieders en andere stakeholders. De uitkomsten en de verkregen input hebben bijgedragen aan het opstellen van een voorstel voor de vervolgstappen.

## Vervolgstappen

In de nulmeting hebben we de nadruk gelegd op het in gezamenlijkheid opzetten en leren van de methode en het bieden van eerste inzichten over de individuele resultaten op basis van de beschikbare gegevens. Uit de duiding is onder andere gebleken dat er een breed gedragen behoefte bestaat aan inzichten op regionaal niveau en analyses naar de financiële impact

16. bij de nulmeting was dit nog niet mogelijk omdat de wettelijke basis daarvoor nog niet geregeld is

van de uitkomsten voor zorgaanbieders. Daarnaast is er opgeroepen tot complexiteitsreductie, oftewel om de begrijpelijkheid van de uitkomsten te vergroten. Hiervoor helpt het organiseren van transparantie (zie hoofdstuk 5). En daarnaast vraagt dit nader onderzoek bij een doorontwikkeltraject. Ook de administratieve lasten zijn een blijvend aandachtspunt. En tot slot is voor een eventuele vervolgmeting een betere kwaliteit van de data onmisbaar, zodat we een grotere referentieset kunnen vaststellen. We beschrijven hierna wat nodig is voor deze vervolgstappen.

### Regio-analyse

Door VWS, zorgkantoren en zorgaanbieders is om inzichten gevraagd op regionaal niveau. In de doorontwikkeling willen we deze analyses een plek geven. Om zorgvuldige conclusies over regio's te kunnen trekken, zoals over de spreiding van peers en efficiëncyscores binnen en tussen de regio's, is het van belang dat alle regio's in de analyse op een goede manier worden vertegenwoordigd. Niet alle regio's zijn evenredig vertegenwoordigd in de huidige dataset en in de referentieset van potentiële peers. Daardoor is het waarschijnlijk wenselijk om (in een deel van de regio's) de data-kwaliteit eerst verder te verbeteren en de referentieset uit te breiden. Indien dataverbetering niet mogelijk is, zal de analyse toegespitst moeten worden op de regio's waar wel voldoende informatie beschikbaar is. Voor de duiding is regionaal overleg over de uitkomsten nodig.

### Financiële impact

De nulmeting heeft eerste inzichten opgeleverd over de minimale kosten die nodig zijn om de zorg volgens het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg te kunnen leveren. Deze inzichten zijn, als gevolg van de beperkingen aan de beschikbare gegevens over 2018, nog niet volledig. Om inzicht over de financiële impact op basis van de uitkomsten van de nulmeting te kunnen bieden is daarom aanvullend onderzoek noodzakelijk. Dit willen we in de doorontwikkeling gaan uitvoeren. In dit onderzoek moeten meerdere aspecten meegenomen worden:

Ten eerste is het belangrijk om rekening te houden met onzekerheid rondom thema's die de uitkomsten van de nulmeting beïnvloeden. Een belangrijk thema is het gegeven dat zorgaanbieders in 2018 wat betreft formatie nog (lang) niet ingegroeid waren in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Hierdoor blijft er onzekerheid over de kosten bestaan. Ook de beschikbaarheid van betrouwbare gegevens speelt een rol. Hoe meer betrouwbare gegevens beschikbaar zijn, hoe betrouwbaarder de inschatting van de impact. Tot slot is voor deze berekening nog een belangrijke vervolgstap noodzakelijk: het vertalen van de minimale kosten uit het basismodel – waar niet alleen kwaliteitskader productie is vertegenwoordigd, maar bij een groot deel van de zorgaanbieders ook aangrenzende zorg zoals eerstelijnsverblijf – naar enkel de minimale kosten die nodig zijn voor het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (exclusief deze aangrenzende productie). Om te komen tot de juiste methode voor splitsing is afstemming met experts uit de sector nodig.

### Handvatten voor de toepassing van uitkomsten integrale vergelijking

In de duiding en de consultatiefase is naar voren gekomen dat partijen de integrale vergelijking als complex ervaren en dat dit het gebruik van de uitkomsten, bijvoorbeeld voor het leren en verbeteren en gebruik bij de zorginkoop belemmert.

We zullen in de doorontwikkeling daarom met het veld handvatten opstellen waarmee het gebruik van de van de uitkomsten van de integrale vergelijking op een passende en eenvoudige manier kan worden vormgegeven (bijvoorbeeld door middel van een praktische pilot). Doelstellingen van een dergelijk onderzoek:

- a. Opstellen van handvatten voor zorgaanbieders om het leren en verbeteren aan de hand van de uitkomsten van de integrale vergelijking.
- b. Inzichten voor zorgkantoren op basis van de uitkomsten van de integrale vergelijking, die toepasbaar zijn in de zorginkoop.

c. Andere mogelijkheden waarmee de complexiteit verminderd kan worden.

#### Administratieve lasten en datakwaliteit

Administratieve lasten: we willen onderzoek doen naar de vermindering van administratieve lasten bij de integrale vergelijking verpleeghuiszorg. Hierbij kijken we specifiek naar de mogelijkheden van:

1. het koppelen van de uitvraag aan openbare informatiebronnen zoals DigiMV en aansluiting bij KiK-V;
2. een maatwerk uitvraag voor bijvoorbeeld kleinere zorgaanbieders met enkel kwaliteitskader productie;
3. algemene verbeteringen van de template aan de hand van signalen uit de duidingsperiode.

Datakwaliteit: we zullen onderzoek uitvoeren naar de mogelijkheden tot verbetering van de kwaliteit van data over kosten aan de hand van signalen uit de duidingsperiode.

Huidige modelkeuzes verbeteren en verfijnen: we willen, indien omstandigheden dit toelaten, samen met (een afvaardiging uit) de sector specifieke modelkeuzes verbeteren en verfijnen naar aanleiding van signalen uit de duidingsperiode.

Template verbeteren: de verkregen feedback in de duidingsperiode biedt eveneens aanknopingspunten om de template voor de gegevensuitvraag te verbeteren.

4.

# Kwaliteit





## 4. Kwaliteit

**In dit hoofdstuk bespreken we de eerste doelstelling van de integrale vergelijking, namelijk het leveren van zorg conform het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg bereikbaar maken voor alle verpleeghuiszorgaanbieders. Dit doen we door eerst het vraagstuk van kwaliteit nader toe te lichten en daarna de werkwijze te beschrijven hoe we dit vraagstuk aangepakt hebben. Vervolgens geven we richting aan het antwoord op het vraagstuk. Ook wordt de input verkregen in de duidingsperiode en de consultatiefase weergegeven. We sluiten dit hoofdstuk af met een korte samenvatting en advies voor vervolgstappen.**

### 4.1 Vraagstuk

In het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is beschreven wat goede en veilige zorg is. Dit kwaliteitskader is opgenomen in het wettelijke Register van het Zorginstituut en vormt met de geldende wet- en regelgeving en andere veldnormen de basis voor toezicht en verantwoording<sup>17</sup>. Het is dan ook logisch dat het Ministerie van VWS heeft beschreven dat het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg leidend is en bij de integrale vergelijking het uitgangspunt vormt waar alle zorgaanbieders in de verpleeghuiszorg (op termijn) aan moeten voldoen<sup>18</sup>.

Het is de bedoeling dat alle mensen die verpleeghuiszorg nodig hebben, kunnen rekenen op zorg van goede

kwaliteit. Dit brengt met zich mee dat de door ons vastgestelde tarieven hoog genoeg moeten zijn om de kwaliteit volgens het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg te kunnen leveren. Dit bereiken we door de tariefregulering te baseren op zorgaanbieders die kosten maken die representatief zijn voor het leveren van zorg volgens het kwaliteitskader. Die zorgaanbieders en hun gegevens noemen we bij de integrale vergelijking de referentieset<sup>19</sup>. In hoofdstuk 3 leest u hier meer over.

De NZa heeft niet de taak of bevoegdheid om vast te stellen of zorgaanbieders voldoende kwaliteit van zorg leveren. Om wel aan het uitgangspunt te voldoen dat de vergoeding toereikend moet zijn om zorg conform het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg te kunnen leveren, hebben we een uitspraak nodig of een zorgaanbieder representatieve kosten maakt voor dit kwaliteitskader en dus of de kosten van een zorgaanbieder richtinggevend mogen zijn bij het bepalen van de vergoeding die nodig is om aan het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg te kunnen voldoen. Vertaald naar de integrale vergelijking betekent dit dat we moeten kunnen vaststellen of een zorgaanbieder in de referentieset mag komen.

Voor de personeelsnorm van het kwaliteitskader is een ingroeipad afgesproken dat loopt tot en met 2021. Tot die tijd hoeven zorgaanbieders nog niet aan de personeelsnorm te voldoen maar maken zorgaanbieders via het kwaliteitsplan en de begroting inzichtelijk hoe ze naar de personeelsnorm groeien.

17. Zie <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2017/01/13/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg>, 2017.

18. Zie bijlage 5 voor een toelichting op de beleidsmatige toetsingscriteria van het Ministerie van VWS.

19. Zie bijlage 2 voor een begrippenlijst.

Het vraagstuk dat voorligt is dus:

- a) Welke compensatie kunnen we treffen gedurende het ingroeitraject zodat ook de gemeten of geraamde kosten van zorgaanbieders in de referentieset zo goed mogelijk het leveren van zorg conform het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg reflecteren?
- b) Hoe zorgen we na het ingroeitraject dat in de referentieset zorgaanbieders zijn opgenomen die kosten hebben gemaakt waarvoor zorg conform het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is geleverd?

## 4.2 Werkwijze en uitwerking

### Werkgroep kwaliteit

Dit vraagstuk heeft de NZa opgepakt samen met de werkgroep kwaliteit<sup>20</sup>. De werkgroep heeft een aantal uitgangspunten ten aanzien van kwaliteit van zorg en representativiteit van kosten benoemd. Deze uitgangspunten staan hieronder vermeld en zijn meegewogen bij het beantwoorden van dit vraagstuk.

- Kwaliteit is alomvattend en multidimensionaal.
- Kwaliteit van zorg en representativiteit van kosten moeten we niet willen vatten in ‘afvinklijstjes’.
- Kwaliteit is objectief en subjectief, en dient uitgedrukt te worden in normatieve en narratieve uitkomsten.
- Indicatoren kunnen gebruikt worden, mits deze evidence based zijn én een aantoonbare relatie hebben met de kosten die gemaakt (moeten) worden.
- We moeten uitgaan van vertrouwen. En dus is het uitgangspunt voor de langere termijn: ‘iedereen voldoet, tenzij’.
- Overrule niet een oordeel van de IGJ.
- Biedt ruimte voor signalering, dialoog en beoordeling door betrokken partijen.

### Korte termijn (gedurende ingroEIFase, tot en met 2021)

Voor de korte termijn, gedefinieerd als de periode waarin de metingen gebaseerd worden op historische kosten die gemaakt worden in de ingroeiperiode naar het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg toe, zijn twee voorwaarden geformuleerd ten aanzien van het bepalen van de referentieset in de integrale vergelijking. Deze voorwaarden zijn geformuleerd op basis van de input van, en in afstemming met, de werkgroep kwaliteit.

1. De basis van het antwoord is dat alle zorgaanbieders binnen de referentieset kunnen worden opgenomen, mits er geen maatregel van de IGJ is opgelegd aan de zorgaanbieder die gold in of na het jaar van de uitgevraagde data<sup>21</sup>.
2. Voor de ingroEIFase van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is een correctie in de gemaakte kosten voor veel zorgaanbieders nodig om te komen tot een eerste beeld van representatieve kosten voor het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.

In de nulmeting hebben we reeds de bijschatting van de personele meerkosten uitgevoerd, zie paragraaf 3.3.

### Lange termijn (na ingroEIFase, na 2021)

Voor de lange termijn, gedefinieerd als de periode na ingroei in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, zien wij een aantal mogelijkheden om vast te stellen dat een zorgaanbieder tot de referentieset hoort.

Een werkwijze zou kunnen zijn dat de IGJ een uitspraak doet over alle zorgaanbieders. Dit heeft het voordeel dat een van zorgaanbieders en zorgkantoren onafhankelijke partij op een zekere uniforme wijze de kwaliteit beoordeelt. En dit sluit aan bij de rol en taken van de NZa zoals omschreven in de Wet marktordening gezond-

20. Zie bijlage 3 voor een toelichting op werkgroep kwaliteit

21. De IGJ geeft aan dat van een zorgaanbieder zonder maatregel niet voetstoots mag worden aangenomen dat zijn kosten representatief zijn voor goede kwaliteit. De werkgroep is zich hiervan bewust en geeft aan dat dit past bij haar uitgangspunt ‘werken vanuit vertrouwen’

heidszorg (Wmg). Artikel 19 van de Wmg bepaalt namelijk: “De zorgautoriteit volgt het oordeel van de Inspectie gezondheidszorg en jeugd over de kwaliteit van het handelen van zorgaanbieders.” Blijkens de memorie van toelichting<sup>22</sup> is dit artikel in de Wmg opgenomen omdat het onwenselijk werd geacht dat naast de IGJ een tweede instantie de zorgaanbieders belast met onderzoek naar de kwaliteit van hun dienstverlening. Overigens laat dit onverlet dat de zorgautoriteit een eigen oordeel kan vormen over de prijs/kwaliteitsverhouding.

Het IGJ-toezicht biedt onvoldoende basis voor hetgeen de bekostiging nodig heeft. Allereerst is het toezicht van de IGJ risicogestuurd<sup>23</sup>. De beschikbare toezichtscapaciteit wordt gericht ingezet op basis van signalen en meldingen. Zorgaanbieders worden dus niet standaard jaarlijks bezocht. Daarbij ligt de focus van de IGJ op de minimale vereisten voor kwalitatief goede en veilige zorg, terwijl het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg op onderdelen ruimer omschreven is. De mogelijkheid bestaat dat de NZa hierdoor te lage representatieve kosten in kaart zou brengen als ze als modelaanbieder een zorgaanbieder zou nemen die alleen voldoet aan de basisvereisten. De IGJ houdt tot slot contextgebonden toezicht. Dat wil zeggen dat de IGJ in haar oordeel om al dan niet een maatregel te treffen ook meeneemt in welke mate zij vertrouwen heeft in het bestuur van de organisatie en de verbeterkracht en vermogen van een organisatie. Indien de IGJ de verwachting heeft dat het bestuur er alles aan doet om de kwaliteit te verbeteren en er geen acute risico's bestaan voor de patiëntveiligheid, zal ze minder snel een maatregel treffen dan als die verwachting er niet is. Dit betekent voor de NZa dat van een zorgaanbieder zonder maatregel niet voetstoots mag worden aangenomen dat zijn kosten representatief zijn voor het verlenen van kwalitatief goede en veilige zorg waar de IGJ op toeziet, laat staan voor het voldoen aan het volledige Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.

Een mogelijke werkwijze is het overleggen van de namen van de potentiële peers aan de IGJ. Bij de nulmeting zijn dit er 34. De IGJ zou dan kunnen aangeven of hiertussen zorgaanbieders zitten waar risico's bestaan voor de kwaliteit en veiligheid, maar waar de IGJ geen maatregel heeft getroffen door het vertrouwen in het bestuur. Deze extra stap vermindert de kans dat er zorgaanbieders representatief zijn voor de tariefstelling terwijl ze in de praktijk nog onvoldoende zorg van onvoldoende kwaliteit leveren. De IGJ geeft echter niet jaarlijks een oordeel over de kwaliteit en veiligheid van de zorg van alle locaties. En dit blijft een risicogestuurde werkwijze waarbij mogelijk onvoldoende aandacht is voor alle aspecten van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.

Een alternatief zou zijn dat cliënten(organisaties), zorgverleners/ zorgaanbieders en zorgkantoren samen aangeven welke zorgaanbieders representatief kunnen zijn. Onder de reikwijdte van deze groep valt dan nadrukkelijk het gehele Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en het veronderstelt dat ze hier gezamenlijk uitkomen. In dat geval verstrekt de NZa aan een commissie of stuurgroep met hierin vertegenwoordigers van de bovengenoemde partijen de namen van de potentiële peers. Dit overzicht van zorgaanbieders kan aangevuld worden met informatie over de kwaliteit van zorg, zoals openbaar is en wordt aangeleverd in het kader van het programma Keteninformatie Kwaliteit Verpleeghuiszorg (KIK-V)<sup>24</sup>. De commissie zou aanvullend hierop op bezoek kunnen bij de potentieel representatieve zorgaanbieder voor een gesprek en check ter plaatse. Hierbij moet echter wel in acht worden genomen dat de commissie niet terug in de tijd kan reizen. De kosten zijn immers in het jaar t-2 gemeten terwijl de commissie pas in het jaar t op bezoek zou kunnen. De omstandigheden kunnen dan al weer gewijzigd zijn bij de zorgaanbieder. Daarom zouden we daarnaast ook de zorgaanbieders kunnen verwijderen

22. Kamerstukken II 2004/05, 30186, nr. 3, p. 56.

23. In de afgelopen periode is het toezicht geïntensiveerd in verband met de ingroefase van het kwaliteitskader.

24. Zie [www.kik-v.nl](http://www.kik-v.nl). Doel is het stroomlijnen van de uitwisseling van kwaliteitsinformatie, het beter afstemmen van nieuwe uitvragen en het meer hergebruiken van informatie. Alles met het oog op een betere (informatie)kwaliteit in de verpleeghuiszorg en minder administratieve lasten.

uit de lijst van potentiële representatieve zorgaanbieders die over het jaar dat de kosten zijn gemeten een maatregel hadden van de IGJ.

#### 4.3 Duiding en consultatie met zorgaanbieders en overige stakeholders

Zowel de denkrichtingen voor de korte termijn als de lange termijn zijn besproken in de duidingsperiode.

Het uitsluiten van zorgaanbieders die een aanwijzing hebben in of na het jaar waarover de gegevens zijn uitgevraagd, rekent op veel begrip. Deelnemers vinden dit een logische keuze. Het bijschatten van de personele meerkosten rekent op meer weerstand. Deelnemers begrijpen wél waarom deze keuze is gemaakt en onderschrijven ook dat gemaakte kosten in 2018 niet representatief kunnen zijn om zorg conform het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg te kunnen leveren. Men spreekt echter ook uit dat kwaliteit niet vertaald mag worden in slechts een personeelsnorm. Juist met de toenemende druk op de capaciteit van de verpleeghuiszorg met groeiende personeelskrapte en vergrijzing, wordt het als onwenselijk ervaren om op de langere termijn kwaliteit alleen uit te drukken in een aantal fte's.

Het uitgangspunt dat de werkgroep ons heeft meegegeven, is om terughoudend te zijn met het gebruiken van indicatoren. In de basis zijn deelnemers aan de rondetafelgesprekken het hiermee eens. Deelnemers van de ronde tafels signaleren dat het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg elementen heeft die direct samenhangen met kosten, maar dat het kwaliteitskader ook is opgesteld rondom aspecten die niet per se extra geld kosten, zoals het gesprek met de cliënt en de beleving daarvan door de cliënt. Een zeer verfijnde methode om kwaliteit te meten kan ook het doel, de vergoeding is tenminste voldoende om volgens het kwaliteitskader te

leveren, voorbijschieten. Wel is aangegeven dat er meerdere (openbare) gegevens zijn die wel een indicatie geven van de geleverde kwaliteit in een zorgorganisatie. Voorbeelden die genoemd zijn, zijn onder andere het ziekteverzuim en de cliënttevredenheid. Het algemene beeld is dat zorgaanbieders voorstander lijken te zijn van een meer stevige koppeling tussen de uitkomsten van de integrale vergelijking en de reeds bekende informatie over kwaliteit. De IGJ of hiervoor genoemde commissie of stuurgroep zou vanzelfsprekend de koppeling met deze data kunnen leggen. Hierbij is tijdens ronde tafels de (beperking van) administratieve lasten als aandachtspunt meegegeven.

Tijdens de ronde tafels is meerdere malen benoemd dat het eigenlijk niet wenselijk is om een extra orgaan, zoals een commissie, te installeren. Deelnemers riepen op om te kijken naar oplossingen binnen bestaande structuren. Zo is ook het optuigen van een peer review ten behoeve van de kwaliteitscontrole als te bewerkelijk en niet objectief genoeg benoemd door deelnemers. Alternatieven die besproken zijn, zijn onder andere de representativiteitsverklaring<sup>25</sup> of het oordeel van een zorgkantoor. Het belangrijkste nadeel van de representativiteitsverklaring is, dat verwacht mag worden dat de zorgaanbieder die geen oog heeft voor kwaliteit ook niet zelfkritisch naar kwaliteit zal kijken en zich dus, via de verklaring, niet zal melden. Ook tijdens de ronde tafels is de subjectiviteit hiervan aan de orde gesteld. Wij ontraden daarom deze weg. Het zorgkantoor heeft daarnaast door het voeren van kwaliteitsgesprekken wel een goed beeld van de situatie van een zorgorganisatie. Maar door zowel deelnemers aan de ronde tafels als door zorgkantoren zelf wordt het als onwenselijk ervaren als zij hierover vervolgens een oordeel ten behoeve van de landelijke tariefbepaling moeten vellen. De hiervoor genoemde oplossing die zich vooral baseert

25. Verklaring van een bestuurder van een zorgorganisatie dat diens organisatie representatieve kosten voor het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg heeft.

op de oordelen van de IGJ is ons inziens dan de enige optie die voorziet in de wens van de deelnemers die we tijdens de duiding hebben gesproken om bij bestaande structuren aan te sluiten.

#### 4.4 Samenvatting en vervolgstappen

De bekostiging moet bijdragen aan kwalitatief goede zorg in verpleeghuizen. De door de NZa vastgestelde tarieven moeten hoog genoeg zijn om de kwaliteit volgens het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg te kunnen leveren. Dit willen we bereiken door de tariefregulering te baseren op zorgaanbieders die kosten maken die representatief zijn voor het leveren van zorg volgens het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.

Wij hebben verkend op welke wijze wij hieraan in de toekomst vorm kunnen geven. Wij verwachten dat dit het beste kan middels de integrale vergelijking, maar ook bij andere wijzen om tot het tarief te komen blijft deze verkenning relevant.

Wij hebben het veld uitvoerig geconsulteerd om te komen tot gemeenschappelijke uitgangspunten. De belangrijkste uitgangspunten zijn:

- zoveel mogelijk aansluiten bij bestaande structuren en instrumenten;
- terughoudend met de inzet van indicatoren tot zelfs alleen het gebruik van wetenschappelijk onderbouwde indicatoren (kwantitatief/kwalitatief);
- een zekere onafhankelijkheid zodat niet één zorgkantoor of één zorgaanbieder kan besluiten al dan niet een zorgaanbieder van de referentiegroep uit te sluiten.

Wij zien daarom als een eerste stap bij toepassing van de integrale vergelijking de tarieven te baseren op zorgaanbieders die geen maatregel hebben gekregen van de IGJ. Met deze stap komen we tegemoet aan alle drie de genoemde uitgangspunten. Wij verbeteren de basis van de tariefstelling door de zorgaanbieders waarbij de IGJ een maatregel heeft opgelegd niet op te nemen in

de referentieset. Voor zorgaanbieder en zorgkantoren is het wel van belang zich te realiseren dat de hiermee gepaard gaande onderhandelingsruimte, van nul tot maximum tarief of van minimum tot maximum tarief een beperkte uitleg van het begrip kwaliteit omvat.

Het toezicht van de IGJ is immers risicogestuurd en de focus van de IGJ ligt op de minimale vereisten voor kwalitatief goede en veilig zorg, terwijl het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg op onderdelen vanuit een andere invalshoek, omschreven is. Partijen kunnen de onderhandelingsruimte zelf invullen met de hiervoor ontwikkelde instrumenten zoals kwaliteitsplannen, indicatoren en dashboards.

Wij blijven de ambitie houden om de relatie van de bekostiging met kwaliteit steviger te kunnen maken. Het ligt daarom voor de hand dat het veld actief aan de slag gaat met het verzamelen en bruikbaar maken van hiervoor benodigde informatie, zoals bijvoorbeeld kwaliteitsplannen, indicatoren en dashboards. Op basis hiervan kan het veld dan kijken of ze tot een gemeenschappelijke opinie kunnen komen over zorgaanbieders die we beter niet in de referentieset mee kunnen nemen. Wij vinden het randvoorwaardelijk dat de IGJ in dit proces betrokken wordt, aangezien het oordeel van de IGJ over de kwaliteit van zorg leidend is op grond van de Wmg voor de NZa bij de tariefbepaling. Wij adviseren om hierover duidelijke (proces) afspraken met veldpartijen te maken.



5.

# Transparantie



## 5. Transparantie

**We starten dit hoofdstuk met het nader toelichten van het vraagstuk rondom transparantie. Daarna beschrijven we de werkwijze hoe we dit vraagstuk hebben opgepakt en tijdens de nulmeting hebben behandeld. Daarbij geven wij ook de in de duidingsperiode van zorgaanbieders verkregen input weer. Vervolgens geven we richting aan het antwoord op het vraagstuk. Ook wordt het lopende wetstraject en het aspect mededinging beschreven. We sluiten dit hoofdstuk af met een korte samenvatting en advies voor vervolgstappen.**

### 5.1 Vraagstuk

Voor het realiseren van de doelstellingen van de integrale vergelijking verpleeghuiszorg is voldoende mate van transparantie vereist. Dit geldt voor zowel de doorontwikkeling van het model, het leren en verbeteren als ook de onderbouwing van de tarieven. Ook in de toetsingscriteria van de opdracht heeft het Ministerie van VWS aangegeven dat de uitkomsten van de integrale vergelijking verpleeghuiszorg uitlegbaar en inzichtelijk moeten zijn voor zorgaanbieders, en concrete handvatten voor leren en verbeteren geven (zie onder andere criteria 4.4 en 4.3)<sup>26</sup>. Om aan deze criteria te kunnen voldoen is ook een mate van transparantie noodzakelijk.

Ten tijde van de nulmeting was de NZa beperkt in haar mogelijkheden om naar een zorgaanbieder herleidbare (bedrijfs)vertrouwelijke gegevens over een zorgaanbieder te verstrekken aan anderen dan die zorgaanbieder. Om te kunnen beoordelen in welke mate de bevoegd-

heid van de NZa verruimd zou moeten worden moet de volgende vraag beantwoord worden: Wie verstrekt aan wie, waarom, op welk moment, welke informatie op welke wijze?

In de periode van de nulmeting hebben we ons gefocust op de eerste contouren van bovengenoemde vraag.

### 5.2 Werkwijze

#### Werkgroep transparantie

De NZa heeft in het afgelopen jaar samengewerkt op het onderdeel leren en verbeteren met de leden van de werkgroep transparantie<sup>27</sup>. Ook zijn de branchepartijen op het onderwerp transparantie geconsulteerd.

Een belangrijke conclusie uit het traject met de werkgroep was dat zorgaanbieders een stip op de horizon zien om in principe een brede vorm van transparantie na te streven. Tegelijkertijd vraagt de werkgroep om een gefaseerde introductie van de mate van transparantie. Hierbij zijn ook concrete ideeën uitgewerkt die als basis kunnen dienen voor verdere doorontwikkeling.

#### Transparantie nulmeting

Bij de nulmeting heeft de NZa bij zorgaanbieders diverse bedrijfsvoeringsgegevens uitgevraagd zoals kostengegevens, personele inzet, productiegegevens en locaties. We hebben deze gegevens van verschillende zorgaanbieders vergeleken om tot inzichten te komen.

Bij de individuele terugkoppeling die zorgaanbieders hebben ontvangen zijn alle gegevens van andere zorgaanbieders anoniem gebleven (dus niet herleidbaar naar andere zorgaanbieders).

26. Zie bijlage 4 voor een toelichting op de toetsingscriteria

27. Zie bijlage 3 voor een toelichting op de werkgroep transparantie

## Duiding

In de duidingsperiode van de nulmeting hebben zorgaanbieders aangegeven voor het vervolg behoefte te hebben aan meer transparantie. Zo werd aangegeven dat bij de terugkoppeling van de nulmeting de mogelijkheid om van elkaar te leren beperkt was omdat gegevens alleen anoniem gedeeld werden.

Ook het verbeteren/doorontwikkelen van het model en de toetsbaarheid van de uitkomsten zouden gebaat zijn met meer transparantie. Het noemen van namen maakt het model tastbaar, concreet, voorstelbaar, meer controleerbaar.

Daarnaast hebben zorgaanbieders aangegeven dat het interpreteren van kostengegevens makkelijker wordt met aanvullende informatie over zorgvormen of kwaliteit.

Tot slot kwamen enkele zorgaanbieders met de suggestie om niet alleen inzicht in de peers van het model te krijgen, maar ook de zorgaanbieders met wie zij zelf zichzelf zouden willen vergelijken.

## 5.3 Transparantie bij doorontwikkeling van integrale vergelijking verpleeghuiszorg

Het eindperspectief is het verwerken van de uitkomsten van de integrale vergelijking verpleeghuiszorg in de (tarief)regulering van de NZa. Dat betekent dat de NZa (mede) op basis van de uitkomsten NZa-tarieven vaststelt en zorgaanbieders en zorgkantoren (mede) op basis van deze uitkomsten prijsafspraken maken.

Het model voor de integrale vergelijking verpleeghuiszorg moet daarvoor voldoende ontwikkeld zijn. Naast de aspecten die in eerdere hoofdstukken zijn benoemd, is hiervoor transparantie van modelementen zoals kosten en productie noodzakelijk.

## Inzet expertise

Voor de goede werking van de integrale vergelijking in het eindperspectief, waarin de bekostiging op de uitkomsten van de integrale vergelijking is gebaseerd, is het noodzakelijk om de expertise van de direct betrokken partijen in het voortraject te betrekken. Daarbij gaat het in ieder geval om zorgaanbieders en zorgkantoren. Deze partijen kunnen hun expertise inbrengen als transparant is hoe en met welke data uitkomsten tot stand zijn gekomen<sup>28</sup>.

## Fundatie modelkeuzes in de praktijk

Daarnaast moeten de integrale vergelijking verpleeghuiszorg en de keuzes in modelaanpassingen worden gefundeerd op de praktijk. Op basis van een goed inzicht in de berekeningen, modelkeuzes en uitkomsten kan een scherper oordeel worden gevormd over de correctheid ervan en kan de NZa van feedback worden voorzien. Hierbij kan het bijvoorbeeld ook gaan om aanpassingen ten aanzien van niet-beïnvloedbare factoren. Transparantie is noodzakelijk om de robuustheid van het model te toetsen.

In de nulmeting zijn eerste gegevens en modelkeuzes met individuele zorgaanbieders gedeeld. Alle informatie over andere zorgaanbieders zijn daarbij niet herleidbaar naar die andere zorgaanbieders weergegeven. Deze gegevens en modelkeuzes vormen de basis van de doorontwikkeling van het model. In het kader van de doorontwikkeling bestaat de wens om meer en herleidbare gegevens (niet anoniem) transparant te maken.

De NZa heeft op verzoek van het Ministerie van VWS intern verkend of het mogelijk is om de robuustheid van het model te toetsen met een alternatief dat niet van die wens uitgaat, maar van het delen van dezelfde niet herleidbare gegevens als in de nulmeting. De conclusie is dat met die alternatieve werkwijze de NZa de uitkomsten van de integrale vergelijking en het effect hiervan

<sup>28</sup>. Ter illustratie: het is nu niet mogelijk om een casus met meerdere experts te bekijken en te bespreken waarom een zorgaanbieder eruit komt zoals hij eruit komt.

op de betreffende zorgaanbieder onvoldoende kan motiveren richting die betreffende zorgaanbieder. Ook niet als de gegevens (inclusief naam) van de peer wel bekend zijn. De NZa kan met het delen van beperktere informatie de robuustheid van het model onvoldoende toetsen. De beschreven alternatieve werkwijze betekent te grote beperkingen bij een goede doorontwikkeling van het model, met alle mogelijke consequenties van dien als de uitkomst van de integrale vergelijking uiteindelijk in de tarieven landt (bezwaren op tariefbeschikkingen).

#### 5.4 Transparantie bij leren en verbeteren

Zorgaanbieders van verpleeghuiszorg in vergelijkbare situaties kunnen van elkaar leren om de bedrijfsvoering te verbeteren. Zorgaanbieders kunnen leren van de gegevens van peers (want die zijn bepalend voor de minimale kosten) maar ook van de gegevens van andere zorgaanbieders. Andere zorgaanbieders kunnen namelijk ook relatief efficiënt opereren en wanneer bijvoorbeeld hun bedrijfsvoering meer gelijkend is op de eigen werkwijze kan dit helpen om verbeteringen door te voeren.

Om leren en verbeteren goed vorm te geven gaat het overigens niet alleen om informatie die nu nog niet openbaar is. Partijen wensen dat onder andere openbare kwaliteitsinformatie wordt toegevoegd aan de beschikbare spiegelinformatie.

#### Zorgkantoren

Transparantie zorgt er ook voor dat zorgaanbieders en zorgkantoren de verkoop- en inkoopdialoog beter kunnen voeren, bijvoorbeeld over leren en verbeteren. Wanneer zorgkantoren gaan werken met de integrale vergelijking, is het daarom vanuit het oogpunt leren en verbeteren noodzakelijk om deze gegevens ook met hen te delen.

#### 5.5 Transparantie bij onderbouwing van de tarieven

De NZa is verplicht om bij het vaststellen van de tarieven of het nemen van beschikkingen een motivering/onderbouwing op te nemen. Dit betekent dat wanneer de integrale vergelijking via zorgaanbiederspecifieke tarieven in de regulering landt, deze motivering in ieder geval ook op zorgaanbiederniveau zal plaatsvinden. De verwachting is dat voor een zorgvuldige tariefonderbouwing een grote mate van transparantie noodzakelijk is omdat zorgaanbieder specifieke tarieven om meer detail vragen.

De NZa zal deze rapportages of beschikkingen, inclusief motivering, ook aan de het zorgkantoor moeten verschaffen omdat ook zij de totstandkoming van de tarieven zal moeten kunnen volgen.

#### Uitgangspositie bij onderhandeling binnen tariefruimte

Wanneer het zorgkantoor beschikt over de uitkomsten van de integrale vergelijking van alle zorgaanbieders in haar regio, kan zij een inkoopstrategie vaststellen op basis van meer informatie dan een individuele zorgaanbieder tot haar beschikking heeft. Die ongelijkheid zou kunnen worden opgeheven door uitkomsten van alle zorgaanbieders transparant te maken. Op deze wijze hebben zowel zorgkantoren als zorgaanbieders inzicht in de uitkomsten van de hele sector. Door een gelijke informatiepositie kan het goede gesprek over de mogelijkheden in de regio gevoerd worden.

#### Timing

Zorgkantoren hebben aangegeven de resultaten van de integrale vergelijking graag ruim voor het vaststellen van hun inkoopbeleid te willen ontvangen, zodat de integrale vergelijking en zorginkoop maximaal op elkaar afgestemd kunnen worden.

Die wens van tijdige transparantie begrijpen wij. Wij kunnen ons ook voorstellen dat zorgaanbieders een soortgelijke wens hebben in het kader van het vaststellen van hun verkoopstrategie. Door tijdig de informatie ter beschikking te stellen, kan het effect van de transparantie groter worden.

## 5.6 Wetstraject transparantie en mededinging Lopend traject wetswijziging

De huidige wetgeving biedt geen of onvoldoende ruimte voor het verstrekken door de NZa van (bedrijfs)vertrouwelijke informatie van een zorgaanbieder aan anderen.

De NZa en VWS hebben de mogelijkheden verkend om de resultaten van een éénmeting en van opvolgende metingen integrale vergelijking breder en anders te delen met het veld dan tot nu toe is gedaan. De volgende routes zijn daarbij verkend.

Ten eerste kan een zorgaanbieder vrijwillig toestemming geven om haar gegevens met derden te delen. Ten tweede is te denken aan een wetswijziging die de bevoegdheid tot gegevensdeling mogelijk maakt en buiten elke twijfel stelt.

De NZa ziet de toestemmingsroute als onwenselijk. Het is lastig uitvoerbaar omdat voor iedere dataset en informatiedeling toestemming gegeven moet worden. Bovendien is de meerwaarde slechts zo groot als het animo. We moeten er namelijk rekening mee houden dat niet iedereen toestemming zal verlenen.

Gelet op het voorgaande is het nodig dat de NZa een expliciete wettelijke basis krijgt de benodigde gegevens op naar een zorgaanbieder herleidbare wijze, op het juiste moment te verstrekken aan de partijen die dat nodig hebben. De NZa wenst gegevens al breed en herleidbaar te kunnen delen voorafgaand aan het vaststellen van de tariefbeschikkingen door de NZa. Verder is - vanuit het perspectief van de NZa - de transparantie in de ontwikkelfase idealiter gelijk of in ieder geval niet

minder dan in de reguleringsfase het geval zou zijn.

## Mededinging

In de paragrafen hierboven was de vraag aan de orde (i) in hoeverre de NZa (bedrijfs)vertrouwelijke gegevens met derden mag delen, bijvoorbeeld op basis van de Wmg of de Wet openbaarheid van bestuur (Wob).

Op het moment dat de NZa gegevens over een zorgaanbieder met derden zou gaan delen, komt de aanvullende vraag om de hoek kijken (ii) of dat ook vanuit het oogpunt van mededinging mogelijk is.

Bij de vraag of gegevensdeling ook vanuit het oogpunt van mededinging mogelijk is, kan het gaan om (a) gegevensdeling door de NZa. Maar ook (b) gegevensdeling door een ander die de gegevens eerder van de NZa heeft ontvangen, bijvoorbeeld als zorgaanbieders hun eigen uitkomsten van de integrale vergelijking met derden willen delen.

Wij hebben bij de Autoriteit Consument & Markt (ACM) nagevraagd of zorgaanbieders de uitkomsten mochten delen met andere zorgaanbieders of met het zorgkantoor. De ACM ziet hier in principe geen problemen in omdat het hier niet om concurrentiegevoelige gegevens gaat. Bij het uitwisselen van aanvullende informatie in deze gesprekken moet natuurlijk rekening worden gehouden met de mededingingsregels. In het algemeen geldt hierover:

De zorgaanbieders mogen geen informatie uitwisselen over:

- Afgesproken tarieven.
- Kostprijzen.
- Omzetgegevens.
- Strategische plannen van zorgaanbieders ten aanzien van werkgebieden en aanbod.

Zij mogen wel informatie met elkaar uitwisselen over



- De productiemix.
- Op welke manier zij hun zorg organiseren.
- Welke personeelsmix zij inzetten om bepaalde zorg te leveren.
- Welke maatregelen zij hebben genomen om efficiënter te werken.

Bij de verdere ontwikkeling van de integrale vergelijking, waaronder in ieder geval de NZa-rapportages en mogelijk ook het wetsvoorstel, zullen de mededingsaspecten verder worden bezien en met de ACM worden besproken.

## 5.7 Samenvatting en vervolgstappen

### Samenvatting

Voor het realiseren van de doelstellingen van de integrale vergelijking is een grote mate van transparantie vereist. Dit geldt voor zowel de doorontwikkeling van het model, het leren en verbeteren op basis van het model en de onderbouwing van de tarieven. Ook in de toetsingscriteria van de opdracht heeft het Ministerie van VWS aangegeven dat de uitkomsten van de integrale vergelijking uitlegbaar en inzichtelijk moeten zijn voor zorgaanbieders, en concrete handvatten voor leren en verbeteren geven.

In de nulmeting is het vraagstuk van transparantie in het kader van leren en ontwikkelen samen met de werkgroep transparantie verkend. Bij zowel de doorontwikkeling van het model, het leren en verbeteren en de onderbouwing van de tarieven spelen verschillende vraagstukken een rol. Ten tijde van de nulmeting was de NZa beperkt in haar mogelijkheden om naar een zorgaanbieder herleidbare (bedrijfs)vertrouwelijke gegevens over een zorgaanbieder te verstrekken aan anderen dan die zorgaanbieder. Hierdoor zijn de mogelijkheden voor transparantie tot nu toe beperkt. De NZa vindt dat er, in het kader van de doorontwikkeling van de integrale vergelijking, een duidelijke wettelijke basis nodig is om bedrijfsvertrouwelijke gegevens te verstrekken aan de partijen. Die gegevensverstrekking is nodig, zoals hiervoor is beschreven.

Met verstrekking van bedrijfsvertrouwelijke informatie wordt een legitiem doel gediend. Namelijk het ontwikkelen en uitvoeren van een bekostigingsmethodiek/tariefberekenningsmethodiek met de in paragraaf 1.1 beschreven doelen. Dit is nodig om de kwaliteit van zorg, de betaalbaarheid en de toegankelijkheid te borgen.

Vanuit het perspectief van de NZa is de transparantie in de ontwikkelfase daarom idealiter gelijk of in ieder geval niet minder dan in de reguleringsfase het geval zou zijn.

### Vervolgstappen

De NZa heeft een wettelijke basis nodig om bedrijfsvertrouwelijke gegevens te kunnen delen met partijen. De NZa realiseert zich dat de integrale vergelijking nog in ontwikkeling is en dat het eindplaatje van de integrale vergelijking in deze fase nog niet volledig concreet gemaakt kan worden. Het is noodzakelijk dat de wetswijziging tijdig, ten behoeve van de doorontwikkeling van de integrale vergelijking, in gang wordt gezet.

In de wens tot openbaarmaking zal de NZa eerst onderzoeken in hoeverre de informatie al uit andere hoofde openbaar is of nog kan worden. Van deze gegevens die uit andere hoofde openbaar is, moet dan nog worden onderzocht of de NZa die voor de integrale vergelijking mag gebruiken en of daarvoor nog enige wetswijziging nodig is.

Ondanks het streven informatie uit andere hoofde openbaar te maken, verwachten wij dat er altijd een deel bedrijfsvertrouwelijke informatie is waarvoor die route niet (goed) kan worden toegepast. Voor informatie die niet uit andere hoofde openbaar is, zien wij als oplossingsrichting een wetsvoorstel waar een flexibele bevoegdheid binnen randvoorwaarden gecreëerd wordt. Enerzijds flexibel in de zin dat de NZa zelf de afweging kan maken welke exacte informatie elementen noodzakelijk zijn om te delen. Anderzijds is de bevoegdheid binnen randvoorwaarden zodat deze binnen de gewenste speelruimte blijft. Onderwerpen zoals privacywet-

geving en mededinging kunnen daarbij een rol spelen. Ook is te denken aan voorwaarden dat de bevoegdheid alleen ingezet kan worden wanneer de NZa noodzakelijkheid en de proportionaliteit voor de ontwikkeling of instandhouding van het bekostigingsmodel voor ieder element kan onderbouwen. Wij overleggen graag met het Ministerie van VWS over de verdere vormgeving van het wetsvoorstel ten behoeve van de integrale vergelijking, in het bijzonder op het punt van transparantie.

6.

# Regulering



## 6. Regulering

De uitkomsten van de nulmeting zijn nog niet naar 'tarieven' vertaald. In dit hoofdstuk schetsen we welke vraagstukken daarbij een rol spelen<sup>29</sup>.

**Het Ministerie van VWS heeft verschillende toetsingscriteria meegegeven die te maken hebben met deze vertaling en raken aan de werking van het stelsel en de publieke belangen. Ons vertrekpunt in dit hoofdstuk zijn daarom de publieke belangen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid: we schetsen de verhouding daartussen en wanneer er ‘spanning’ ontstaat (paragraaf 1). We vervolgen met de verhouding tussen de integrale vergelijking en de kwaliteitsgelden. Daarna schetsen we het samenhangend geheel van activiteiten en verantwoordelijkheden in een reguleringsmodel (paragraaf 4 en verder). Specifiek gaan we in op markordeningsaspecten, zoals de rol van de contracteerruimte als macrobeheersinstrument (paragraaf 4). Aan de orde komen eveneens de tariefsoort (paragraaf 5), de macrobeheersbaarheid (paragraaf 6), de toezichtvisie (paragraaf 7), de rol van kapitaallasten (paragraaf 8) de vraag hoe een investeringsbudget zich verhoudt tot de integrale vergelijking verpleeghuiszorg (paragraaf 9) en tot slot de relatie met de zorg in de thuissituatie (paragraaf 10).**

### 6.1 Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

In de zorg is er altijd een spanningsveld in de driehoek kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid. Deze spanning wordt veroorzaakt door aan de ene kant een wettelijk verankerde vrijwel onbegrensde aanspraak per verzekerde, en een daaraan verbonden zorgplicht voor het zorgkantoor, en aan de andere kant de beperkte financiële middelen die een maatschappij kan of wil dragen om de zorg te bieden.

Het huidige bekostigingssysteem voor de zorg in natura in de Wlz wordt gekenmerkt door een dubbele regulering door de NZa:

1. Tariefregulering met landelijk uniforme maximumtarieven per zorgprestatie
2. Omzetregulering per zorgaanbieder, op basis van de contracteerruimtesystematiek

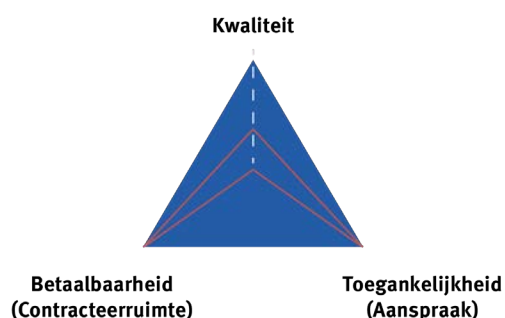
De achtergrond van de dubbele regulering is dat de Wlz niet risicodragend wordt uitgevoerd, terwijl de zorgplicht van de Wlz uitvoerders en de individuele aanspraak onbeperkt zijn. De contracteerruimtesystematiek is een instrument waarmee, binnen deze context, de macro uitgaven beheerst kunnen worden.

Deze dubbele regulering geldt voor alle zorgprestaties voor zorg in natura binnen de Wlz, dus voor alle sectoren V&V, GHZ en GGZ, en voor alle leveringsvormen (opname in een instelling, volledig pakket thuis, en modulair pakket thuis). Het Ministerie van VWS bepaalt daarnaast welke zorg bovenbudgettair wordt vergoed. Dit laatste laten we hier verder buiten beschouwing.

29. Focus in dit hoofdstuk ligt op vertaling naar tarieven en niet op eventuele prestatiewijzigingen, mede vanwege de randvoorwaarde van het Ministerie van VWS dat de zzp-systematiek onveranderd blijft. Wel wordt bij de bespreking van de tariefsoorten nog kort ingegaan op de optie van omzetplafond.

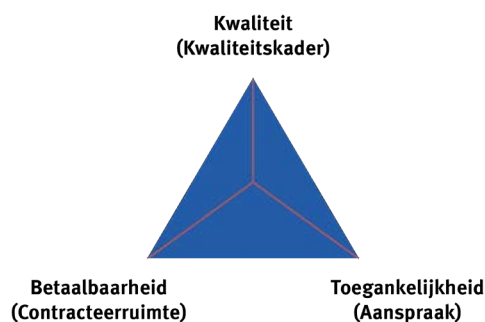
Deze regulering heeft geen expliciete plek voor kwaliteit. Hierdoor kan dit leiden tot vergoedingen die te laag zijn om het gewenste kwaliteitsniveau te leveren.

Deze spanning staat weergegeven in figuur 7. De driehoek laat zien dat vóór de komst van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, de kwaliteit makkelijker als “sluitstuk” op de hierboven genoemde spanning van de driehoek kon fungeren.



Figuur 7 Spanning op de driehoek kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg, vóór de komst van het kwaliteitskader

Met de komst van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is ook het kwaliteitsniveau in de driehoek vastgezet. Zorgaanbieders zijn juridisch gebonden aan de eisen van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en vergoedingen die zij ontvangen moeten daarom voldoende hoog zijn om deze zorg te kunnen leveren. Zie figuur 8. Dit maakt dat de spanning binnen de driehoek van kwaliteit, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg sneller zichtbaar wordt. In het bekostigingssysteem kunnen niet alle principes volledig leidend zijn.



Figuur 8 Spanning op de driehoek kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg, na de komst van het kwaliteitskader.

Elke hoek van de driehoek van kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid kunnen we vertalen naar “knoppen” waaraan (door de politiek) kan worden gedraaid.

## 6.2 Macro beschikbaar gestelde kwaliteitssgelden

Het Ministerie van VWS heeft voor de implementatie van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg structureel €2,1 miljard beschikbaar gesteld<sup>30</sup>. Het Ministerie van VWS geeft aan dat bij het beschikbaar stellen van de € 2,1 miljard is afgesproken dat de “best presterende instellingen c.q. meest efficiënte zorgaanbieders” de norm zullen worden voor alle instellingen<sup>31, 32</sup>.

Alleen door te bewerkstelligen dat de extra middelen op maat aan de zorgaanbieders worden toebedeeld, waarbij rekening wordt gehouden met (per zorgaanbieder) de potentiële efficiencyverbetering en niet beïnvloedbare factoren, kan bereikt worden dat het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg tegen zo laag mogelijke kosten geïmplementeerd wordt.

30. Het beschikbaar gestelde bedrag volgt de demografische ontwikkelingen, oftewel dit ademt mee met de verwachte volume ontwikkelingen.

31. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/11/15/kamerbrief-over-integrale-vergelijking-verpleeghuiszorg>

32. <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/brieven/2020/06/10/voorlopige-kaderbrief-wlz-2021>



Met de integrale vergelijking kan deze berekening op maat worden uitgevoerd: hiermee kan per zorgaanbieder een relatie gelegd worden tussen een als doelmatig beoordeeld niveau van kosten en een vereist niveau van kwaliteit zoals gedefinieerd door het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.

### Vertaling van de spanning naar de actuele situatie in de verpleeghuiszorg

Wanneer blijkt dat voor de macro beschikbaar gestelde kwaliteitsmiddelen het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg niet meer geborgd kan worden, bijvoorbeeld door onverwachte volumegroei of door structurele kostenverhogingen in de sector, zal de verhouding (balans) tussen de driehoeken door de politiek heroverwogen moeten worden.

### 6.3 Reguleringsmodel: meerdere actoren, meerdere rollen

Een reguleringsmodel is een samenhangend geheel van activiteiten en verantwoordelijkheden van de NZa maar ook door andere organisaties. Hierin spelen naast de tarieven van de NZa, bijvoorbeeld ook de inkooprol van het zorgkantoor en de macrobeheersing van de zorguitgaven vanuit het Ministerie van VWS. Het verankeren van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg raakt aan veel onderdelen van een reguleringsmodel. Een integrale vergelijking kan alleen tot zijn recht komen wanneer dit weloverwogen gebeurt en wanneer (vooraf) heldere keuzes worden gemaakt welk uitgangspunt leidend is. Deze keuze blijkt niet uit de toetsingscriteria.

Belangrijkste is de keuze ten aanzien van de publieke belangen (zie paragraaf 6.1). Concreet betekent dit dat er een politieke keuze gemaakt moet worden welke belang(en) leidend is of zijn. En in het verlengde van deze keuze of bijvoorbeeld de contracteerruimte als sturings-

mechanisme intact moet blijven. We gaan daar hierna in paragraaf 6.5 nog nader op in.

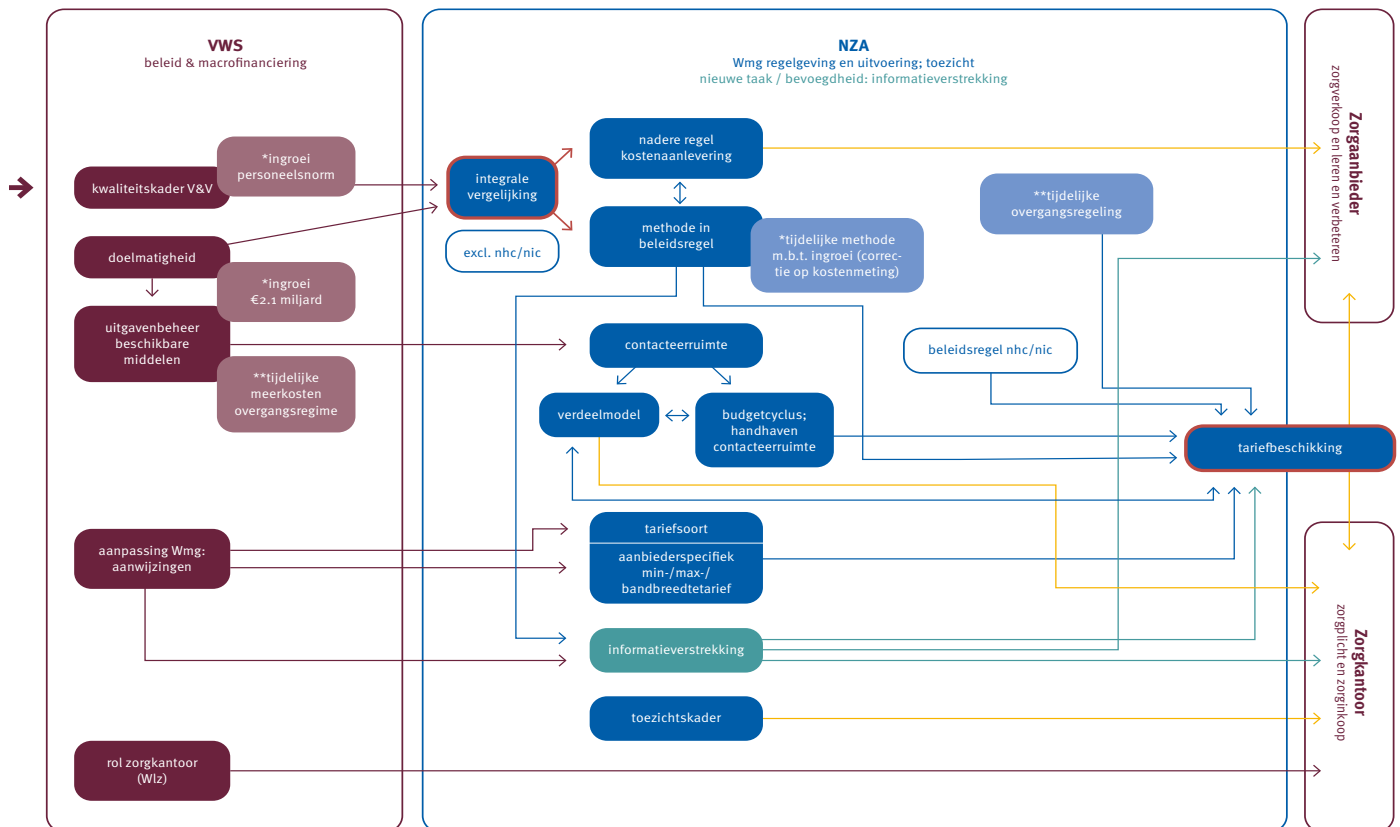
### Toelichting op figuur 9

Figuur 9 plaatst de elementen uit het reguleringsmodel in relatie tot elkaar. Het laat zien dat regulering een samenspel is tussen taken van de wetgever (in paars) en de uitvoering van de NZa (in blauw).

Links bovenin, in rood omkaderd, staat de integrale vergelijking aangegeven. De overige onderdelen in blauw zijn aspecten die samen met de uitkomsten van de integrale vergelijking tot een tariefbeschikking (eveneens rood omkaderd) voor de zorgaanbieder en het zorgkantoor leiden. De blauwe pijlen geven de relaties tussen deze onderdelen aan. De gele pijlen geven aan welke aspecten direct invloed hebben op de zorgaanbieder en het zorgkantoor.

In groen is een nieuwe taak/bevoegdheid van de NZa aangegeven die nodig is voor de informatieverstrekking (transparantie) aan zorgkantoren en zorgaanbieders. Ook deze pijlen richten zich op de zorgkantoren en de zorgaanbieders.

De blokken waarbij de kleur vervaagt hebben betrekking op tijdelijke elementen in het reguleringsmodel.



Figuur 9 Samenhang elementen reguleringsmodel<sup>33</sup>

## 6.4 Marktordeningsaspecten

In een eerdere uitwerking<sup>34</sup> zijn diverse varianten voor prijsbepaling uitgewerkt. Enkele varianten voor tariefregulering (gereguleerd individueel tarief, clustertarief, landelijk maximumtarief) en een variant waarbij de integrale vergelijking enkel als inkoopinstrument wordt ingezet, zijn uitgewerkt en beoordeeld aan de hand van criteria<sup>35</sup>.

Op basis van deze beoordeling heeft de Minister van VWS de NZa verzocht om de integrale vergelijking verder uit te werken op basis van het gereguleerd individueel tarief. Aan de Tweede Kamer is een besluit voor bandbreedte tarieven aangekondigd.

Bij het verzoek van de Minister van VWS om de integrale vergelijking verpleeghuiszorg verder uit te werken op basis van het gereguleerde individuele tarief, heeft VWS beleidsmatige toetsingscriteria<sup>36</sup> meegegeven ten aanzien van de contracteerruimte en de inkooprol van de zorgkantoren. Deze marktordeningsaspecten worden in deze paragraaf specifiek verder uitgewerkt.

De keuze voor een reguleringsmodel hangt samen met drie marktordeningsaspecten: de rol van de zorginkoper versus de regulator bij de prijsvorming, de contracteerruimtesystematiek en de tariefsoort.

33. Groene lijnen in figuur zijn richtinggevend en worden indien nodig aangepast op basis van inzichten transparantie (zie hoofdstuk 5)

34. Brief NZa aan VWS d.d. 10 september 2019, kenmerk 1601410-197559-LZ, pagina 24-29

35. Zie de tabel opgenomen in bijlage 11

36. Zie toelichting bij toetsingscriteria bijlage 5

## Contracteerruimtesystematiek

De contracteerruimtesystematiek<sup>37</sup> maakt het mogelijk om bij een onverwachte overschrijding van het budgetkader te korten op het budget of de prijs die zorgaanbieders voor hun zorg ontvangen. Hiermee geeft het een extra waarborg voor de betaalbaarheid. Doordat naast de betaalbaarheid ook de kwaliteit en de toegankelijkheid in een wet verankerd zijn, botst bij inzet van de kortingsmethode de betaalbaarheid met kwaliteit en toegankelijkheid.

## Rol zorgkantoor bij prijsvorming

In de criteria van het Ministerie van VWS wordt expliciet verwezen naar benodigde inkoopruimte voor zorgkantoren (criterium 1.1): "Dit betekent dat er voor zorgkantoren substantiële ruimte moet blijven om binnen het budgettaire kader op basis van maatwerk tariefafspraken te maken met zorgaanbieders." De vraag of en hoe zorgkantoren gebruik (kunnen) maken van de 'ruimte' hangt nauw samen met de prikkels die volgen uit bijvoorbeeld de contracteerruimte(systematiek).

## Tariefsoort

De keuze voor tariefsoort (zie paragraaf tariefsoort voor een toelichting op de mogelijke varianten) hangt samen met de mogelijkheden voor de rol voor kwaliteitsborging (namelijk reden voor een minimumtarief), de speelruimte voor het zorgkantoor (namelijk reden voor een bandbreedte) en een contracteerruimte. Als het intact laten van de contracteerruimte-systematiek een voorwaarde is, heeft dit invloed op de tariefsoort.

## Verhouding binnen het reguleringsmodel

Niet alle door het Ministerie van VWS opgestelde beleidsmatige criteria zijn in één reguleringsmodel volledig verenigbaar. We leggen dat hier kort uit en komen in volgende paragrafen op onderdelen daarvan terug.

Eén van de doelstellingen van de integrale vergelijking verpleeghuiszorg is het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg bereikbaar maken voor alle gecontracteerde zorgaanbieders. Dat doen we door een minimumtarief vast te stellen als onderdeel van een individueel bandbreedtetarief dat per zorgaanbieder in hoogte varieert. Het minimumtarief volgt uit de integrale vergelijking en is het minimumniveau dat nodig is om de zorg zoals beschreven in het kwaliteitskader te leveren. Met een minimumtarief wordt de kwaliteit leidend in de bekostiging en de contracteerruimte volgend. Het is immers niet meer wenselijk en niet mogelijk om onder het minimumtarief te vergoeden. De (politieke) keuze over de verhoudingen moet allereerst gemaakt worden, zie paragraaf 6.1.

Vraag is of en op welke manier zorgkantoren de bandbreedte gebruiken en hoe zich dat verhoudt tot het beschikbare budget: welke prikkels geeft dat in de praktijk? En leidt dat tot differentiatie binnen de (door het Ministerie van VWS gewenste) speelruimte door zorgkantoren of ontstaat alsnog een voor elke zorgaanbieder gelijke uitkomst? We gaan hier in paragraaf 6.7 dieper op in.

Wanneer ervoor gekozen wordt dat budget, en dus de contracteerruimte, volledig leidend zijn, dan kan de integrale vergelijking niet gebruikt worden voor tariefbepaling met minimumtarieven. De maximale toepassing van de integrale vergelijking lijkt dan om deze te benutten als informatiebron (benchmark) ten behoeve van de inkoop(gesprekken)<sup>38</sup>. Er kan dan geen minimumtarief worden bepaald en er zijn er dus geen garanties vanuit de bekostiging dat het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg gehaald kan worden.

37. Zie voor achtergrond en proces van macrobeheersing bijlage 12

38. Het geschetste (potentiële) 'conflict' is echter ook dan niet volledig weg; immers maakt de integrale vergelijking ook in deze situatie wel het minimumniveau inzichtelijk.

## 6.5 Tariefsoort

In de eerdere uitwerkingen van de integrale vergelijking (Zie de verwijzingen die genoemd staan in paragraaf 6.4), is uitvoerig ingegaan op de mogelijke tariefsoorten. De tariefsoort hangt nauw samen met een aantal beleidscriteria van het Ministerie van VWS, zoals die over de rol en ruimte van zorgkantoren. In deze paragraaf beschrijven we daarom nog eens kort de mogelijke tariefsoorten bij een integrale vergelijking met inkoopruimte.

### Mogelijke tariefsoorten

Bij het minimumtarief definieert de NZa het kostenniveau dat aansluit op de basis kwaliteit en is het zorgkantoor primair verantwoordelijk voor de doelmatige besteding van tariefruimte boven het minimum.

Bij een maximumtarief ligt de verantwoordelijkheid voor het kwaliteitsniveau in de inkoop bij de onderhandelingen tussen Wlz uitvoerder en zorgaanbieder<sup>39</sup>.

Een bandbreedtetarief combineert de begrenzings van een minimum- en een maximumtarief. Omdat het minimumtarief zorgaanbieder specifiek is, is het bandbreedtetarief dat ook.

Bij een omzetplafond wordt een zorgaanbiederspecifieke omzet bepaald. Omdat dit niet aansluit bij de randvoorwaarden van VWS om de zzp-bekostiging in stand te houden, laten we deze verder buiten beschouwing.

### Hoogte van het tarief

Hieronder lichten we toe hoe we bij de verschillende tariefsoorten de hoogte van het tarief kunnen bepalen.

### Minimumtarief (zorgaanbiederspecifiek)

Het minimumtarief wordt in beginsel gebaseerd op het zorgaanbieder specifieke minimumkostenniveau uit de integrale vergelijking. In de onderbouwing van het tarief kan de minimumwaarde eventueel verhoogd worden bijvoorbeeld met een nader te bepalen marge.

Een criterium van het Ministerie van VWS is dat het mogelijk moet zijn om onder het minimumkostenniveau te contracteren (criterium 2.8) met als doel het mogelijk te maken dat er met zorgaanbieders die nog niet aan het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg voldoen, een ingroeitraject af te spreken. We vinden deze werkwijze onwenselijk. Het past niet bij het gegeven dat het minimumkostenniveau minimaal nodig is om aan het kwaliteitskader te voldoen (en dat tarieven daartoe in staat moeten stellen) en is dus ook zeker geen werkwijze die past bij een structurele situatie. Of het rekenkundig haalbaar is om een dergelijke verlaging met een goede onderbouwing vast te stellen vraagt nader onderzoek. Zoals we in hoofdstuk 2 beschrijven, ligt het meer voor de hand om de integrale vergelijking verpleeghuiszorg pas in te voeren als de ingroefase voltooid is.

### Maximumtarief (zorgaanbiederspecifiek)

Het maximumtarief ligt boven het minimumkostenniveau dat uit de integrale vergelijking verpleeghuiszorg volgt. Daarbij speelt de vraag hoeveel ruimte er in het tarief moet worden geboden boven het minimumkostenniveau. Het ligt het meest voor de hand om, bij de vertaling van de gemeten kosten naar de tariefhoogte van het maximumtarief, aan te sluiten bij de conventionele wijze van tariefregulering, namelijk door de totale kosten van de sector terug te laten vloeien in de tarieven.

39. De zorgaanbieder heeft ook altijd een verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg op basis van specifieke wet- en regelgeving.

Voor de nulmeting is aangesloten bij deze techniek, waarbij alle gemeten kosten terugkomen in de bovengrenskosten<sup>40</sup>. Deze maximumwaarden zijn dan kostendekkend voor de sector als geheel. De som van de bovengrenskosten van alle zorgaanbieders is daarbij gelijk aan de totale landelijke werkelijke kosten.

### Bandbreedtetarief (zorgaanbiedersspecifiek)

Bandbreedte boven het minimum: Dit bestaat uit een combinatie van het zorgaanbiedersspecifieke minimumtarief dat gelijk is aan het minimumkostenniveau en een maximumtarief zoals hierboven toegelicht.

### Wetswijziging

Uit het voorgaande volgt dat het minimumtarief, het maximumtarief en het bandbreedtetarief per individuele zorgaanbieder in hoogte kunnen variëren. Om dat te bereiken is wijziging van de Wmg nodig. De geldende Wmg voorziet weliswaar in een minimumtarief, maximumtarief en daarmee bandbreedtetarief, maar daarbij gaat het om landelijk uniforme tarieven die voor elke zorgaanbieder gelijk zijn.

## 6.6 Macro uitgavenbeheersing via contracteerruimtesystematiek

In paragraaf 6.3 hebben we de spanning beschreven tussen minimumtarieven op basis van een gewenst kwaliteitsniveau enerzijds en sturing op basis van de contracteerruimte anderzijds. Toegelicht is dat de verschillende achterliggende belangen niet (volledig) in één reguleringsmodel te verenigen zijn. We beschrijven in deze paragraaf gedetailleerder het gevolg van de situatie als de uitkomsten van de vergelijking in tarieven

belanden mét contracteerruimte.

Wanneer de uitkomsten van de integrale vergelijking landen in de tarifiering met de contracteerruimte heeft dit gevolgen voor twee elementen van de uitvoering van de contracteerruimtesystematiek:

1. Het verdelen van de contracteerruimte over de zorgkantoorregio's.
2. Het handhaven van de contracteerruimte in geval van een macro overschrijding.

Het eerste punt is vooral uitvoeringstechnisch van aard, het tweede punt is nauw verweven met de eerder beschreven spanning op de driehoek: welke politieke keuzes worden gemaakt bij macro-overschrijding van de contracteerruimte?

### Verdeling van de contracteerruimte over de zorgkantoorregio's

De zorgkantoren hebben een zorgplicht. Zij moeten voldoende zorg inkopen voor de (geïndiceerde) cliënten in hun regio. Dat betekent dat de regionale contracteerruimte ruim genoeg moet zijn om deze zorgplicht te kunnen invullen. De invoering van de integrale vergelijking in de tarifiering heeft twee gevolgen voor de verdeling van de contracteerruimte:

- de contracteerruimte voor de verpleeghuiszorg zal geormerkt moeten worden;
- de verdeling van het macrokader over de zorgkantoorregio's.

### Oormerking contracteerruimte

Contracteerruimte is enerzijds het bedrag dat geormerkt wordt voor zorg in natura binnen de Wlz. En an-

40. Technisch gezien is de bovengrens als volgt bepaald bij de nulmeting: We berekenen de totale landelijke kosten als som van de werkelijke kosten van alle zorgaanbieders; en we berekenen de som van de minimumwaardes van alle zorgaanbieders. Het percentageverschil tussen deze twee is gelijk aan de landelijk gemiddelde afstand tot de frontier. Door de minimumwaarde van iedere zorgaanbieder met dit percentage op te hogen, berekenen we de bovengrens voor zijn kosten. De totale landelijke kosten bestaan uit de som van deze bovengrens van alle zorgaanbieders. Bijvoorbeeld, een verpleeghuis heeft € 10,5 miljoen euro kosten en zijn minimumwaarde is € 10 miljoen euro. Stel dat het landelijk gemiddelde verschil 10% is. Dan betekent dit voor deze zorgaanbieder dat de bovengrens wordt vastgesteld op € 11 miljoen euro. Dit resulteert in de kostenbandbreedte [€ 10 miljoen – € 11 miljoen]. Op deze manier worden de maximumtarieven – net als in de huidige bekostiging- gebaseerd op landelijk gemiddelde kosten.



derzijds wordt deze gebruikt als kortingsinstrument om op de betaalbaarheid van de langdurige zorg te sturen. Bij een integraal kader zoals we dat nu kennen, kunnen ontwikkelingen in de ene sector opgevangen worden in of gevolgen hebben voor de andere sectoren. Hiermee gaat het risico gepaard dat de efficiency opdracht voor de intramurale V&V sector neerslaat bij de andere sectoren. Als we dit risico willen voorkomen, ligt het voor de hand om de contracteerruimte voor de intramurale V&V te oormerken. Dat betekent dat de zorg die onder de reikwijdte van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg valt, in een apart macrokader wordt ondergebracht.

Het hierboven beschreven risico is niet nieuw, maar met de komst van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, en de daarmee samenhangende minimale kosten binnen de verpleeghuissector, vraagt dit vraagstuk een prominentere plek.

### Noodzaak voor verkenning van vraagstukken bij oormerken kader

Bij het oormerken van het kader is het van belang om ook het pgb en de leveringsvorm mpt een goede plek te geven zodat het sturen op leveringsvorm niet belemmerd wordt. Bij het apart oormerken van een macrokader zal de NZa ook de monitoring op deelkaders moeten uitvoeren en de contracteerruimtetoets op de deelkaders uitvoeren. Dit houdt in dat zorgaanbieders die een gemengd aanbod leveren van verpleeghuiszorg en overige Wlz-zorg aparte aanvragen gaan indienen voor de verschillende delen van hun productie.

ZN en zorgkantoren zien als belangrijk nadeel de mogelijke verkokering die ontstaat bij het aanbrengen van schotten tussen de sectoren en/of leveringsvormen. Zij pleiten er daarom voor het behoud van een integraal macrokader. Omdat er meerdere vraagstukken spelen bij de uitwerking vraagt het om een zorgvuldige uitvoering wanneer het Ministerie van VWS besluit om de intramurale V&V in apart geoormerkt macrokader onder te brengen.

### Aanpassingen in de verdeling van het macrokader over de zorgkantoorregio's

In 2021 voert de NZa een nieuw verdeelmodel in, dat het budgettair kader over de zorgkantoorregio's verdeelt op basis van het aantal indicaties, en aansluit op de taakopvatting van zorgkantoren (zoals sturing op prijs en leveringsvorm) en corrigeert voor factoren waar zorgkantoren niet op sturen.

De invoering van de integrale vergelijking in de tarifiering heeft een aantal gevolgen voor de verdeling van de contracteerruimte. Twee fundamentele veranderingen in de tarifiering vragen om aanpassingen in het verdeelmodel voor de verdeling van het macrokader over de zorgkantoorregio's:

1. van landelijk naar zorgaanbieder specifiek tarief en/of;
2. de introductie van een minimumkostenniveau in de onderbouwing van het tarief.

We gaan hieronder uit van de tariefsoort bandbreedtetarief (zorgaanbiederspecifiek), waarbij het minimumkostenniveau in het minimumtarief wordt verwerkt. Bij de andere zorgaanbieder specifieke tariefsoorten (minimumtarief en maximumtarief) zijn dezelfde aanpassingen aan de orde.

Door de introductie van een zorgaanbieder specifiek minimumtarief kan de regionale contracteerruimte niet meer worden gebaseerd op landelijke tarieven en moet de verdeling deels worden gebaseerd op het zorgaanbiederspecifieke minimumtarief, en dus ook op de verwachte indicaties per zorgaanbieder. Het regionale kader moet voldoende zijn om (minimaal) het minimumtarief te vergoeden. Dat minimumtarief is voor het zorgkantoor een gegeven.

Het minimumtarief van de zorgaanbieders behoort daarmee tot de factoren binnen het verdeelmodel voor het Wlz-kader waar het zorgkantoor niet op kan sturen. Deze factoren worden binnen het verdeelmodel verdeeld op

basis van werkelijke uitgaven (een regionaal bedrag per indicatie), in plaats van op landelijk gemiddelde uitgaven (een landelijk bedrag per indicatie), zoals gebeurt bij de factoren waar zorgkantoren wel op sturen. Als het minimumtarief het overgrote deel van het totale tarief betreft, heeft dit automatisch tot gevolg dat ook het overgrote deel van het budgettair kader verdeeld wordt op basis van de werkelijke uitgaven. Dat verkleint vervolgens ook de mogelijkheid om te sturen op prijs (de mogelijkheid om te sturen op leveringsvorm vervalt binnen dit kader, omdat alleen de intramurale V&V hierbij in een geoormerkt deelkader wordt geplaatst). Kort gezegd is voor het verdeelmodel bij de invoering van de integrale vergelijking de volgende informatie nodig:

- De indicatie
    - per cliënt (gepseudonimiseerd BSN)
    - per dag
    - per zorgkantoor (verantwoordelijk en/of uitvoerend\*)
- en:
- De gedeclareerde prijs én het zorgaanbieder specifiek minimumkostenniveau
    - per zorgprestatie
    - per cliënt (gepseudonimiseerd BSN)
    - per dag
    - **per zorgaanbieder (locatie\*)**
    - per zorgkantoor (verantwoordelijk en/of uitvoerend\*)

\* We laten hierbij nog een aantal onderwerpen voor de uitvoering buiten beschouwing, zoals de vraag of er per zorgaanbieder of per locatie tarieven worden vastgesteld, hoe omgegaan wordt met zorgaanbieders die in meerdere regio's werken, en hoe omgegaan wordt met de bovenregionale zorg.

Deze gegevens moeten beschikbaar, uniform vastgelegd, en controleerbaar zijn.

Nieuw ten opzichte van het model dat per 2021 wordt ingevoerd is dat de dimensie 'zorgaanbieder (locatie)' toegevoegd moet worden. De koppeling van de indicatie- en de declaratiegegevens op cliënt- en dagniveau levert (onder andere) de indicatiegegevens per zorgaanbieder, die de basis vormen voor de verdeling.

De verdeling wordt gebaseerd op gegevens over het jaar t-2. Bovendien wordt het kader alleen voorafgaand aan het jaar verdeeld. Er vindt geen nacalculatie op de verdeling plaats. De toevoeging van de dimensie 'zorgaanbieder' én het zorgaanbiederspecifieke minimumtarief kan daardoor tot gevolg hebben dat er in jaar t weinig mogelijkheid bestaat voor een zorgkantoor om in jaar t de middelen anders in te zetten dan in het jaar t-2. De flexibiliteit in het systeem wordt daardoor kleiner; er bestaat ten opzichte van het huidige systeem minder mogelijkheid om binnen de berekende verdeling veranderingen in de indicatiemix per zorgaanbieder in jaar t op te vangen.

Voor de eerste twee jaren waarin de tariefregulering op basis van de integrale vergelijking plaatsvindt zijn nog geen adequate (declaratie)gegevens over t-2 beschikbaar<sup>41</sup>: het minimumtarief ontbreekt dan nog. Dat betekent dat voor de eerste jaren een overgangsmodel voor de verdeling ontwikkeld moet worden.

Bovenstaande aanpassingen gelden zowel bij een apart geoormerkt kader voor de zorg die onder het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg valt, als bij een integraal macrokader waarin alle Wlz-zorg is ondergebracht.

## Effecten in de markt

Tot slot merken we op dat de combinatie van het minimumkostenniveau dat volgt uit de integrale vergelijking verpleeghuiszorg en de contracteerruimte ertoe kan leiden dat de dynamiek in de markt vermindert in het geval (a) de regionale contracteerruimte te nauw aansluit bij

41 Het verdeelmodel gaat uit van declaratiegegevens. Dus in t-2 worden kosten gemeten, in t vervolgens de IV ingevoerd en dan is in t+2 de eerste mogelijkheid om het kader te verdelen op basis van declaraties uit het jaar t.

de uitkomsten van de integrale vergelijking verpleeghuiszorg, en

(b) er grote verschillen in minimumkostenniveau tussen zorgaanbieders onderling zijn, en

(c) er weinig overlap zit in de onderhandelingsruimte binnen het tarief tussen de verschillende zorgaanbieders in de regio

In deze situatie zijn zorgaanbieders binnen het macrokader niet meer financieel uitwisselbaar en dat kan negatieve gevolgen hebben voor de keuzevrijheid van de cliënt, en wens om de zorg persoonsvolgend te bekostigen. Dit kan alleen opgelost worden door meer manoeuvreerruimte binnen het macrokader aan te brengen (dat wil zeggen het macro plafond verhogen), maar dat heeft ook direct een risico voor de uitgavenbeheersing.

Anderzijds is het onwenselijk als het regionale macrokader niet nauw aansluit bij de uitkomsten van de integrale vergelijking verpleeghuiszorg; in dat geval zal het regiobudget in sommige regio's te krap, en in andere regio's te ruim zijn. Zoals in paragraaf 3.6 wordt beschreven, vinden we het belangrijk om zorgvuldige conclusies over regio's te kunnen trekken, onder andere over de spreiding van peers en efficiëncyscores binnen de regio's. Bovenstaande vraagstukken kunnen daarbij worden meegenomen.

## Conclusie

Aanpassingen van het verdeelmodel zijn noodzakelijk voor de verdeling van het macrokader over de zorgkantoorregio's en om (in lijn met de uitgangspunten van de integrale vergelijking) te laten sturen op factoren waar – in dit geval zorgkantoren – invloed op kunnen uitoefenen. Dit werkt alleen als er voldoende budgettaire ruimte boven de minimumtarieven en manoeuvreerruimte beschikbaar wordt gesteld. We sluiten niet uit dat er meer manoeuvreerruimte nodig zal zijn dan in de huidige situatie. De regio-analyse kan helpen om hier meer zicht op te krijgen (zoals beschreven in paragraaf 2.2 en 3.6). De aanpassing vereist meer gegevens dan

nu (uitgevraagd worden).

## Het handhaven van de contracteerruimte in geval van een macro overschrijding

Het kwaliteitskader stelt een limiet aan de mogelijkheden om te korten via contracteerruimte. De tarieven in de verpleeghuissector moeten voldoende hoog zijn om aan het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg te kunnen voldoen. Dit stelt een limiet aan de mogelijkheden tot sturing via de contracteerruimte (zoals ook eerder in de driehoek beschreven). De invoering van een juridisch bindend minimum, al dan niet in het bandbreedtetarief, gebaseerd op een minimumkostenniveau maakt dit nog explicieter.

Het gegeven dat er niet onder het minimumkostenniveau kan worden gekort, doet zich echter feitelijk voor onafhankelijk van de keuze van tariefsoort. Ook bij een model met alleen maximumtarieven maakt de NZa nog steeds via de integrale vergelijking inzichtelijk wat het minimale kostenniveau behorend bij het kwaliteitsniveau van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg zou moeten zijn. Dit vormt immers één van de componenten in de onderbouwing van het maximumtarief.

Daarnaast merken we op dat de onmogelijkheid om te korten onder het minimumkostenniveau zich kan voordoen in alle ronden van de budgetcyclus, dus bij de productieafspraken, deerschikking en de nacalculatie. Bij de budget- en herschikkingsronde kunnen we niet korten onder het minimumkostenniveau van de productieafspraken; bij de nacalculatie kan gerealiseerde overproductie alleen vergoed worden als er ruimte is (bijvoorbeeld uit onderproductie, of resterende ruimte in het kader) om deze tegen (minimaal) het minimumtarief te vergoeden.

Het feit dat korten onder het minimum niet mogelijk is, kan bredere gevolgen hebben. Bijvoorbeeld voor de prikkels voor zorgkantoren om wel of geen volumeafspraken te maken.

ZN en zorgkantoren hebben aangegeven dat de focus op (de personeelsnorm) van het Kwaliteitskader en het daarop gebaseerde minimumniveau vooral risico's voor de toegankelijkheid van zorg kan hebben. Wanneer de grenzen van het macrokader bereikt worden, zullen wachtlijsten ontstaan.

Ook zorgaanbieders wijzen op dit risico: zij zullen bijvoorbeeld minder dan in de huidige situatie bereid zijn om overproductie te leveren zolang er geen budgettaire garantie is dat overproductie vergoed kan worden binnen het dan geldende bandbreedtetarief.

### Benodigde informatie om de contracteerruimtetoeets uit te voeren

Bij de toets van de productieafspraken aan de contracteerruimte in de budget- en herschikkingsronde, en bij de verrekening van over- en onderproductie bij de nacalculatie, moet onderscheid gemaakt worden in de omzet die wordt gerealiseerd uit de tariefruimte die boven, respectievelijk op het minimumkostenniveau ligt. Immers, alleen op het deel van de omzet die behaald wordt met de tariefruimte boven het minimum kan gekort worden.

### Zorgvuldige invoering en monitoring

Het is belangrijk om de macro uitgaven strak te blijven monitoren. Op de korte termijn om de integrale vergelijking goed te kunnen doorontwikkelen. Op de lange termijn is goede monitoring noodzakelijk om bij te dragen aan het tijdig maken van de juiste politieke afwegingen op het gebied van betaalbaarheid, kwaliteit of toegankelijkheid.

Voor de jaarlijkse mei-en augustusadviezen van de NZa aan de minister van VWS over de toereikendheid van het budgettaire kader zullen we nader moeten onderzoeken welke effecten de gedifferentieerde tarieven per zorgaanbieder op de voorspelbaarheid van de zorguitgaven hebben.

In dit verband merken we ook op dat, bij een dreigend tekort binnen het macrokader, de mogelijkheden voor de politiek om in het lopende jaar aan de knoppen 'kwaliteit', 'toegankelijkheid' en 'betaalbaarheid' te draaien (zie ook paragraaf 6.1) in de praktijk beperkt zijn tot het ophogen van het macrokader, of het laten aankomen op olopende wachtlijsten en/of pgb-stops. Lopende het jaar is het, vanwege de doorlooptijd van werkprocessen, niet uitvoerbaar om de normen van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg bij te stellen én daarmee aangepaste (minimum)tarieven vast te stellen. Hiermee willen we benadrukken dat deze politieke keuzes in de leidende principes bij voorkeur voorafgaand aan de invoering van een nieuw reguleringsmodel gemaakt moeten worden.

### Administratieve lasten

Er zijn er meer gegevens nodig voor de uitvoering van de contracteerruimtesystematiek bij toepassing van de integrale vergelijking. Dit geldt zowel bij een apart geormerkt kader voor de zorg die onder het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg valt, als bij een integraal macrokader waarin alle Wlz-zorg is ondergebracht.

Voor het verdeelmodel zijn meer gegevens nodig dan in de huidige situatie; het gaat daarbij om gegevens op zorgaanbiederniveau. Voor de contracteerruimtetoeets moeten zorgaanbieders en zorgkantoren in hun aanvragen en opgaven aan de NZa onderscheid maken in omzet die gerealiseerd wordt uit de tariefruimte die boven, respectievelijk op het minimumkostenniveau ligt. Dit leidt tot een verhoging van de administratieve lasten voor zorgaanbieders en zorgkantoren. Ook is hiervoor een uitbreiding van de accountantscontrole nodig. Het vergt een nadere verkenning welke bestaande databronnen gebruikt kunnen worden, of welke registraties aanvullend opgezet moeten worden.

## 6.7 Toezicht op zorgkantoren

In deze paragraaf gaan wij in op het toezicht op zorgkantoren in relatie tot de bekostiging op basis van een integrale vergelijking van zorgaanbieders die verpleeghuiszorg bieden.<sup>42</sup> De zorgkantoren hebben de taak de toegang tot voldoende, kwalitatief goede en doelmatige zorg in de regio's te borgen. Zij maken daartoe afspraken met zorgaanbieders over te leveren zorg (de contractering van zorgaanbieders). Een goede uitkomst voor de Wlz-cliënt en de premiebetaler (betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de verpleeghuiszorg) moet daarbij centraal staan. Wij gaan achtereenvolgens in op de toetsingscriteria van het Ministerie van VWS en het toezicht op zorgkantoren in combinatie met de integrale vergelijking.

### Toetsingscriteria VWS

Het Ministerie van VWS heeft verschillende toetsingscriteria opgesteld, die betrokken moeten worden bij de bespreking van het toezichtarrangement bij de bekostiging op basis van een integrale vergelijking van zorgaanbieders. Dit zijn toetsingscriteria 1.1, 1.2, 5.1 en 5.2.

### Toezicht op zorgkantoren

De NZa heeft de taak toezicht te houden op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Wet langdurige zorg (Wlz) door zorgkantoren (vv, gz, ggz)<sup>43</sup>.

In de Wet langdurige zorg (Wlz) is de zorgplicht van de zorgkantoren een zeer belangrijk onderdeel<sup>44</sup> en daarmee ook van het toezicht. Het zorgkantoor moet de toegang realiseren tot tijdige en passende zorg, met aandacht voor het individuele welzijn, voor iedereen met een Wlz-indicatie. Het zorgkantoor moet daarbij rekening houden met de sociale context van de Wlz-cliënt, zoals de godsdienstige gezindheid, de levens-

overtuiging, de culturele achtergrond en de seksuele gerichtheid. Om de zorgplicht na te komen dienen de zorgkantoren:

- voldoende, kwalitatief goede en doelmatige zorg in de regio te borgen, door met zorgaanbieders afspraken te maken leveren zorg (contractering van zorgaanbieders);
- daarbij diversiteit in het gecontracteerde aanbod na te streven.

### Toezicht en de integrale vergelijking

Om het toezicht op zorgkantoren in relatie tot de integrale vergelijking te beschrijven gaan wij uit van een integrale vergelijking met gereguleerde, zorgaanbiederspecifieke tarieven en inkoopruimte, waarbij het zorgkantoor een rol heeft bij prijsvorming (zie toetsingscriterium 1.1 en 1.2 van VWS).

Voor het toezicht op rechtmatige en doelmatige uitvoering heeft de integrale vergelijking de volgende gevolgen:

- het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Wlz door zorgkantoren verandert (op hoofdlijnen) niet: uitvoering van de Wlz door zorgkantoren conform de regels die daarvoor gelden staat daarin centraal. Het zorgkantoor zal onder meer moeten borgen dat Wlz-geld wordt besteed aan Wlz-cliënten en Wlz-zorg, tegen de overeengekomen prijs (cf. zorginkoopcontracten), dat deze zorg daadwerkelijk geleverd is en dat deze zorg voldoet aan de relevante wet- en regelgeving.
- In het toezicht op de doelmatige uitvoering van de Wlz zal de NZa beoordelen of de zorgkantoren, naast andere relevante informatie, de uitkomsten van de integrale vergelijking benutten bij het maken van afspraken met zorgaanbieders (sturen op goede, doelmatige zorg via de contractering).<sup>45</sup>

42. Een Wlz-uitvoerder heeft verzekerden door heel het land. Voor die verzekerden heeft de Wlz-uitvoerder een zorgplicht (zie beschrijving hierna). Op basis van de wet en de uitbesteding van taken door Wlz-uitvoerders, is de uitvoering neergelegd bij de regionaal georiënteerde zorgkantoren. Daarom spreken we hierna van 'zorgkantoor'.

43. Zie bijlage 14 voor een beschrijving van hoe de NZa dit toezicht in den brede invult (toezichtvisie). Hierin is ook de zorgplicht van het zorgkantoor en sturing op doelmatige zorg nader geduid.

44. Wlz, artikel 4.2.1 en 4.2.2.

45. Hiervoor is een wetswijziging nodig. [Zie hoofdstuk 5]

De integrale vergelijking biedt de zorgkantoren, als de informatie beschikbaar komt voor de zorgkantoren, een extra informatiebasis die hen helpt te sturen op kostenbeheersing, als onderdeel van contractafspraken over goede en doelmatige zorg (zie toetsingscriterium 5.1 van VWS). In het toezicht op zorgkantoren beoordeelt de NZa of zorgkantoren verantwoorde keuzes maken in sturing op kwaliteit van zorg en kostenbeheersing, in relatie tot de zorgplicht van het zorgkantoor. De hoofdvraag daarbij is:

Spannen de zorgkantoren zich voldoende in om toegang tot goede en passende zorg voor alle Wlz-cliënten te realiseren, conform het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, met aandacht voor individueel welzijn (gedifferentieerd aanbod) en binnen de beschikbare financiële ruimte?

Afhankelijk van de aan- of afwezigheid van een minimumtarief moet het zorgkantoor in meer of mindere mate aandacht hebben voor de kwaliteitsdimensie: het noodzakelijke streven naar doelmatigheid mag niet verkeren in een race naar de bodem. Dan komt de zorgplicht van het zorgkantoor in het geding.

### Resultaatgerichte maatwerkafspraken over goede en doelmatige zorg

Concreet zal het toezicht in relatie tot de integrale vergelijking bestaan uit na te gaan of de zorgkantoren resultaatgerichte maatwerkafspraken maken met zorgaanbieders van verpleeghuiszorg, op basis van de informatie over:

- input/output van een zorgaanbieder, gerelateerd aan dat van andere zorgaanbieders. Uit de integrale vergelijking kan bijvoorbeeld blijken welke zorgaanbieders met relatief lage kosten goede zorg kunnen leveren. Nadere analyse zal andere vergelijkbare zorgaanbieders kunnen laten zien wat zij kunnen doen om dat niveau van efficiëntie te bereiken;
- de kwaliteit van zorg bij zorgaanbieders, die beschikbaar is voor en verzameld is door zorgkantoren;

- de beschikbaarheid van zorg in de regio (realisatiecijfers zorginkoop; fricties zorgvraag en –aanbod; regioanalyse en projecties op langere termijn), nu en in de toekomst;
- en andere relevante informatie voor de zorginkoopdialoog.

Deze informatie over kosten, kwaliteit en toegang tot zorg moet het zorgkantoor in samenhang beschouwen. Enkelvoudige sturing door zorgkantoren op alléén kosten, alléén kwaliteit of alléén toegang tot zorg moet worden voorkomen. Op basis van de analyse van het zorgkantoor en de zorginkoopdialoog, waarbij de zorgaanbieder de ruimte krijgt om relevante (actuele) informatie en plannen in te brengen, moet het zorgkantoor tot resultaatgerichte maatwerkafspraken met de zorgaanbieder komen. De NZa verwacht van de zorgkantoren dat zij een inhoudelijke zorginkoopdialoog met de zorgaanbieder voeren en verantwoorde keuzes maken in de prijs/kwaliteitverhouding. Het zorgkantoor dient deze maatwerkafspraken goed te onderbouwen.

Resultaatgerichte maatwerkafspraken zijn: onderbouwde afspraken over prijs, volume (met een persoonsvolgende invulling) en kwaliteit(-verbetering) per zorgaanbieder;

- die invulling geven aan de regio specifieke opgave voor de zorgplicht en goede, doelmatige zorg;
- voor het volgende jaar (en zo mogelijk de jaren daarna).

Het verantwoord differentiëren in de prijsafspraken, mede op basis van de integrale vergelijking, zal kunnen bijdragen aan de naleving van de zorgplicht van het zorgkantoor. Het zorgkantoor kan financiële ruimte creëren binnen het regiobudget, voor het bedienen van méér cliënten. In de wet- en regelgeving aangaande het contracteren is de ruimte voor differentiëren er.



In het toezicht kijken wij, naast de inspanningen van het zorgkantoor, ook naar de resultaten: hebben de zorgkantoren, binnen hun mogelijkheden, een positieve impact gehad op de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg? Als de resultaten van de zorgkantoren achterblijven en zij zich onvoldoende inspannen om prijs-volume-kwaliteit van zorg in een optimale balans te realiseren, kan de NZa aan de zorgkantoren opleggen dat zij verbeterplannen opstellen en uitvoeren. De uitvoering wordt dan door de NZa gemonitord. Hierover wordt gerapporteerd in openbare rapportages.

### Relatie met macrobudget

Bij een dreigende overschrijding van het macrobudget is het maken van dat onderscheid tussen enerzijds voldoende/onvoldoende inspanning door het zorgkantoor en anderzijds de op te vangen/niet op te vangen volumestijging een uitdaging voor alle betrokken partijen. Hier kunnen toezichtordelen een rol spelen: als het zorgkantoor zich onvoldoende heeft ingespannen om toegang te realiseren tot goede, doelmatige zorg, kan een verbetermaatregel worden opgelegd. Als het zorgkantoor, gegeven de omstandigheden en beschikbare informatie, voldoende stuurt op doelmatigheid en een budgetoverschrijding is veroorzaakt door een niet-beïnvloedbare factor, zoals een volumestijging die niet is op te vangen door het zorgkantoor, dan is het Ministerie van VWS/de politiek aan zet.

## 6.8 Kapitaallasten

In paragraaf 3.3 is toegelicht dat in de nulmeting de modelkeuze is gemaakt om de kosten van het vastgoed en inventaris buiten beschouwing te laten in de integrale vergelijking. In deze paragraaf gaan we in op de vraag of de kapitaallasten in het vervolg, wanneer de integrale vergelijking als grondslag voor de tarieven gaat fungeren, wel of niet meegenomen moeten worden in de integrale vergelijking.

Het Ministerie van VWS stelt in haar toetsingscriteria dat de kapitaallasten meegenomen moeten worden

in het model van de integrale vergelijking omdat deze ook volledig in de tarieven zijn opgenomen en onder de contracteerruimte vallen.

### Kapitaallasten in de huidige systematiek

Sinds 2018 is in de Wlz sprake van een integraal tarief, dat wil zeggen een tarief waarin zowel de personele en materiële kosten als de kosten van huisvesting en inventaris ('kapitaallasten') zijn opgenomen. De vergoedingen voor huisvesting en inventaris zijn verwerkt in de normatieve huisvestingscomponent (nhc) en normatieve inventariscomponent (nic), als onderdeel van de totale tariefonderbouwing. Met het integrale tarief kunnen zorgaanbieders substitueren tussen de verschillende categorieën inkomsten, respectievelijk hun kosten.

Uit het zorginkoopkader 2021-2023 van ZN blijkt dat voor 2021 de nhc/nic stabiel blijft en hier niet over wordt onderhandeld. De afgesproken prijs wordt, voor het deel dat betrekking heeft op de kapitaallasten, daarmee vastgesteld op 100% van de nhc/nic. ZN heeft aangegeven dat er vanaf 2022 mogelijk differentiatie zal worden toegepast op de nhc/nic. In het zorginkoopkader is ook opgenomen dat vanaf het inkoopjaar 2022 'duurzaamheid' één van de vier kernelementen is waarvoor een opslag op het basistarief afgesproken kan worden. Zorgkantoren stimuleren bovendien zorgaanbieders te werken aan een vastgoedbeleid voor een langere termijn en hiermee te anticiperen op veranderingen in klantvragen.

### Nhc en nic systematiek

De nhc en nic zijn afgeleid van normatieve investeringen in gebouwen en inventaris. Uitgangspunt voor de norm was de vervangingswaarde van het vastgoed en de inventarissen. De vergoeding maakt geen onderscheid tussen eigendom en huur. Voor de vergoeding van deze investeringen is een model ontwikkeld dat uitgaat van een afschrijvingstermijn van 30 jaar voor gebouwen en 10 jaar voor inventarissen. Door de lange terugverdientijd van de investeringen is gekozen voor een stabiele

(constante) vergoeding, die jaarlijks alleen toeneemt met een vaste index van 2,5%. Hierdoor wordt voor de zorgaanbieder binnen het model het risico voor het terugverdienen van de investering beperkt tot de omvang en samenstelling van de te leveren productie. De zorgaanbieder loopt ook een risico over de hoogte van de investeringen in relatie tot de vergoeding. De vergoeding is daarmee losgemaakt van de werkelijke kosten en van het moment van investeren van de zorgaanbieder.

### Gevolgen van het meenemen van de kapitaallasten in de integrale vergelijking

De integrale vergelijking is – zoals de naam al aangeeft – in beginsel geschikt om naar het totaal van de kosten van een zorgaanbieder te kijken.

Het meenemen van de kapitaallasten in de integrale vergelijking heeft gevolgen. De integrale vergelijking kijkt naar doelmatigheid in relatie tot kwaliteit. Als ook de kapitaallasten worden meegenomen in de integrale vergelijking, wordt ook het niveau daarvan als maat voor doelmatigheid meegenomen. Er is echter geen ‘kwaliteitskader bouw’<sup>46</sup>. (Hierbij speelt in wezen hetzelfde probleem als bij de kwaliteit van zorg: om de werkelijke kosten van de kwaliteit van zorg te benaderen gebruiken we (een bijstelling voor) de personele inzet; om de werkelijke kosten voor de kwaliteit van de gebouwen te benaderen zouden we iets soortgelijks moeten opnemen.)

Als de kapitaallasten in de integrale vergelijking buiten beschouwing worden gelaten, wordt in feite alleen naar de doelmatigheid van personele en materiële kosten van de productie gekeken.

De integrale vergelijking gaat uit van gerealiseerde kosten in een bepaald jaar. Dat is dus een volledig andere

methodiek dan die van de nhc. Door de kapitaallasten mee te nemen in de integrale vergelijking en te kijken naar gerealiseerde kosten kan een eventuele marge uit de nhc inkomsten als ondoelmatig worden aangemerkt als bij de peers<sup>47</sup> de kapitaallasten lager zijn. Dit beperkt de (met de nhc/nic beoogde) mogelijkheid om te reserveren uit de nhc/nic-omzet of om kosten over een langere termijn daaruit te dekken. Het is dus naast de invoering van de integrale vergelijking zelf een extra systeemwijziging.

### Oplossingen

We zien een aantal mogelijke oplossingen:

(a) Kapitaallasten buiten de integrale vergelijking houden. Hierbij blijft de nhc/nic systematiek naast de tarieven op basis van de integrale vergelijking bestaan. In een later stadium kunnen we alsnog onderzoeken of de overstap naar een volledig integrale vergelijking kan worden gemaakt.

(b) Kapitaallasten meenemen in de integrale vergelijking. Hiervoor zijn extra data benodigd:

- Meer data dan alleen kosten verzamelen om vastgoed te vergelijken, eventueel ook op het niveau van locaties van zorgaanbieders.
- Er is daarbij standaardisatie nodig (voor de data uitvraag) van bijvoorbeeld afschrijvingskosten en boekwaardes.

Optie (b) heeft als belangrijkste nadeel dat er meer data moeten worden uitgevraagd. De administratieve lasten nemen sterk toe ten opzichte van de data uitvraag zoals die bij de nulmeting is toegepast.

Optie (b) heeft als voordeel dat we meer inzicht krijgen in de individuele situaties. Het belangrijkste nadeel daarbij is dat er geen uniforme standaard is om zorgaanbieders op het gebied van vastgoed te vergelijken.

46. De nhc is indertijd wel opgesteld vanuit de functionele bouweisen die destijds door TNO/bouwcollege waren opgesteld. Sinds het afschaffen van het bouwregime in de Wtzi en het bouwcollege houdt de IGJ toezicht op de kwaliteit van bouwkundige voorzieningen. Zie ook bijlage ‘Aanvulling op advies bekostiging verpleeghuizen’ bij brief NZa aan VWS d.d. 10 juli 2019 met kenmerk 334753/0516611’

47. Zie toelichting in begrippenlijst in bijlage 2

Deze optie vergt ook nadere voorschriften voor het standaardiseren (voor de data uitvraag) van bijvoorbeeld afschrijvingskosten en boekwaardes. Die zijn sinds 2012 losgelaten. Zorgaanbieders moeten dan voor de data aanlevering de werkelijke kosten omrekenen volgens de voorschriften.

Op korte termijn zien we optie (a) als de enige haalbare mogelijkheid om te realiseren. Die laat de bestaande systematiek van nhc/nic vergoeding in stand zodat op dat punt ook de onzekerheid voor zorgaanbieders wordt gereduceerd. Het nadeel van deze optie is dat daarmee substitutie in feite niet wordt meegenomen in de integrale vergelijking.

### Substitutie

Optie (a) laat de mogelijkheid van substitutie in stand. Substitutie vindt plaats vanuit de inkomsten: een zorgaanbieder kan besluiten om bijvoorbeeld investeringen uit te stellen en de niet benutte ruimte uit de nhc te gebruiken voor de vergoeding van personeelskosten. Het omgekeerde is ook mogelijk.

Een zorgaanbieder met relatief hoge personeelskosten kan in de integrale vergelijking als ondoelmatig worden aangemerkt ten opzichte van andere zorgaanbieders en in de inkomsten voor de zorg niet al deze kosten gedekt krijgen. De meerkosten worden in dat geval gedekt uit de nhc-vergoeding waardoor de zorgaanbieder voor het zorgkantoor 'even duur' is als een zorgaanbieder waar het omgekeerde aan de hand is).

De integrale vergelijking gaat in optie (a) echter onderscheid maken tussen die zorgaanbieders omdat die alleen naar de personele en materiële kosten kijkt.

Om deze reden vinden we dat we op langere termijn de kapitaallasten wel zouden moeten meenemen in de integrale vergelijking.

## 6.9 Investeringsbudget

VWS heeft in toetsingscriterium 1.1 het volgende aangegeven: "De rollen en verantwoordelijkheden van betrokken partijen (NZa, zorgkantoren, Zorginstituut) blijven ongewijzigd. Dit betekent dat er voor zorgkantoren substantiële ruimte moet blijven om binnen het budgettaire kader op basis van maatwerk tariefafspraken te maken met zorgaanbieders. Het is niet aanvaardbaar als deze ruimte door de werking van de IV marginaal wordt. De NZa zal concreet in beeld brengen hoe dit structureel kan worden geborgd door de verschillende systeempartijen, waarbij rekening gehouden wordt met het budgettaire kader en de wijze waarop de NZa toezicht gaat houden. Bij de vormgeving van de substantiële ruimte kan worden onderzocht welke rol een lumpsum en/of een regionaal investeringsbudget voor zorgkantoren hierbij kan spelen. De NZa geeft, na overleg en afstemming met de zorgkantoren, een concrete uitwerking aan het begrip 'substantiële ruimte'."

Op dit moment kunnen we op basis van de nulmeting nog onvoldoende inschatten hoe groot de ruimte in het tarief tussen het minimumtarief en het maximumtarief zal zijn, en of dit voldoende substantieel is om de inkooprol van zorgkantoren ongewijzigd voort te zetten. Het Ministerie van VWS heeft zelf niet nader gedefinieerd wat 'substantieel' is.

Hieronder geven we daarom een eerste theoretische verkenning van een lumpsumbekostiging voor een 'investeringsbudget' naast de zzp- en vpt-tarieven op basis van de integrale vergelijking verpleeghuiszorg, binnen het huidige stelsel.

### Theoretische verkenning

De integrale vergelijking verpleeghuiszorg levert een bandbreedte tussen het minimum- en het maximumtarief voor een individuele zorgaanbieder, die zich begeeft tussen de minimale kosten om kwaliteit volgens de normen van het kwaliteitskader te bieden, en een maximum dat (net als de huidige tarieven) gebaseerd

is op de totale kosten in de sector. Er wordt daarbij uitgegaan van integrale tarieven per zorgprestatie, die in principe redelijkerwijs kostendekkend moeten zijn voor alle soorten kosten die worden meegenomen in de kostenmeting waarop de integrale vergelijking wordt uitgevoerd (uitgezonderd de nhc/nic). Door middel van de integrale vergelijking verpleeghuiszorg worden de tarieven op maat per zorgaanbieder berekend.

Net als in de huidige situatie verhoudt een investeringsbudget door middel van een lumpsumbekostiging, zich slecht tot een bekostigingsmodel met gereguleerde integrale tarieven per zorgprestatie. Immers, de tarieven van de zorgprestaties zijn in principe bedoeld om alle kosten die een zorgaanbieder (voor de desbetreffende prestatie) maakt te kunnen dekken.

Een investeringsbudget in de vorm van een lumpsumbekostiging zou daarom alleen ingezet moeten worden voor aanvullende kosten, die niet meelopen in de kostenmeting. Daarvoor is niet alleen een duidelijke afbakening van deze kosten nodig, maar moet ook berekend kunnen worden waarom het nodig is deze kosten buiten de zorgprestaties om te vergoeden. Het is belangrijk om duidelijk te krijgen waarvoor het investeringsbudget precies bedoeld is, en waarom de bekostiging op basis van zorgprestaties niet volstaat.

In het verlengde daarvan ligt dat een lumpsumvergoeding naast de gereguleerde tarieven van zorgprestaties ertoe kan leiden dat materieel een vergoeding wordt toegekend die boven het maximumtarief uitkomt. Dan kan worden gezegd dat er materieel bezien strijd is met de wet. Om zo'n strijdige overschrijding te voorkomen moet een inzet van investeringsbudget dus juridisch en feitelijk heel scherp worden afgebakend ten opzichte van de andere prestaties.

Daarnaast ligt het voor de hand een lumpsumbekostiging in de Wlz vorm te geven door middel van een vrij onderhandelbaar bedrag (binnen de grenzen van een macrokader), dat resulteert in een vast tarief op aanvraag van zorgkantoor en zorgaanbieder gezamenlijk<sup>48</sup>.

Een vrij onderhandelbaar bedrag hoeft geen relatie te hebben met de onderliggende kosten. Niet is uit te sluiten dat de opbrengsten uit het investeringsbudget ingezet worden om andere kosten, zoals de kosten voor de levering van zorg, gedekt worden.

Naarmate de bekostiging meer rekening gaat houden met doelmatigheid, zoals bij de integrale vergelijking verpleeghuiszorg, wordt het nog ingewikkelder dan in de huidige situatie om gereguleerde tarieven per zorgprestatie en een vrij overeen te komen investeringsbudget (binnen de grenzen van een macrokader) te combineren. De berekening van het omslagpunt, waarbij verdere doelmatigheidsverbetering zou leiden tot kwaliteit onder het vereiste niveau, wordt verstoord door de kruissubsidie vanuit het investeringsbudget.

Los van deze principiële redenen om de integrale vergelijking verpleeghuiszorg niet te combineren met een investeringsbudget in de vorm van een lumpsum, zien wij ook andere praktische nadelen aan een lumpsumbekostiging. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om de vraag hoe de rechtmatigheid van de uitgaven beoordeeld kan worden<sup>49</sup>. En daaraan gekoppeld: wat de gevolgen zijn voor de administratieve lasten voor zowel zorgaanbieders als zorgkantoren.

Tot slot merken we op dat een investeringsbudget dat bedoeld is om aanvullende kosten te dekken, die geen onderdeel uitmaken van de kostenonderbouwing van de tarieven van de zorgprestaties (of geacht worden

48. Een model naar analogie van het kwaliteitsbudget verpleeghuiszorg ligt daarbij het meest voor de hand. Daarbij wordt de lumpsum toegevoegd aan de aanvaardbare kosten en vindt verrekening plaats via het sluittarief (dat de tariefsoort 'vast tarief' heeft).

49. Het valt niet uit te sluiten dat het rechtmatigheidsvraagstuk complexer zal zijn dan bij het kwaliteitsbudget verpleeghuiszorg. Daarbij speelt ook een rol dat waar het bestaan van het kwaliteitsbudget in principe een tijdelijke situatie was, het bij het investeringsbudget gaat om een permanente situatie. Het rechtmatigheidsvraagstuk kan echter pas beoordeeld worden als de afbakening van het investeringsbudget gemaakt is.

dat te zijn), ook zal leiden tot macromeerkosten. De kosten voor het investeringsbudget kunnen niet uit de bestaande contracteeruimte vergoed worden, tenzij het Ministerie van VWS besluit de groeimiddelen hier (deels) voor in te zetten.

## Conclusie

Binnen het huidige stelsel verhoudt een investeringsbudget in de vorm van een lumpsumvergoeding zich niet goed tot een bekostigingsmodel op basis van zorgprestaties met integrale tarieven. Dat geldt voor de huidige situatie met landelijk uniforme maximumtarieven, en voor de situatie met gedifferentieerde tarieven op basis van de integrale vergelijking verpleeghuiszorg. In het laatste geval worden bovendien de doelmatigheidsdoelstellingen van de integrale vergelijking verpleeghuiszorg doorkruist. Het bovenstaande neemt niet weg dat een verdere verkenning van de verruiming van de rol (taken, bevoegdheden) van zorgkantoren nuttig kan zijn.

### 6.10 Zorg in de thuissituatie

De komst van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en het beschikbaar stellen van financiële middelen voor de verpleeghuiszorg heeft ook effect op de verpleeghuiszorg in de thuissituatie. Het Ministerie van VWS heeft bovendien naast de beleidsdoelstelling om de kwaliteit van verpleeghuiszorg te verbeteren ook de beleidsdoelstelling om het langer thuis wonen te stimuleren. Beide beleidsdoelstellingen vragen om een goede afbakening tussen 'thuis' en 'in het verpleeghuis'.

Daarvoor zijn onder andere heldere keuzes van het Ministerie van VWS nodig ten aanzien van de positionering van het (ongeclusterd en geclusterd) vpt. Ook zal nader onderzocht moeten worden welke prikkelwerking ontstaat als gevolg van de schotten in de bekostiging voor de zorg thuis en de zorg in het verpleeghuis. Hieronder lichten we dit toe, voor de situatie dat de scheidslijn tussen 'thuis' en 'in het verpleeghuis' in re-

latie tot het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg wordt gezien. Er zijn echter ook andere invalshoeken denkbaar, die tot een ander onderscheid zouden kunnen leiden.

### Positionering (ongeclusterd en geclusterd) vpt

Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg zondert de ongeclusterde zorg uit, maar geeft daarvoor geen duidelijke definitie of afbakening. Bovendien sluit dit onderscheid niet aan bij de leveringsvormen in de Wlz, en de individuele keuze van de cliënt voor een leveringsvorm. Strikt genomen bestaat deze individuele keuze uit de keuze voor een leveringsvorm met of zonder verblijf (en niet een keuze voor geclusterde of ongeclusterde zorg). Er bestaat geen aanspraak op clustering in de levering van zorg. Dat zou immers een afhankelijkheid inhouden van keuzes van andere cliënten.

In de praktijk wordt alle zorg met verblijf (zzp) geclusterd geleverd, maar voor het vpt ligt dat anders. Het merendeel wordt geclusterd geleverd, maar ook een deel wordt ongeclusterd ('in de wijk') geleverd<sup>50</sup>. Dit roept de vraag op hoe met het vpt moet worden omgegaan bij de integrale vergelijking.

De NZa kan het gegeven dat de afbakening van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en de leveringsvorm vpt niet goed op elkaar aansluiten niet oplossen via de bekostiging of declaratiebepalingen: het gaat immers om dezelfde zorg (leveringsvorm vpt), en daar hoort dan in principe ook dezelfde prestatie en hetzelfde tarief bij.

De NZa adviseert het Ministerie van VWS om te verkenen of de reikwijdte van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en de leveringsvormen in de Wlz beter op elkaar aangesloten kunnen worden. Hiervoor kunnen de volgende wegen (op hoofdlijnen) onderzocht worden:

- Een uitbreiding van de reikwijdte van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, zodat alle vpt hieronder valt;

50. VWS gaat in de 'Rapportage uitkomsten verkenning hoe we rekening kunnen houden met toenemende variatie in wonen en zorg' (27 februari 2018) uit van 85% geclusterd vpt. Het is echter onbekend welke definitie VWS hierbij hanteert.

- Een beperking van de reikwijdte van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, zodat alle vpt hierbuiten blijft;
- Aparte leveringsvormen voor geclusterd en ongeclusterd vpt in de Wlz opnemen.

Alle opties zullen consequenties hebben en om nieuwe afwegingen vragen.

We merken op dat alleen de laatste optie, aparte leveringsvormen voor geclusterd en ongeclusterd vpt, daadwerkelijk kan bijdragen aan zowel de beleidsdoelstellingen om langer thuis wonen te stimuleren, als de doelstelling om de kwaliteit van verpleeghuiszorg te verbeteren. In deze variant wordt een duidelijk onderscheid gemaakt tussen ‘thuis’ en ‘in het verpleeghuis’. Alleen in die variant is er sprake van verschillende zorg, waarvoor verschillende tarieven kunnen worden vastgesteld. Daarbij kan dan ook rekening worden gehouden met verschil in kostenstructuur tussen de geclusterde en ongeclusterde setting, zodat het tarief kan aansluiten op de kosten die gepaard gaan met de geleverde zorg.

Dit zou overigens ook gelden zonder de komst van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Maar met het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en de kwaliteitsmiddelen die hiervoor beschikbaar zijn gesteld, wordt de noodzaak om duidelijke keuzes te maken ten aanzien van het onderscheid in geclusterde en ongeclusterde setting verder vergroot.

Overigens zal de splitsing van de leveringsvorm ook het aanbrengen van nieuwe schotten inhouden, en daarmee ook nieuwe knelpunten kunnen veroorzaken. Dit dient verder verkend te worden. Ook zouden de leveringsvormen voor de V&V anders gedefinieerd worden dan voor de andere sectoren. De vraag is of dat wenselijk is.

Keuzes ten aanzien van de positionering van het vpt raken ook aan stelselbesprekingen rondom het scheiden van wonen en zorg.

### Korte termijn

De NZa ziet voor de korte termijn geen andere mogelijkheid dan géén onderscheid te maken in geclusterd en ongeclusterd vpt in de NZa-tarieven en beleidsregels. Zolang de aansluiting tussen het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en de leveringsvormen in de Wlz niet goed is aangebracht, zal de NZa de kwaliteitsmiddelen in de vpt tarieven voor vv 4 t/m 10 verwerken, zonder daarbij een uitzondering te maken voor ongeclusterd vpt. Dit heeft een risico op het weglekken van een deel van de kwaliteitsmiddelen naar de thuissituatie.

Deze keuze is echter in lijn met alle verzoeken die het Ministerie van VWS de afgelopen jaren aan de NZa heeft gedaan ten aanzien van de kwaliteitsmiddelen en kwaliteitsbudgetten. Reeds vanaf de verwerking van de eerste tranche van € 435 miljoen in de tarieven in 2018 is het Ministerie van VWS daarbij uitgegaan van de reikwijdte van alle zzp en vpt vv 4 t/m 10.

Wanneer de tarieven op basis van de integrale vergelijking worden vastgesteld, betekent dit dat alle zorgaanbieders die vpt leveren, ongeacht of dit in geclusterde of ongeclusterde setting plaatsvindt, meegenomen moeten worden in de integrale vergelijking. Daaronder vallen dus ook zorgaanbieders die vpt uitsluitend in ongeclusterde vorm aanbieden, en nu niet tot de verpleeghuiszorg worden gerekend.

Daarbij bestaat dan ook het risico dat ongeclusterd vpt als ‘ondoelmatig’ uit de vergelijking komt, als gevolg van de (veronderstelde) afwijkende kostenstructuur<sup>51</sup>. Dit is overigens niet wezenlijk anders dan in de huidige situatie, waarbij de landelijk uniforme tarieven voor de

51. Of er daadwerkelijk verschil bestaat in kostenstructuur kan pas onderzocht worden als er een duidelijke afbakening tussen geclusterd en ongeclusterd vpt is gemaakt.



vpt-prestaties ook op de gemiddelde kosten van alle vpt-zorg gebaseerd zijn, en deze gemiddelde kosten voor een belangrijk deel gedomineerd worden door het geclusterde vpt. Veldpartijen geven aan dat het ongeclusterd vpt moeilijk van de grond komt; dit vormt dus een belemmering om de doelstellingen ten aanzien van het stimuleren van het langer thuis wonen te bereiken, en om de druk op de verpleeghuiscapaciteit te verminderen.

### Schotten tussen de zorg ‘thuis’ en ‘in het verpleeghuis’

De afbakening tussen ‘thuis’ en ‘in het verpleeghuis’ kan, afhankelijk van de keuzes die we hiervoor hebben beschreven, verschillen. Daarbij zijn de volgende mogelijkheden denkbaar voor de afbakening van de thuissituatie in termen van leveringsvormen (en daarvan afgeleid de zorgprestaties):

- a) uitsluitend mpt
- b) alle vpt en mpt
- c) ongeclusterd vpt en mpt

Dit zal dan leiden tot verschil in bekostiging en marktordening tussen de zorg thuis en de zorg in het verpleeghuis:

- De zorg thuis en in het verpleeghuis krijgen een andere tariefsoort (en worden mogelijk in gescheiden macrokaders ondergebracht). Dit kan leiden tot verschil in
  - kortingssystematiek bij overschrijding van het macrokader;
  - verschil in type inkoopafspraken tussen zorgaanbieder en zorgkantoor en verschil in flexibiliteit bij de inkoop (p\*q-afspraken versus omzetafspraken), met als mogelijk gevolg
  - verschil in keuzes ten aanzien van het risico dat overproductie niet wordt vergoed (en wachtlijsten oplopen).

- De verhoudingen tussen de tariefhoogte voor zorg thuis en de tariefhoogte voor zorg in het verpleeghuis gaan wijzigen. Bovendien zal dit verschil lokaal anders uitpakken, omdat de aanbieders van verpleeghuiszorg een op maat berekend tarief krijgen op basis van de integrale vergelijking verpleeghuiszorg. Dit beïnvloedt de lokale concurrentiedruk, ook op de aanbieders van zorg thuis.

### Conclusie

Het is wenselijk dat het Ministerie van VWS keuzes maakt met betrekking tot de positionering van de vpt. Ook is nader onderzoek naar de effecten van de verschillen in bekostiging en marktordening nodig. Hierbij moet ook worden onderzocht hoe ongewenste prikkelwerking kan worden tegengegaan. Ook treden wij graag in overleg met het Ministerie van VWS om te bezien in hoeverre wetswijziging nodig is.

7.

# Bijlagen



## Bijlage 1: Toelichting op eerder traject integrale vergelijking verpleeghuiszorg

In maart 2019 adviseerde de NZa<sup>52</sup> een passende bekostiging die het voor alle zorgaanbieders mogelijk maakt om aan het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg te kunnen voldoen, rekening houdt met verschillen tussen zorgaanbieders van verpleeghuiszorg, en gebaseerd is op een efficiënte bedrijfsvoering. De NZa heeft in haar brief aan het Ministerie van VWS (september 2019)<sup>53</sup> de voorkeur beschreven voor een methode waarbij de NZa de tarieven per zorgaanbieder reguleert op basis van de uitkomst van de integrale vergelijking verpleeghuiszorg en zorgkantoren op basis daarvan onderhandelen met zorgaanbieders. Het inzetten van een systematische vergelijking tussen zorgaanbieders ten behoeve van het lerend vermogen was één van de actiepunten uit het #samenvoorwaardevollezorg rapport<sup>54</sup> over de contouren van de toekomstige bekostiging, zoals opgesteld in samenwerking met ongeveer 40 professionals en bestuurders uit de verpleeghuissector. Dit vormde een onderdeel van het eerst genoemde advies van de NZa.

Als reactie op het advies van de NZa heeft de minister van VWS aan de NZa opdracht gegeven om de integrale vergelijking verpleeghuiszorg te ontwikkelen waarbij het Ministerie van VWS een aantal toetsingscriteria heeft meegegeven.<sup>55</sup> In het afgelopen jaar heeft de NZa hieraan gewerkt, samen met vele partijen en vertegenwoordigers vanuit de verpleeghuissector. Belangrijk onderdeel hiervan was de nulmeting waarbij er ervaring is opgedaan met de methodiek van de integrale vergelijking verpleeghuiszorg. De nulmeting betreft een data-uitvraag bij verpleeghuiszorgaanbieders, gevolgd door data-analyse en het individueel terugkoppelen van resultaten naar zorgaanbieders van verpleeghuiszorg. Daarnaast is er – onder meer in samenwerking met diverse werkgroepen – in het afgelopen jaar hard gewerkt aan een aantal beleidsvraagstukken rondom de integrale vergelijking verpleeghuiszorg.

Oorspronkelijk zou de NZa de eerste resultaten van de nulmeting in april en mei 2020 duiden met het veld, gevolgd door een advies aan de Minister van VWS. Door de uitbraak van het coronavirus is het traject uitgesteld<sup>56</sup>. In september 2020 zijn er diverse digitale bijeenkomsten met zorgaanbieders geweest om de eerste ervaringen te delen en de resultaten te duiden.

52. [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_271194\\_22/1/,kenmerk 324325/499460](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_271194_22/1/,kenmerk 324325/499460)

53. Brief NZa aan VWS d.d. 10 september 2019, kenmerk 1601410-197559-LZ

54. Zie bijlage A van [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_271194\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_271194_22/1/)

55. Brief VWS aan NZa d.d. 14 november 2019, kenmerk 0344869/531186

56. Brief NZa aan VWS d.d. 1 mei 2020, kenmerk 369241/589399

## Bijlage 2: Begrippenlijst

Hieronder volgt een overzicht van begrippen die veel voorkomen in deze rapportage.

Begrip	Beschrijving
Nulmeting	Het proces dat is doorlopen in 2019 en 2020 waarbij de NZa een data-uitvraag heeft gedaan onder verpleeghuizen, data checks heeft gedaan, twee individuele terugkoppelingen heeft verstuurd naar zorgaanbieders en samen met zorgaanbieders de uitkomsten en het proces heeft besproken.
Eenmeting	Het proces dat mogelijk doorlopen wordt voor een vervolgmeting, volgend op de nulmeting
Minimumkostenniveau	Dit is een belangrijke uitkomst van de integrale vergelijking. Dit kostenniveau is per zorgaanbieder bepaald en moet voldoende zijn om goede zorg te kunnen leveren. Voor een zorgaanbieder met efficiency score=1 (efficiënte zorgaanbieder) is dit niveau gelijk aan zijn eigen kosten. Voor zorgaanbieders met efficiency score <1 wordt dit niveau bepaald op basis van andere zorgaanbieders; en in dat geval is dit niveau kleiner dan de eigen kosten.
Efficiëncyscore	Een waarde tussen 0 en 1 die een zorgaanbieder krijgt op basis van de integrale vergelijking. Een waarde 1 betekent dat deze zorgaanbieder, in vergelijking met andere zorgaanbieders, minimale kosten maakt voor een gegeven productie.
Referentieset	De referentieset omvat de zorgaanbieders waarvan de gegevens over productie en kosten van voldoende kwaliteit zijn zodat ze potentieel als peer aangemerkt konden worden. De tweede voorwaarde voor de referentieset is kosten maken die representatief zijn om kwaliteit volgens het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg te kunnen leveren. Door het gebruik van de 'bijschatting' (zie modelkeuzes) voldeden alle zorgaanbieders aan deze tweede voorwaarde.

Begrip	Beschrijving
Peergroup / peers =	Dit zijn efficiënte zorgaanbieders uit de referentieset. Bij elke zorgaanbieder met een efficiency score $< 1$ worden de kosten bepaald op basis van één of meerdere efficiënte zorgaanbieders. Dit is de peergroup van de zorgaanbieder. Deze zorgaanbieders zouden de productie van de zorgaanbieder in kwestie met minimale kosten kunnen produceren.
Frontier	De frontier geeft aan voor welke minimale kosten de zorgprestaties in de praktijk geleverd worden. Met minder kosten is het onwaarschijnlijk dat dezelfde productie gerealiseerd kan worden. Deze frontier wordt daarom gebruikt als referentie voor de berekening van de minimale kosten voor de specifieke situatie van elke zorgaanbieder.
Tarief	Het (maximum-, minimum-, bandbreedte-) tarief wordt vastgesteld door de NZa. Het tarief begrenst de onderhandelingsruimte waarin de zorgaanbieder samen met het zorgkantoor een prijs kunnen bepalen.
Prijs	Prijzen worden bepaald in onderhandeling tussen de zorgaanbieder en het zorgkantoor. Dit is wat uiteindelijk voor productie van de zorgaanbieder wordt betaald.
Vergoeding	Het bedrag dat een zorgaanbieder ontvangt.
Kostprijs	De combinatie van kosten die een zorgaanbieder maakt voor bepaalde productie.
DEA-analyse	DEA staat voor data-envelopment analyse. Dit is een gerenommeerde methode om efficiency te bepalen. Het model maakt gebruik van gegevens over inputs en outputs (dat wil zeggen: kosten en productie volumes) en construeert de frontier op basis van deze gegevens.

Begrip	Beschrijving
Basismodel	Het basismodel van de integrale vergelijking kijkt alleen naar de kosten die een zorgaanbieder maakt om een bepaalde combinatie van productie te leveren. In dit basismodel wordt nog geen rekening gehouden met exogene factoren zoals de wijk waarin de zorg wordt geleverd.
Modelkeuzes	Keuzes die gemaakt zijn binnen het model van de integrale vergelijking.



### Bijlage 3: Toelichting bij opzet en uitwerking van werkwijze

In het plan van aanpak<sup>56</sup> is in tabel 1 weergegeven welke adviserende groepen beoogd waren, inclusief de respectievelijke vraagstukken en de frequentie van de bijeenkomsten. In onderstaande tabel is opgenomen hoe dit uiteindelijk in de nulmeting vorm heeft gekregen.

Groep	Toelichting
Sponsorgroep	Deze groep bestaat uit vijf leden (vier externe experts en directiehoofd van de NZa): Caro Verlaan, Karin Leferink, Carin Gaemers, Jan Hamers en Josefen Kursten. De groep begeleidt het hele proces en adviseert ons op alle belangrijke stappen in dit project. Zij hebben gedurende de nulmeting geadviseerd over zowel inhoud als planning, zeker ook in relatie tot de Covid-19 uitbraak. Ook hebben zij de link gelegd met de brede ontwikkelingen in de ouderenzorg.
Nulandgroep #samenvoorwaardevolle zorg beweging	Deze beweging, geïnitieerd door de sponsorgroep, bestaat uit bestuurders en andere professionals uit het veld. De door de beweging geformuleerde vraagstukken t.a.v. de integrale vergelijking, zijn opgepakt in de werkgroepen (zie hieronder). De werkgroepen hebben op 4 december 2019 in Tiel hun tussentijdse resultaten gepresenteerd en besproken met de beweging.
Werkgroep data en model	De werkgroep data en model is gestart met ongeveer 15 financials van (verpleeghuis)zorgaanbieders. Gedurende de nulmeting is de groep gegroeid naar ongeveer 20 deelnemers. Zij kwamen zeswekelijks bijeen. De werkgroep heeft inhoudelijke input en feedback geleverd. Dit o.a. over het opstellen van de data-uitvraag en het maken van de modelkeuzes. Dit zoals weergegeven in hoofdstuk 3.
Werkgroep kwaliteit	De werkgroep kwaliteit bestond uit zorgaanbieders, cliëntenvertegenwoordiging, zorgkantoren en wetenschappers. Zij kwamen zeswekelijks bijeen. Deze werkgroep heeft geadviseerd over de koppeling tussen de bekostiging en kwaliteit van zorg. Vanuit de werkgroep is ook contact gezocht met IGJ, Zinl en de stuurgroep kwaliteit. De input van de werkgroep is verwerkt in hoofdstuk 4.

<sup>56</sup> zie bijlage bij Brief NZa aan VWS d.d. 10 september 2019, kenmerk 1601410-197559-LZ

Groep	Toelichting
Werkgroep regulering	Er is gekozen om een werkgroep inkoop en regulering op te starten. De deelnemers waren werkzaam bij zorgaanbieders, zorgkantoren en koepelorganisaties. Deze werkgroep is in het najaar van 2019 een aantal maal samengekomen, waarin met name gesproken is over de tariefsoort (zie hoofdstuk 6).
Werkgroep inkoop	Er is gekozen om een werkgroep inkoop en regulering op te starten. De deelnemers waren werkzaam bij zorgaanbieders, zorgkantoren en koepelorganisaties. Deze werkgroep is in het najaar van 2019 een aantal maal samengekomen, waarin met name gesproken is over de tariefsoort (zie hoofdstuk 4).
Werkgroep transparantie	De werkgroep transparantie werd gevormd door deelnemers vanuit de zorgaanbieders. Er is nagedacht over een groeipad naar transparantie van de gegevens uit de nulmeting ten behoeve van het leren en verbeteren van de sector. Vanuit de werkgroep is contact gelegd met de ACM. De input van de werkgroep is verwerkt in hoofdstuk 5.
Werkgroep communicatie	Er is gekozen om deze groep in te zetten als een klankbordgroep. Deelnemers waren werkzaam bij zorgaanbieders. Zij hebben in de periode tot maart 2020 onder andere gereflecteerd op brieven naar zorgaanbieders en nieuwsberichten ten aanzien van de integrale vergelijking.
Werkgroep evaluatie	Deze werkgroep is niet opgestart. Wel heeft er met alle bovengenoemde werkgroepen een evaluatie plaatsgevonden in oktober 2020. Daarnaast is in de duidingsperiode (september 2020) met zorgaanbieders tijdens de ronde tafel gesprekken uitgebreid gesproken over het doorlopen proces en aanbevelingen voor het vervolg. Deze input uit de ronde tafels is verwerkt in hoofdstuk 3.
Werkgroep doorontwikkeling	Deze werkgroep is niet opgestart. Onze focus lag tot op heden bij het afronden van de nulmeting. Ten aanzien van de doorontwikkeling is wel input opgehaald in de duidingsperiode met zorgaanbieders. Wanneer er op basis van dit advies wordt besloten tot een vervolgtraject, zullen we ons opnieuw beraden over een juiste invulling van samenwerking met adviserende groepen.

## Bijlage 4: De duidingsperiode met zorgaanbieders

De duidingsperiode met zorgaanbieders heeft in september 2020 plaatsgevonden en bestond uit een technische en een beleidsmatige livestream, gevolgd door negentien ronde tafel gesprekken over verschillende onderwerpen.

De twee livestreams die op 1 september 2020 plaatsvonden, kunt u [hier](#) terugkijken. De notulen van de ronde tafel gesprekken zijn in deze bijlage opgenomen, gesorteerd per onderwerp.

### Bepaling van kwaliteit volgens het kwaliteitskader

Sessie 8 september 11:00 uur – 12:30 uur , groep 1

#### Vraag 1: Hoe kijkt u aan tegen de koppeling van kwaliteit met bekostiging?

- Relatie is er onlosmakelijk en daarom goed om expliciet te leggen, maar het mag niet doorslaan in korten bij lagere kwaliteit en een race to the bottom worden.
- Kwaliteit is complex en meer dan alleen financieel. Denk aan visie organisatie versus vraag van cliënten en familie.
- Meegroeien met veranderende zorgvraag in de toekomst is belangrijk.
- Kwaliteit is wel (mede) te bepalen o.b.v. data – we leveren bijvoorbeeld heel veel kwaliteitsdata aan (kwaliteitsindicatoren, Zorgkaart Nederland) gebruik dat ook, bijvoorbeeld via factoranalyse.
- Belangrijk om ook de zorg na te vragen: wanneer krijg je buikpijn? En heb je comfort? => data en analyse moeten kloppen. Dat comfort is er nu nog niet, omdat het bijvoorbeeld nu nog niet duidelijk is wie gekoppeld.
- Kijk ook naar ontwikkelingen op het kwaliteitskader (rapport VWS)
- Zorgaanbieders denken soms uniek te zijn, maar ook in andere sectoren blijkt dat er meer gelijkenissen dan verschillen zijn. Cijfers kloppen nooit helemaal en je moet op een bepaald moment ook niet blijven zoeken naar verschillen die niet zo relevant meer zijn.
- Ontwikkeling van de kwaliteit (in plaats van het statische beeld) is ook een belangrijke en mag niet wegvallen in het verhaal.

#### Vraag 2: Wat vindt u van de denkrichtingen die zojuist toegelicht zijn?

- Missen cliëntenperspectief
- Alleen Zorgkantoor en IGJ is te eenzijdig. Het instituut zorgkantoor heeft hierin geen meerwaarde.
- Subjectief om eigen organisatie een verklaring af te geven, maar onderling in de sector (peer-review) is de meest efficiënte manier.
- Peer review: belangrijk dat er eenzelfde visie en doelgroepen (en mogelijke regionale) koppeling is. Wat betreft parameters voor de vergelijking, naast doelgroepen is ook grootte belangrijk want dat bepaalt overhead mogelijkheden en mogelijkheden om rapportages te maken e.d.
- Bij koppeling kwaliteit bij tarifiering kan wel oordeel IGJ, data e.d. helpen.

- Klant keuze is ook sturend in kwaliteitsontwikkelingen van de organisatie.
- Personele norm => is afhankelijk van missie /visie/cliëntensamenstelling. Wie bepaalt dit?
- 2018: klopt niet – ondertussen cliëntengroep zwaarder geworden
- Behandeling eruit gehaald => twee verschillende manieren van zorglevering. Doe heldere uitspraak op hoe je behandeling meeneemt in de vergelijking (uiteindelijk is helderheid van VWS gewenst)
- Vastgoedexploitatie los van de zorg is goed en wenselijk. In de toekomst maakt dit de mogelijkheden voor scheiden wonen-zorg beter.

**Vraag 3: We hebben het als NZa niet over kwaliteit, maar over welke organisatie (met z'n kosten) model kan staan voor andere organisaties. Zien jullie, naast de gepresenteerde mogelijkheden voor de korte- en lange termijn, alternatieven?**

- Inspectie vindt dat iedereen eigen behandeling moet hebben, dat is niet te halen uit het huidige tarief zonder behandeling. Dus belangrijk om die verschillen mee te nemen.
- Waarom leerlingen buiten gelaten? => leerlingen zijn (deels) wel inzetbaar voor zorg.
- Kleinere organisaties konden als gemengd bedrijf de gegevens niet uit elkaar halen. Dit issue speelt waarschijnlijk ook bij grotere organisaties.

Overige punten:

- Let op: er lijkt nu al een bezuiniging te komen, wordt IV niet te veel een financieel verhaal?
- Nut en noodzaak traject wordt gezien
- Kwaliteit los van rekenwerk en analyses meer op de agenda. => beschikbare kennis meer benutten. Denk aan operationalisatie van begrippen in kwaliteit naar parameters, zodat je meer comfort krijgt bij het traject.
- Samenhang IV en inkoopbeleid zorgkantoren: als kwaliteitsmiddelen in tarieven landen dan wordt met de korting van zorgkantoren weer 2% afgehaald en daarmee wordt je weer gestraft. Personeel dat op de gelden is aangenomen moet dan weer ontslagen worden.
- Het moet niet alleen rekenkundig zijn, maar leren en verbeteren moet meer nadruk krijgen.
- Het moet het minimale tarief zijn en niet het maximale – waar het zorgkantoor niet op kan korten. Zodat iedereen weet: hier kun je de basiszorg voor leveren.
- Raar dat het zorgkantoor gaat bepalen wie beter is en daarom meer geld krijgt. Het moet meer om samenwerking gaan.

Sessie 8 september 11:00 uur – 12:30 uur, groep 2

**Vraag 1: Hoe kijkt u aan tegen de koppeling van kwaliteit met bekostiging?**

Op zich positief, maar het is belangrijk dat er eenduidige definities / toetsbare normen (van kosten en kwaliteit) zijn waar dit op wordt gebaseerd. En dit is best lastig. Wellicht dat cliëntervaring en interviews met zorgprofessionals kunnen helpen. En het is belangrijk om rekening te houden met onvoorziene omstandigheden die invloed hebben op kwaliteit en omgevingsfactoren (regio, inzet mantelzorg). Het vraagt tijd om te onderzoeken of de integrale vergelijking werkt en wat de cliënt er van merkt. Kort samengevat: het is een nobel idee, maar het lijntje van kwaliteit is nu nog te dun om het te verbinden aan bekostiging.

**Vraag 2: Wat vindt u van de denkrichtingen die zojuist toegelicht zijn?**

Korte termijn: Bijschatting is prima, maar goed om ook naar inzet mantelzorg/vrijwilligers te kijken. Het zou helpen om nog meer technische uitleg te krijgen, want het is nu nog lastig te vatten. De uitsluiting bij een aanwijzing van de IGJ lijkt een open deur.

Lange termijn: voor de lange termijn is het belangrijk dat het besluit van model staan voor representatieve kosten objectief te meten is (en na te rekenen/zoeken).

- Peer review: Interessant voor leren en verbeteren, maar wellicht niet objectief genoeg om te koppelen aan de bekostiging. Wellicht dat er tussen zorgaanbieders namelijk ook andere belangen spelen.
- Uitbreiding rol IGJ: bij IGJ hangt het oordeel af van persoon die langs komt en het moment. En deze taken zijn wellicht lastig te combineren met het huidige takenpakket. Een benchmark op kwaliteit zou wel kunnen helpen.
- Uitbreiding rol zorgkantoor: het zorgkantoor heeft al veel taken, wordt het takenpakket hiermee niet te groot
- Mocht er voor uitbreiding takenpakket van IGJ en zorgkantoor worden gekozen, dan is samenhang en samenwerking tussen deze partijen erg belangrijk.

**Vraag 3: We hebben het als NZa niet over kwaliteit, maar over welke organisatie (met z'n kosten) model kan staan voor andere organisaties. Zien jullie, naast de gepresenteerde mogelijkheden voor de korte- en lange termijn, alternatieven?**

Peer review gedurende lange termijn: volg de peers en meet hierbij ook de mate van kwaliteit. Het is verstandig dat dit wel wordt geleid door een andere partij (niet alleen tussen zorgaanbieders).

Overige bespreekpunten:

- Hoe ziet het verdere traject na november 2020 er uit? -> uiterlijk februari/maart reactie nodig van minister voor vervolg. Na een mogelijke 1-meting wordt pas besluit genomen of cijfers gebruikt kunnen worden voor tarieven 2023.
- Complimenten voor toegankelijkheid en werkwijze NZa
- Gaat de zzp4 verdwijnen? Je ziet een afname in het aantal zzp4 indicaties, maar wij hebben niet gehoord dat de zzp4 ook echt gaat verdwijnen.
- Proces inschrijvingen niet helemaal duidelijk (voor welke sessies ingeschreven). Bevestigingsmail kwam pas afgelopen vrijdag.
- Kan ik een contactpersoon krijgen voor inhoudelijke vragen individuele terugkoppeling? -> inmiddels persoonlijke mail gestuurd naar betreffende deelnemer.

Sessie 11 september 11:00 uur – 12:30 uur

**Vraag 1: Reactie op koppelen van kwaliteit met bekostiging**

Denklijn wordt onderschreven, lijkt logisch vanuit wenselijkheid. Echter uitvoerbaar ingewikkeld. Angst voor regels en voorschriften. Dit moeten we echt voorkomen!

Wantrouwen richting landelijk beleid/ overheid: financieel gedreven 'naar beneden'.

Liever duidelijkheid (stabiliteit) dan 'een kwartje meer voor kwaliteit'.  
 Toch denklijn: geef ons een budget waarvoor we ons uiterste best doen.  
 Liefst met normbedragen per zzp.

### **Vraag 2: Reactie op denkrichtingen**

IGJ is zo gek nog niet.  
 Zorgkantoren teveel persoonsafhankelijk, dus niet de juiste partij.  
 Peer review, representativiteitsverklaring: wat halen we op onze hals? Aanbieders niet te wachten op extra taken.

### **Vraag 3: We hebben het als NZa niet over kwaliteit, maar over welke organisatie (met z'n kosten) model kan staan voor andere organisaties. Zien jullie, naast de gepresenteerde mogelijkheden voor de korte- en lange termijn, alternatieven?**

Onderzoek aansluiting aan op beschikbare data: aangeleverd bij ministerie en zorgkantoren. Inspectie. Dit vraagt nadere analyse: zegt deze data iets over of er voldoende hoge kosten worden gemaakt om kwaliteit te leveren.  
 Maak uitkomsten transparant.  
 Overige bespreekpunten:  
 Oproep: verdiepend onderzoek vanuit de inhoud.  
 Koppeling data via datawarehouse, zodat AL naar beneden gaan.  
 Ambitie is groot. Let op tempo.  
 Proces: er zijn nog zoveel vragen, nog zoveel gesprekken nodig. Duidelijkheid hierover bieden. En temperen: 2023 lijkt te vroeg gezien de ontwikkelingen die nog nodig zijn.  
 En alert: 2020 geen representatieve kosten.

Sessie 14 september 9:00 uur – 10:30 uur

### **Vraag 1: Hoe kijkt u aan tegen de koppeling van kwaliteit met bekostiging?**

De koppeling en paradigmashift is zinvol maar hoe maak je dat objectief?  
 Je moet niet 100% willen inkaderen, dat gaat niet. 1 norm past niet op de diversiteit van organisatie inrichtingen daarvoor is de zorg veel te situationeel.  
 Doe ook recht aan grotere en kleinere organisaties, kleinschalig en grootschalig en de verschillen die dit brengt in kostenstructuur. Bij een kleinere organisaties drukt een verpleegkundige bijvoorbeeld zwaarder op de kosten omdat deze niet gedeeld kan worden. Let daarbij ook op dat in de werkgroepen vooral grotere organisaties deelnemen.  
 Gebruik wat er nu al in de organisaties gedaan wordt – koppel daaraan uitkomsten IGJ/andere meting/niveaus die je inzet. Dan ben je al een heel eind.  
 Om de koppeling goed te kunnen maken is het van belang om het kwaliteitskader verder in te vullen, met zorgaanbieders samen. Dan krijgt het kader ook een zwaarder gewicht en wordt het beter uitgewerkt. Zorginstituut vormt daarbij een goede basis. Een belangrijk aandachtspunt hierbij: het kwaliteitskader is opgesteld rondom uitgangspunten, narratief, gesprekken met cliënten -> gevaar van doorontwikkeling kwaliteitskader is dat het leidt tot normen.  
 Juist vanuit de niet-normatieve aspecten verder invullen.  
 Waar houdt dan de klantbeleving op en begint de bekostiging/doelmatigheid?  
 Er zijn ook veel aspecten van kwaliteit die geen geld kosten.



**Vraag 2: Wat vindt u van de denkrichtingen die zojuist toegelicht zijn?**

IGJ en ZK worden niet gezien als de wenselijke partijen aan de achterkant (verantwoording), wel aan de voorkant (meedenken over kwaliteit – vanwege veel info zien). Verantwoording aan de achterkant legt een grote belasting bij die organisaties en de vraag hoe zij dit gaan invullen.

1. Zorgkantoor en IGJ gaan we weer iets optuigen.
2. Als centraal ingericht, waar dan het lokale aanbieder niveau?

Aan achterkant is wel bijvoorbeeld te werken met een representativiteitsverklaring. Peer review lijkt daarentegen wat bewerkelijk. Hoe lang kun je dat in de lucht houden? Vanuit het leren aspect is het best interessant.

**Vraag 3: We hebben het als NZa niet over kwaliteit, maar over welke organisatie (met z'n kosten) model kan staan voor andere organisaties. Zien jullie, naast de gepresenteerde mogelijkheden voor de korte- en lange termijn, alternatieven?**

Werken met peers lastig wanneer er veel 'eenlingen' zijn, organisaties die niet vergelijkbaar zijn met anderen. Want wat gaan we dan vergelijken? Visies, perspectieven.

En alternatief kan zijn het doorvoeren van clientvolgende bekostiging dat houdt in om niet meer vanuit organisatie perspectief, maar vanuit de cliënt te kijken wat er nodig is, en dat te vertalen naar een bedrag dat per organisatie nodig is. Hierbij is ook verdere uitwerking van een basisnorm (welzijnstekort, zorg tekort)/ kwaliteitskader belangrijk. De financiële grens zit in het expliciet/transparant maken van de aanspraak en gesprekken met families, en niet gestuurd vanuit het beschikbare geld.

**Overige punten:**

Vaak wil je als organisatie verder ontwikkelen (technologie, etc). Nu richten we met de IV op wat direct nodig is voor de cliënt. Is daar een soort 'bijschatting', 'ontwikkelingsruimte' voor? Anders ben je alleen afhankelijk van innovatiegelden.

Gevaar: hoe zorgen we dat het minimaal bepaald niveau daarna niet weer een afslag van het zorgkantoor krijgt?

Als we het doen, doe het dan goed en dan niet allerlei lossen eindjes Zorgkantoor/IGJ etc.

KiK-V: zijn er linken tussen KiK-V en IV ?

Let op de administratieve lasten

Rol Zorginstituut.

**Meerkosten Kwaliteitskader**

Sessie 7 september 9:00 uur – 10.30 uur

**Vraag 1: Hoe kijken jullie aan tegen het gebruik van de bijschatting in de ingroefase?**

Een aantal zaken maken de bijschatting in de ingroefase moeilijk:

Als eerste de benutting. Sommige zorgaanbieders hebben het afgelopen jaar een overschrijding van het kwaliteitsbudget gehad en andere een onderschrijding. Hiervoor wordt niet gecorrigeerd in de bijschatting.

Daarnaast is er de mogelijkheid van gemotiveerd afwijken. Op welke wijze wordt daar rekening mee gehouden in de ingroefase?

Voor een juist gebruik is het zinvol om ook de gegevens uit het Vektis portaal te updaten.

**Vraag 2: Is de hoogte van de bijschatting voor uw organisatie herkenbaar? Kunt u daarbij toelichten of uw inschatting is dat deze correct, te hoog of te laag is?**

De bijschatting is niet altijd herkenbaar en roept een aantal vragen op::

- Hoe wordt door de NZa rekening gehouden met regionale verschillen (gewogen gemiddelde salaris)?
- De hoogte van de bijschatting kan hoger zijn dan het totale toegekende kwaliteitsbudget. Hoe is dit te verklaren?
- Wij hebben bij de verantwoording in Vektis gekozen voor bepaalde niveau definities (administratief). Deze wijken soms af van de realiteit. Hoe wordt hiermee omgegaan bij de validatie?.
- In bijschatting wordt geen rekening gehouden met de productmix, wel met peers,
- In bijschatting wordt geen rekening gehouden met Meerzorg.

**Vraag 3: Welke andere ideeën zijn er om op reële kosten bij te schatten, waarvoor kwalitatief goede zorg geleverd kan worden. Wat zijn de voordelen en wat zijn de nadelen?**

Vraag 4: Als we dat in de toekomst eventueel gaan aanpassen: hoe kunnen we dat het beste afstemmen en welke inhoudelijke punten moeten we dan meenemen?

De rode draad in deel 2: De NZa moet de volgende punten meenemen bij de doorontwikkeling van de IV in het kader van realistische meerkosten kwaliteitskader:

Korte termijn

- Uitnutting kwaliteitsbudget en de wijze waarop kwaliteitsmiddelen landen in de tarieven
- Naast Fte ook verdeling in functieniveaus meenemen
- Personeelskrapte
- Hoe omgegaan met efficiency “niet personele omzet” zoals Zorg op afstand
- Arbeidsmarkt
- Ruimte voor dialoog met het zorgkantoor
- Rol NZa reguliere doelgroepen en prijzen voor specifieke functies in overleg
- Spanningsveld rekennorm en de IV

Lange termijn als het ingroeitraject achter de rug is

Vraagstukken toekomst; zorginkoopbeleid, opgave in de ouderenzorg (in aantal en bijzondere doelgroepen (laag volume/hoog complex), zoals Korsakov)

Tot slot geven deelnemers aan dat ze zich afvragen of de IV op dit moment, in deze context – corona, arbeidsmarktproblematiek, kwaliteitskader, inkoopbeleid zorgkantoren 2021-2023, vergrijzing – wel de juiste discussie/ insteek/ het juiste onderwerp is.

Sessie 7 september 11:00 uur – 12:30 uur

**Vraag 1: Hoe kijken jullie aan tegen het gebruik van de bijschatting in de ingroefase?**

Het idee is wenselijk maar rekening houden met twee belangrijke punten:

1. Link met beschikbaar budget/kwaliteitsbudget. 15% van de 2,1 mld is geen structureel geld dus dat maakt dat er te weinig is om volledig kwaliteitskader rooster te halen. De cijfers voor 2018 zijn mogelijk vertekend omdat sommige aanbieders forse voorinvesteringen hebben gedaan.
2. Diversiteit in groei en doelgroep. In 2022 en 2023 zit niet iedereen al op de volledige bezetting conform het kwaliteitskader. Dat geeft spanning wat het budget gaat worden. Je wil niet uitkomen op een situatie waar de ene aanbieder (veel) te veel en de ander (veel) te weinig krijgt.

In de ene situatie is de hele dag met 2 mensen niet nodig/in andere situatie juist wel. Zo zijn somatiek en pg ook anders (somatiek meer inzet nodig).

**Vraag 2: Is de hoogte van de bijschatting voor uw organisatie herkenbaar?**

Nog niet beoordeeld of te hoog.

**Vraag 3: Welke andere ideeën zijn er om op reële kosten bij te schatten, waarvoor kwalitatief goede zorg geleverd kan worden? Wat zijn voordelen? Wat zijn nadelen?**

Algemeen: het is belangrijk dat het eindplaatje duidelijk is

Per zorgaanbieder moet dit eindperspectief worden gemaakt in afstemming daarover met zorgkantoor/ActiZ/clientenraden (dit is het plan, daar willen we naar toe) Dit is tijdig nodig om verplichtingen naar het personeel na te kunnen komen. De inschatting moet gemaakt kunnen worden hoe de financiering verloopt. Macroperspectief moet helder zijn met kwaliteitskaders (eventueel regionaal). Nu is dit niet duidelijk, dus is er nu geen 5-jaren perspectief te schetsen. Onzekerheden zitten niet zozeer in kosten – indexatie is voldoende voor de opvang van reguliere prijsstijging. Maar ook belangrijk dat ruimte is voor nieuwe elementen en dat er geen onverwachte schommelingen zijn (zoals het huidige inkoopbeleid).

Overige punten:

Vpt en zpz: worden nu gelijk behandeld maar geclusterde vpt heeft kosten die niet gedekt zijn. Vpt heeft nu geen financiering voor algemene kosten in vastgoed (die buiten de huur vallen).

Aanwezigen: Mensen die nu inbellen zijn financials, antwoord kwaliteitsfunctionarissen en bestuurders ook van belang (soms heel andere emoties).

Techniek: het is heel moeilijk om een goede uitvraag te doen. Soms zie je bij hele simpele vragen al rare uitkomsten, die niet kunnen kloppen (zoals bij de personele inzet). Dit was een complexe uitvraag, en daarmee is het risico groot dat er onjuiste data wordt aangeleverd. Het is dan heel arbeidsintensief om het goed te duiden. Bewerkelijk en foutgevoelig. En dat kan mogelijk ten koste gaan van het draagvlak.

Sessie 8 september 9:00 uur – 10:30 uur

**Vraag 1: Hoe kijken jullie aan tegen het gebruik van de bijschatting in de ingroefase?**

Het idee van een bijschatting is noodzakelijk in de ingroefase.

Aandachtspunten bij de bijschatting:

1. De link tussen bijschatting en het bedrag van kwaliteitskader is op dit moment nog onduidelijk
2. Er is verschil tussen ziekteverzuim van zorgpersoneel en algemeen ziekteverzuim van een organisatie. Ziekteverzuim van zorgpersoneel is vaak hoger dan algemeen ziekteverzuim.
3. Landelijke personeelsnorm is niet heel hard. Zolang deze er niet is, is het lastig om in de bijschatting hier wel iets over te zeggen
4. Normgetal van 0.8774 ratio personeel is uniform. Terwijl flexibiliteit essentieel is; je wilt niet teveel zorg leveren aan cliënten met lichte zorgvraag en juist extra zorg leveren aan cliënten met een zwaardere zorgvraag.

**Vraag 2: Is de hoogte van de bijschatting voor uw organisatie herkenbaar? Kunt u daarbij toelichten of uw inschatting is dat deze correct, te hoog of te laag is?**

Bijschatting is over het algemeen herkenbaar.

Uitzondering; hogere bijschatting, deze was te verklaren door hoog ziekteverzuim.

**Vraag 3: Welke andere ideeën zijn er om op reële kosten bij te schatten, waarvoor kwalitatief goede zorg geleverd kan worden? Wat zijn voordelen? Wat zijn nadelen?**

1. Uitbreiding van specificatie voor de verschillende doelgroepen is essentieel. Er zijn meer doelgroepen dan dat er in het kwaliteitskader zijn benoemd.
2. Start met eenduidige definities in de bijschatting.
3. Bouw een controle in met bijvoorbeeld de jaarrekening van organisaties.
4. Houd rekening met salarissen. De demografie, en daarmee salarissen, van medewerkers kan vertekend zijn.
5. Houd rekening met verhouding PIL/PNIL; er is een stijging van PNIL.
6. Geef cliënttevredenheid een plek in het model. Ondanks dat het lastig is om deze indicator objectief en meetbaar te maken, is het wel essentieel.

**Vraag 4: Als we dit in de toekomst eventueel gaan aanpassen: hoe kunnen we dat het beste afstemmen, en welke inhoudelijke punten moeten we dan meenemen?**

1. Geef organisaties meer tijd om de terugkoppeling en het geheel van de IV tot zich te nemen.
2. Zorg voor goede definities en duidelijkheid, zodat vergelijking met peers daadwerkelijk mogelijk is.
3. Bied een self assessment optie in de template aan, zodat controllers van organisatie zelf de mogelijkheid hebben om controles te doen.
4. Probeer de hoeveelheid uit te vragen data te beperken door gebruik te maken van eerder opgevraagde data i.p.v. opnieuw dezelfde data opvragen.

**Overige bespreekpunten/punten van aandacht:**

Indien er wijzigingen zijn in de aanspraak van Wlz heeft dit ook impact op de kosten in de integrale vergelijking. Wees

er dus van bewust dat parameters uit verleden/heden niet per definitie goede parameters zijn voor de toekomst.

## Data-uitvraag en spiegelinformatie

Sessie 7 september 15:00 – 16:30 uur

### Vraag 1: Wat maakt het makkelijker om de data goed op te leveren?

- Geef uitleg over waarom bepaalde parameters worden uitgevraagd en hoe ze verder worden toegepast, welke aannames er gemaakt zijn en worden gemaakt. Dit geeft inzicht in wat de NZa met de gegevens gaat doen en vergroot ook de kwaliteit van de aangeleverde data.
- Zorg voor heldere definities en een kloppend template.
- Verander het moment van aanlevering van data. Nu was het in de begrotingsperiode, dit is een ongelukkig gekozen moment.

### Vraag 2: Bent u het eens met uitvragen van gegevens op niveau 'kostenbasis VV'? Ziet u een betere manier om de scope af te bakenen dan de huidige kostenbasis VV?

Eens.

### Vraag 3: Wat kunnen we verbeteren in de uitvraag? (helpen administratievoorschriften? Koppeling KIK-v? Op termijn: minimale voorwaarden kwaliteit data voor tarieven? Hoe kunnen we controles verbeteren?)

- In aanvulling op antwoord bij vraag 1; uitleg over hoe ingevoerde data tot een uitkomst leidt. Eventueel meer assisteren bij het invullen van de data uitvraag.
- Probeer met de data-uitvraag aan te sluiten op de jaarrekening.
- Meer toelichting is nodig over correctieposten: Sommige specifieke correctieposten waren overstijgend.

### Vraag 4: Heeft de terugkoppeling data & bewerkingen u geholpen om de aanlevering te verbeteren?

Wisselende ervaringen. Enerzijds de ervaring dat het na de terugkoppeling lukte om zelfstandig de inconsistenties in data aan te passen, anderzijds de ervaring dat er geen herkenning was van bepaalde data en/of onduidelijk waarom bepaalde data niet goed meegenomen was.

Ook was de betekenis van sommige checks onduidelijk.

### Vraag 5: Hoe kunnen we de meerwaarde van de terugkoppeling data & bewerkingen voor u verhogen?

- De terugkoppeling was een erg groot tekstueel bestand, waarbij niet alle informatie van toepassing/essentieel was voor alle organisaties. Meer maatwerk in de terugkoppeling is gewenst. Maak bijvoorbeeld gebruik van markeringen in het bestand over wat aangepast moet worden en/of verplaatst een (groter) deel van de informatie naar een bijlage.
- Door de tijd tussen de data-aanlevering en terugkoppeling te verkorten. Dit voorkomt dat men zich er weer opnieuw in moet verdiepen.
- Door vooraf meer over de methodiek van het onderzoek te delen; DEA-methode en gebruik van peers. Deze onwetendheid aan de voorkant gaf onrust naderhand.

**Vraag 6: Was de terugkoppeling Resultaten bruikbaar voor u?**

Beperkt. Dit omdat de terugkoppeling:

- 1) Technisch van aard was, daardoor lastig te begrijpen
- 2) Vragen oproep over hoe de cijfers tot stand zijn gekomen (bijv. gemiddelde score)
- 3) Vragen oproep over bijschatting. Bijschatting heeft een groot effect op de uitkomsten.
- 4) Weinig achtergrondinformatie geeft over peers: wat doen ze anders?

**Vraag 7: Aan welke aanvullende spiegelinformatie zou u behoefte hebben?**

- Regiofactoren
- Verwerking van arbeidsproblematiek in het model
- Investeringsinformatie van organisaties

**Vraag 8: Zijn er andere ideeën om de meerwaarde van de terugkoppeling Resultaten te verhogen?**

Meer informatie over de peers delen en/of delen van het profiel van een organisatie wat ideaal model is. Vervolgens dit profiel in detail vergelijken met de organisatie.

**Vraag 9: Zit er in deze terugkoppeling ook spiegelinformatie die niet aan uw behoefte voldoet?**

Nee

**Overige bespreekpunten/punten van aandacht:**

Geen.

Sessie 8 september 13:00 uur – 14:30 uur

**Vraag 1: Wat maakt het makkelijker om de data goed op te leveren?**

Data aanlevering:

- 1) Als de inrichting van de data uitvraag aansluit op de eigen administratie van een organisatie.
- 2) Een juiste omschrijving en toelichting over wat aangeleverd moet worden.
- 3) Een uniforme verdeelsleutel voor inzet van personeel. Dit voorkomt dat organisaties zelf de opsplitsing moeten maken en er verschillen ontstaan.

Proces:

- 1) Zorg dat de template gelijk goed is, dus geen tweede versie nodig. .
- 2) Zorg dat de reactie van helpdesk altijd snel is. De reactie van de helpdesk was soms laat.

**Vraag 2: Bent u het eens met uitvragen van gegevens op niveau 'kostenbasis VV'? Ziet u een betere manier om de scope af te bakenen dan de huidige kostenbasis VV?**

Ja, mee eens. Dit aangezien er op dit moment geen beter alternatief is. In de toekomst kan mogelijk de scope verbreden tot de gehele organisatie, maar hiervoor is het noodzakelijk dat de administratie van organisaties gestandaardiseerd zijn.



**Vraag 3: Wat kunnen we verbeteren in de uitvraag? (helpen administratievoorschriften? Koppeling KIK-v? Op termijn: minimale voorwaarden kwaliteit data voor tarieven? Hoe kunnen we controles verbeteren?)**

- 1) Koppeling met externe data vergroot juistheid van data, zoals jaarrekening, DigiMV, gegevens kwaliteitskader, declaraties, etc.
- 2) Maak administratievoorschriften: een vergelijkbare inrichting is essentieel. Kanttekening hierbij: dit schiet mogelijk doel voorbij, administratie is initieel voor eigen organisatie.
- 3) Ga steekproefsgewijs controleren hoe men de data uitvraag invult. Om zo meer feeling te krijgen hoe het nu gaat.

**Vraag 4: Heeft de terugkoppeling data & bewerkingen u geholpen om de aanlevering te verbeteren?**

Ja, bij de terugkoppeling stond duidelijk benoemd waar de fouten in de aanlevering zaten, waardoor het gemakkelijk was om dit zelf aan te passen. Het vergt wel tijd om de terugkoppeling te doorgronden.

**Vraag 5: Hoe kunnen we de meerwaarde van de terugkoppeling data & bewerkingen voor u verhogen?**

- 1) Verduidelijken van de uitleg referentieset.
- 2) Te benoemen waarom aangeleverde data niet is gebruikt in het onderzoek indien hier sprake van is.
- 3) Een snellere terugkoppeling te geven. Dit maakt dat organisaties zich niet opnieuw in moeten verdiepen.
- 4) Door gezamenlijk (NZa en organisatie) de inconsistenties eruit te halen.

**Vraag 6: Was de terugkoppeling Resultaten bruikbaar voor u?**

De terugkoppeling was lastig te duiden en daardoor minder bruikbaar. Extra uitleg over de berekening van de score en met wie een organisatie vergeleken is, is wenselijk: wat voor organisaties dit zijn, wat ze anders doen (bijv. wat type locaties hebben ze? doen ze veel aan innovaties?).

**Vraag 7: Aan welke aanvullende spiegelinformatie zou u behoefte hebben?**

Meer informatie over peers (eventueel anoniem), om zo de mogelijkheid te bieden daadwerkelijk van hen te kunnen leren. Het is interessant om te weten wat zij daadwerkelijk anders doen, maar ook een indicatie van kwaliteit (bijvoorbeeld: hun score op Zorgkaart Nederland) en inzet van vrijwilligers.

**Vraag 8: Zijn er andere ideeën om de meerwaarde van de terugkoppeling Resultaten te verhogen?**

- 1) Geef de mogelijkheid om de resultaten te bespreken met een adviseur.
- 2) Snellere terugkoppeling.
- 3) Naast de technische uitleg een beleidsmatige uitleg van de resultaten, zodat het bruikbaar is als stuurinformatie voor een organisatie. Deze vertaalslag werd nu niet gegeven.
- 4) Geef peers een podium om te laten zien wat zij daadwerkelijk anders doen.
- 5) Zilveren Kruis heeft recent spiegelinformatie gepresenteerd. De manier van presenteren was zeer duidelijk; enerzijds een goed voorbeeld voor de NZa voor het presenteren van spiegelinformatie en anderzijds interessant om te vergelijken of de uitkomsten van spiegelinformatie overeenkomen.

**Vraag 9: Zit er in deze terugkoppeling ook spiegelinformatie die niet aan uw behoefte voldoet?**

Nee

**Overige bespreekpunten/punten van aandacht:**

In de bijschatting worden behandelaren en leerlingen niet meegenomen. Optie is eventueel om per functieniveau de kosten op te vragen.

Sessie 14 september 11:00 uur – 12:30 uur

**Vraag 1 Wat maakt het makkelijker om de data goed op te leveren?**

**Vraag 2 Bent u het eens met uitvragen van gegevens op niveau 'kostenbasis VV'? Ziet u een betere manier om de scope af te bakenen dan de huidige kostenbasis VV?**

**Vraag 3 Wat kunnen we verbeteren in de uitvraag? (helpen administratievoorschriften? Koppeling KIK-v? Op termijn: minimale voorwaarden kwaliteit data voor tarieven? Hoe kunnen we controles verbeteren?)**

Als de basisregistratie bij een organisatie goed is (kosten en opbrengsten op gelijke kostenplaatsen), dan is de template prima in te vullen. Wel zijn er enkele vraagstukken geweest waar nog onduidelijkheid op was, waardoor soms het niet mogelijk bleek een juiste aanlevering te doen.

Bij sommige aanbieders is een groot deel van de omzet verhuur van appartementen => dit had geen evidente plek in de template. En instructie / advies NZa was niet helemaal eenduidig.

In de huidige uitvraag hebben nog verdeelsleutels effect gehad op de kosten die nu in de vergelijking mee hebben genomen (vooral bij indirecte kosten). Dit ga je nooit helemaal oplossen, belangrijk om te weten wat er gebeurt.

Verpleeghuiszorg breed an sich goede route.

Algemeen geldt: zolang het niet te veel verandert bij volgende uitvragen, dan is het fijn.

**Vraag 4 Heeft de terugkoppeling data & bewerkingen u geholpen om de aanlevering te verbeteren?****Vraag 5 Hoe kunnen we de meerwaarde van de terugkoppeling data & bewerkingen voor u verhogen?**

Data en bewerkingen bevatte duidelijke info, maar het vervolg: opname in referentieset was niet duidelijk waarom niet in referentieset. Denk bij een FAQ aan deze zaken.

**Vraag 6 Was de terugkoppeling Resultaten bruikbaar voor u?****Vraag 7 Aan welke aanvullende spiegelinformatie zou u behoefte hebben?****Vraag 8 Zijn er andere ideeën om de meerwaarde van de terugkoppeling Resultaten te verhogen?****Vraag 9 Zit er in deze terugkoppeling ook spiegelinformatie die niet aan uw behoefte voldoet?**

Er zijn zorgen om de intentie van de IV en wat er mee gedaan wordt:

Is het niet gewoon een bezuiniging? We vinden het wel van belang om hierin mee te blijven denken.

Resultatenterugkoppeling was nog niet bruikbaar en we zijn bang dat er toch al te veel conclusies aan verbonden worden.

Zo is de informatie uit 2018, maar de werkelijkheid inmiddels in 2020. personeelskosten in loondienst zijn inmiddels aan het stijgen. Kosten 2018 niet meer representatief voor 2020.

De huidige rapportage is slechts 1 ijkmoment – het moet meerjarig zijn

We missen het kwaliteitsstuk => zit nu heel erg op FTE – wij gaan juist voor zorg met de medewerkers die we hebben.

Het is belangrijk om meer gedetailleerde en kwaliteitsinfo over de peers toe te voegen => kunnen we borgen dat zij juiste kwaliteit leveren? Kwaliteit is ook nog onvoldoende duidelijk, nu normen die niet passen bij de werkelijkheid

(centraal vs decentraal).

We weten nu niet wie de peers zijn

De vergelijkbaarheid is nog niet optimaal, dit komt door meerdere zaken:

- Keuzes vooraf (o.a. technische uitvraag issues zoals eerder beschreven)
- Uitsluiting bedrijfsonderdelen door verpleeghuiszorg breed (beter om ook die onderdelen mee te nemen)
- Betere checks op de data

Langdurige zorg is meer dan alleen VV4-10. Het is raar om het kader op intramuraal Wlz te zetten. Er wordt bijvoorbeeld steeds meer mpt geleverd met indicatie VV4-10.

### Overige punten

Momentum uitvraag verkeerd

Complexiteit blijft dat organisaties niet gelijk zijn (denk aan groepsgrootte, gebouwen, samenwerking met de ggz) => ingewikkeld om met 1 prijs te komen. Vergelijking wordt ingewikkeld.

Doel moet zijn een basistarief + differentiëren op basis gesprek.

Aanbieders willen graag zelf kiezen met welke organisaties ze vergeleken worden (en dan zien hoe die ten opzichte van het geheel staan).

Personeel Niet in Loondienst/verzuim heeft een grote impact op personele kosten. Bijvoorbeeld een verschil tussen 10% verzuim of 6%. Optie is om een norm te stellen en op basis daarvan de kosten gelijk te trekken om te vergelijken.

Spiegelinformatie meer detailleren. Informatie wordt wel uitgevraagd maar is nu nog niet zichtbaar.

Proces en samenwerking in de toekomst

Sessie 7 september 13:00 – 14:30 uur

**Vraag 1: Hoe heeft u de werkwijze van de NZa, met werkgroepen, roadshows, terugkoppeling en duiding, in de brede zin ervaren?**

Goede werkwijze, met helpdesk en werkgroepen, met juiste ingrediënten. Voldoende openheid en aandacht voor zorgen/aangedragen punten. Goede uitleg en voldoende herhaling. Nog niet bij iedereen hoog op de agenda; hier aandacht voor hebben. Contact blijven zoeken.

**Vraag 2: Welke ondersteuning heeft u als meest belangrijk ervaren? Denk bijvoorbeeld aan regionale informatiebijeenkomsten, werkgroepen, helpdesk, video-instructies?**

Individueel contact: helpdesk. Daarnaast ook de informatiebijeenkomsten.

**Vraag 3: In de nulmeting hebben we met twee terugkoppelingen gewerkt, 1 over data & bewerkingen en 1 over de resultaten. Welke aanbevelingen kunt u ons meegeven?**

Oproep voor meer handvatten en uitleg, zodat cijfers beter begrepen worden en achtergrond over mogelijke oorzaken van inconsistenties zouden prettig zijn.

**Vraag 4: Bij een doorontwikkeling moeten we nog veel zaken samen gaan afstemmen (o.a. de vormgeving van de uitvraag, de analyses die we gaan doen etc.). Wat zijn belangrijke zaken waar we rekening mee moeten houden?**

**Hoe wilt u betrokken worden?**

- IV: nu financieel gedreven. Behoeftte aan verbreding met kwaliteitsitems
- Behoeftte aan een beeld over meerdere jaren
- Vergroten van uniformiteit van invullen

**Vraag 5: Voor welke onderwerpen mag een werkgroep niet ontbreken bij een volgende uitvraag?**

2 werkgroepen:

- Data analyse meerdere jaren
- Informatie- controle

**Vraag 6: Welke andere procesmatige aandachtspunten wilt u ons meegeven?**

Ben duidelijk over het eindperspectief. Oproep voor een heldere koers, behoefte aan zekerheid. Voorspelbare ontwikkelingen en richting, een bestendige gedragslijn. Zodat je kan anticiperen op de toekomst.

Trek geen conclusies op basis van eenmalig onderzoek. Angst voor te snelle conclusies, wat kan leiden tot bezuinigingen.

**Overige bespreekpunten:**

De integrale vergelijking is nu een financieel instrument. Dat alleen is niet voldoende: de waarborg voor kwaliteit moet aanwezig. Kwaliteit ligt nu bij meerdere partijen en dit moet samenkomen.

Idee voor kwaliteit: meetbaarheid vanuit financiën. Basisniveau formuleren. En dan moet je dus meer uitvragen dan financiële data (bv. Groepsgroottes, bezetting, ziekteverzuim).

Sessie 7 september 15:00 uur – 16:30 uur

**Vraag 1: Hoe heeft u de werkwijze van de NZa, met werkgroepen, roadshows, terugkoppeling en duiding, in de brede zin ervaren?**

Interactie is prettig, wel vaak erg technisch.

**Vraag 2: Welke ondersteuning heeft u als meest belangrijk ervaren? Denk bijvoorbeeld aan regionale informatie-bijeenkomsten, werkgroepen, helpdesk, video-instructies?**

Vooral de individuele informatie mbt uitvraag: videoinstructies, helpdesk. Daarnaast was livestream verhelderend.

**Vraag 3: In de nulmeting hebben we met twee terugkoppelingen gewerkt. 1 over data & bewerkingen en 1 over de resultaten. Welke aanbevelingen kunt u ons meegeven?**

Meer achtergrondinformatie verstrekken, in lijn met informatie voor leden werkgroep data en model. Liefst met bv ook een duidelijkere koppeling tussen wat er is ingevuld en wat er uiteindelijk uitkomt. Dat zou de datacheck ook makkelijker gemaakt hebben.

Daarnaast ook duidelijkheid geven over de koers. Nu ontstonden bij terugkoppelingen vragen als: ben ik duurder en moet ik zakken in kosten? Hoe snel dan? Waar naartoe? Waarop gaat 'men' sturen?

Complimenten wel ook voor terugkoppeling resultaten. Grote verbetering in leesbaarheid tov data&bewerkingen. Echter vraag over interpretatie bleef.

Inzicht daarnaast in peers en waarom zij peer zijn.

De rode draad in deel 1:

1. Let op detailniveau en begrijpelijkheid
2. Wat zeggen de uitkomsten nu voor mij als zorgaanbieder, incl. peers en regio: individueel
3. Communicatie: duidelijke koers.
4. Neem de tijd voor ontwikkeling.

**Vraag 4: Wat zijn belangrijke zaken waar we in doorontwikkeling rekening mee moeten houden? Hoe wilt u betrokken worden?**

Werk aan een stabiel systeem, geef duidelijkheid over noodzaak en gevolgen. Hou het bij kleine verbeteringen en geef meer toelichting op wat de uitkomst betekent. Heb vooral ook voor de werklust en voor de duiding.

Kapitaallasten verdienen extra aandacht in de doorontwikkeling.

De integrale vergelijking is geen doel op zich.

**Vraag 5: Voor welke onderwerpen mag een werkgroep niet ontbreken bij een volgende uitvraag?**

- Meting kwaliteit: zorgaanbieders gezamenlijk kpi's benoemen.
- Onderwerpen meer in samenhang bespreken (minder losse werkgroepen)
- Interpreteren van de uitkomsten en bespreken effecten voor toekomst.
- Gezamenlijk doel en noodzaak: overkoepelende visie ouderenzorg

**Vraag 6: Welke andere procesmatige aandachtspunten wilt u ons meegeven?**

- Blijf samenwerken met sector en koepels
- Biedt een duidelijk toekomstperspectief, met stabiliteit
- Duidelijke communicatie over de te nemen stappen
- Ga integrale vergelijking eerst gebruiken voor leren en verbeteren, los van bekostiging
- Kijk naar regionale koppeling

**De rode draad in deel 2:**

- IV moet een middel zijn om tot een doel te komen. Leg verbinding met brede ouderenzorg: toekomstbestendigheid
- Overgangstraject: stabiliteit, duidelijkheid

- Samenwerking met de sector samen essentieel. Doorontwikkeling met tijd
- Kwaliteit uitvragen: cruciale factor. Die combinatie wordt als essentieel ervaren.
- Overkoepeld de integrale vergelijking bespreken; niet in losse onderdelen – diepgang zoeken met werkgroepen (ook multidisciplinair)
- En niet te ingewikkeld! Wat is nodig en wenselijk, haalbaar.

#### **Overige bespreekpunten:**

Livestream: was van toegevoegde waarde als een zorgaanbieder van #svwz op beeld was verschenen.

Gesprek in kleine groep was prettig.

Sessie 10 september 9:00 uur – 10:30 uur

#### **Vraag 1: Hoe heeft u de werkwijze van de NZa, met werkgroepen, roadshows, terugkoppeling en duiding, in de brede zin ervaren?**

Als zeer waardevol en voelden ons betrokken. Dit komt mede omdat we deelnemen aan een werkgroep. Signaal hierbij: mensen die niet participeerden in een werkgroep hebben zich mogelijk niet betrokken gevoeld.

We zien dit als een eerste echte stap voor ‘leren en verbeteren’ en samenwerking in het veld. Het heeft een grote meerwaarde dat organisaties met elkaar in gesprek mogen om van elkaar te leren en dit gefaciliteerd wordt door een autoriteit!

Aandachtspunten o.g.v. tijd:

- 1) Het moment van de data uitvraag: het najaar is minder geschikt.
- 2) Geef organisaties meer tijd. De integrale vergelijking is compleet nieuw voor de sector, dit vraagt tijd om de informatie rustig te laten landen.

Aandachtspunten o.g.v. communicatie:

- 1) Wees volledig in de informatie over het proces. Het was mogelijk om na het aanleveren van de data met de NZa in gesprek te gaan hierover alvorens de resultaten definitief zouden zijn. Benoem dit ook expliciet.
- 2) Nog meer verwachtingenmanagement: aan het begin van dit traject was er bij het veld een angst dat de integrale vergelijking meteen als instrument zou dienen. Dit gaf wantrouwen en weerstand bij organisaties die (nog) niet goed aangehaakt waren.

#### **Vraag 2: Welke ondersteuning heeft u als meest belangrijk ervaren? Denk bijvoorbeeld aan regionale informatie-bijeenkomsten, werkgroepen, helpdesk, video-instructies?**

De mix van ondersteuning was zeer prettig en volledig.

#### **Vraag 3: In de nulmeting hebben we met twee terugkoppelingen gewerkt, 1 over data & bewerkingen en 1 over de resultaten. Welke aanbevelingen kunnen jullie ons meegeven?**

Blijf de terugkoppeling in twee stappen doen. De tussenstap vergroot het zelflerend vermogen van organisaties, aangezien dit mogelijkheid geeft voor reflectie op- en aanpassing maken op de aangeleverde data. Geeft vertrouwen aan organisaties!

Inventariseer vooraf (door vragenlijst) wat voor soort zorg een organisatie levert en stuur vervolgens een op maatgemaakte format naar organisaties voor het aanleveren van de data. Dit vergemakkelijkt het aanleveren van de data.



**Vraag 4: Bij een doorontwikkeling moeten we nog veel zaken samen gaan afstemmen (onder andere de vormgeving van de uitvraag, de analyses die we gaan doen etc.) Wat zijn belangrijke zaken waar we rekening mee moeten houden? Hoe wilt u betrokken worden?**

Tevredenheid over hoe het nu gaat. Enkele suggesties:

- 1) Afstemming: probeer ook mensen te betrekken die zich niet actief hebben aangemeld voor een werkgroep (wellicht steekproefsgewijs).
- 2) Stimulans om leren en verbeteren uitbreiden. Geef uitgebreidere spiegelinformatie én faciliteer de mogelijkheid voor organisaties om hierover met elkaar contact op te nemen.
- 3) O.g.v. Data:
  - Geef optie/vraag: wil je data delen met anderen?
  - Integreer de data uitvraag voor de integrale vergelijking met één van de overige data uitvragen zoals KIK-V en DI-GI-MV.

**Vraag 5: Werkgroepen**

- Voor welke onderwerpen mag een werkgroep niet ontbreken bij een volgende uitvraag?
- Deelnemers op basis van eigen aanmelding? Moeten we bepaalde personen/ doelgroepen expliciet uitnodigen?

Een werkgroep over het thema bijschatting. Informatie hierover is schaars, terwijl er wel behoefte is om hier meer inzicht in te krijgen. Enerzijds ter verantwoording, anderzijds ter reflectie: wat heeft het kwaliteitskader daadwerkelijk opgeleverd in de praktijk?

Richtlijnen: wat is gemiddeld.

Deelnemers: op basis van eigen aanmelding is goed. Suggestie om de organisaties die veel vragen hebben gesteld bij de NZa-helpdesk te betrekken.

**Vraag 6: welke andere procesmatige aandachtspunten wilt u ons meegeven?**

Nee

**Overige besprekpunten/punten van aandacht:**

Geen.

**De samenhang van de integrale vergelijking met andere ontwikkelingen**

Sessie 8 september 15:00 uur – 16:30 uur, groep 1

**Vraag 1: Welke ontwikkelingen vindt u het belangrijkste om te benoemen in relatie tot de integrale vergelijking?**

Arbeidsmarktproblematiek;

(1) de krapte op de arbeidsmarkt nu, en in de toekomst door stijgende zorgvraag (demografische groei Nederland + toenemende zorgzwaarte). Roept ook de vraag op; Willen en kunnen we de verwachtingen van het kwaliteitskader en van de maatschappij waarmaken?

(2) Verhouding vaste medewerkers versus PNIL.

Financieringsvraagstukken;

(1) Vastgoedopgave; onzekerheid of er aan vastgoedopgave voldaan kan worden en hoe dit bekostigd moet worden. Indien het middels de tarieven gefinancierd moet worden, dan is het lastig (of onmogelijk) om de benodigde verdubbeling van vastgoed voor elkaar te krijgen.

(2) Gelijke tarieven versus verschillen van organisaties;

Sommige verschillen tussen organisaties zouden moeten leiden tot verschillende tarieven. Zo hebben bijvoorbeeld niet alle organisaties hetzelfde ontwikkeltempo, en hebben daarmee een verschillende overhead. Verschillende tarieven kunnen dan nodig zijn om bijvoorbeeld investeringen mogelijk te maken. Daarnaast zijn er regionale verschillen. Dit vraagt om differentiëren vanuit zorgkantoren i.p.v. vaste landelijke kaders of te dwingende gelijkheid van tarieven.

(3) Verdelingsvraagstuk breed: een herverdeling van het macrobudget is wenselijk, zodat er meer geïnvesteerd kan worden aan de voorkant van zorg zoals preventie, i.p.v. aan de achterkant van de keten. Dit signaleren naar VWS is essentieel.

Bepaling en objectivering van kwaliteit; wie bepaalt wat goede kwaliteit is en hoe kunnen we dat meten?

**Vraag 2: Noem 1 ontwikkeling waar u een knelpunt ziet in relatie tot de integrale vergelijking, noem dit knelpunt en welke oplossing ziet u hiervoor?**

Objectiveren van kwaliteit; het maken van een lokale driehoek van zorgkantoor, zorgaanbieder en cliënt, zodat zij gezamenlijk kunnen bepalen wat voor hen kwaliteit is. Kritische noot; professionalisering van de huidige cliëntenraden is noodzakelijk, alvorens deze rol bij hen past.

Incidentele kosten; kosten verwant aan investeringen en innovaties zijn afhankelijk van interne- en externe verwante projecten. Dit geeft per jaar wisselende investeringen en kosten van overhead. Een mogelijke oplossing is om overhead uit de kostenvergelijking te halen.

**Vraag 3: Noem 1 ontwikkeling waar u een kans ziet in relatie tot de integrale vergelijking en benoem deze kans?**

Technologische innovaties: enerzijds op digitaliseren van het zorgproces en anderzijds data-gedreven werken. Essentieel hierbij is dat we als veld ook zelf bij cliënten moeten promoten wat voor mooie innovaties er zijn, zodat het ook daadwerkelijk bekend en omarmd wordt door hen.

Samenwerking; Creëren van een transparante samenwerking tussen instellingen om zo van elkaar te kunnen leren en ontwikkelen.

Sessie 8 september 15:00 uur – 16:30 uur, groep 2

**Vraag 1: Belangrijke ontwikkelingen i.r.t. integrale vergelijking**

Arbeidsmarkt/ personeelskrachte, noodzaak voor innovatie (arbeidsbesparende technologie), administratieve lasten, domeinoverstijgend denken

### **Vraag 2: Knelpunten en oplossingen**

- IV is nu vooral kwantitatief. Kans is om dit kwalitatief te verbreden
- IV is nu retrospectief, gericht op WLZ-cliënt van nu. Voor aansluiten bij huidige situatie en vooral wat in toekomst nodig is, is een prospectief karakter noodzakelijk
- IV mag geen eenheidsworst gaan creëren, er moet ruimte zijn voor diversiteit (kleine organisaties, ruimte voor investeringen, verhouding van zorgaanbod)
- Peers kostengedreven aangewezen. Zou selectie op domeinoverstijgend werken, investeringen in innovatie (etc. , dus prospectief gedrag) moeten worden.
- Administratieve lasten. Een uitvraag vergt inzet vanuit organisatie. KIK-v biedt hier mogelijkheden om de datauitwisseling slimmer vorm te geven

### **Vraag 3: Kansen**

Benchmark geeft kansen voor leren en ontwikkelen, verbreden van kwantitatieve data met kwalitatieve data.

### **Overige bespreekpunten:**

Belangrijke kernwoorden die voor dit traject moeten (blijven) gelden:

- Vertrouwen
- Samen
- Voorspelbaar
- Betrouwbaar

Er is een zorg is er dat de IV toch leidt tot bezuiniging. Er was weliswaar een opvallend andere toon in de livestream, namelijk kwaliteit borgen. Deze bestendigen: niet bezuinigen, maar wel de kwaliteitsgelden duurzaam in tarieven laten landen.

Sessie 10 september 15:00 – 16:30 uur

Visie op de zorg voor ouderen als geheel:

de ouderenzorg gaat om zowel thuiszorg – Wmo – Wlz (en daarbinnen zorg én vastgoed). Het is belangrijk de IV in dit geheel te zien en de fundamentele discussie te voeren hoe dit gaat ontwikkelen.

Thema's die hieronder vallen zijn:

- Toenemende vraag
- Ontschotting
- Vergrijzing beroepsbevolking
- Samenhang zorg thuis en in het verpleeghuis
- Verplaatsing ziekenhuis naar eerstelijns
- Beschikbaarheid personeel (PNIL)

- Financiering regionale initiatieven Vraagt om maatwerk en buiten schotten kijken.

#### Onzekerheid op gebied NHC

Vastgoed is nu bijzaak en stabiel door gegarandeerde financiering. Bij variabele tarieven wordt dit onderdeel erg onzeker en vraagt om meer aandacht van zorgaanbieders (dat weer niet naar de zorg toe kan).

#### Zorginkoop & Macrokader

Hoe gaat het zorgkantoor je laten toegroeien naar een nieuwe situatie? Belangrijk dat het macrokader meegroeit met de tarieven en niet (alsnog) voor kortingen gaat zorgen (zoals bij de DBC's wordt ervaren).

#### Kwaliteitskader

De IV lijkt nog erg financieel. De relatie met kwaliteit zit er nog onvoldoende duidelijk in. Daarbij belangrijk om rekening te houden dat er ook altijd een stuk geluk en pech in organisatie zit waardoor het niet altijd mogelijk is om op het niveau van de peers uit te komen. (Bijvoorbeeld door een kleine organisatie met 2 langdurig zieken).

#### Mogelijkheden maatwerk

De positieve kanten van een benchmark zijn wat je ervan kan leren – dit is ook vanuit de gezamenlijke maatschappelijke opdracht van belang om te doen. Bij de IV: je moet een soort basis hebben en daarbovenop maatwerk vanuit verschillende domeinen. => oplossingen voor de ouderenzorg zitten in thuissituaties, e-health etc.

#### De rol van een betrouwbare overheid

Een betrouwbare overheid schept een duidelijk perspectief en voorkomt dat er zomaar kortingen opgelegd worden. In dat kader is het ook van belang dat efficiencywinsten niet geannexeerd worden, maar juist beschikbaar blijven moet voor de zorg.

#### Simpele systematiek

Houdt als ontwerp richtlijn: hou het simpel (ingewikkeld wordt het vanzelf). Dit houdt bijvoorbeeld in: niet allerlei regeltjes/voorwaarden voor peers.

#### Stabiliteit

Er is een oproep tot een meerjarenperspectief met overgangstraject. Op dit moment veel ontwikkelingen: ene jaar korting, daarna W&T middelen verantwoorden, kwaliteitskader (verantwoording), eindperspectieven worden steeds aangepast, kostenonderzoek met voor sommigen vreemde uitkomst zpp4. En nu IV met zorgkantoren die zeggen een tariefskorting te gaan doorvoeren die misschien terugvoeren. Dit geeft veel onzekerheid en ook wel wantrouwen over wat er gaat gebeuren. Geef een duidelijk perspectief waar niet zomaar een reductie aan inkomsten kan komen. De heftigheid van deze ontwikkelingen moeten niet onderschat worden. Individueel zijn issues wel te voeren, maar de stapeling is vooral een probleem. Sceptis komt vooral door deze onzekerheid niet zozeer inhoud zelf. Oproep: graag aandacht voor stabiliteit.

Voor stabiliteit is het ook belangrijk om uit te gaan van een meerjaren scenario met betrouwbare cijfers. Daar moet ook uit blijken of het überhaupt gaat werken of niet.

## Verkiezingen

Hoe bestendig gaat deze route worden? Is er straks een fall-back scenario? Wat als een andere partij een minister gaat leveren?

Indien NZa adviseert tot invoering, koppel daaraan de behoefte aan stabiliteit, en zorg dat niet ook weer een opdracht voor de zorgkantoren komt om meer zorg voor meer cliënten te leveren.

## Overige punten

- Houdt rekening met timing (corona moeilijk proces)
- Verbeter uitleg over methode en narekening.

Sessie 11 september 9:00 – 10:30 uur, groep 1

### Vraag 1: Belangrijkste onderwerpen om te benoemen

- Regionaal domeinoverstijgend werken
- Huisvesting/ Langer thuis
- Personeelskrapte
- Actualiseren kwaliteitskader: capaciteitsprobleem
- Administratieve lasten
- Innovatie en technologische ontwikkelingen: zowel arbeidsbesparend (intramuraal) als ook langer thuiswonen (extramuraal)
- Toenemende complexiteit (cliëntenmix in verpleeghuizen)

### Vraag 2: Knelpunten en mogelijke oplossingen

- Beperkte focus VV4-10, mogelijke oplossing is verbreden totale uitvraag
- Bekostiging in ouderenzorg op elkaar laten aansluiten. Zodat dit geen verkeerde prikkels brengt. Binnen VV4-10 is vpt een aandachtspunt, met name in relatie tot mpt.
- Bedrijfsvoering is ingericht op verdelen van inkomsten, dus vraagt een heel andere manier van denken. Vraagt om een stapsgewijze aanpassing.
- IV kijkt nu naar huidige situatie (retrospectief zelfs): toekomstgericht nodig (bv. innovatie brengt vooral ook extramuraal kansen (langer thuis)
- IV is ingewikkeld, er moet echt een vorm van eenvoud terugkomen
- Vraagstuk is hoe om te gaan met vastgoed in de integrale vergelijking

### Vraag 3: Kansen

- Leren en verbeteren: benchmark
- Huidig systeem werkt volgens de één goed, volgens de ander minder; waarom veranderen. Eenvoud. Sturen op wat beschikbaar. Als je iets doet, moet het voor het geheel veranderen.

**Overige bespreekpunten:**

Het huidige systeem: eenvoudig, overzichtelijk, toring naar nering zetten werkt.

Reden voor inzet IV: ook kwaliteit een element laten zijn, naast betaalbaarheid en toegankelijkheid. Hoe zorgen we voor voldoende hoge tarieven voor het leveren van kwaliteit.

Charmante gedachte, maar devil is in the detail. En bij details nog niet voldoende vertrouwen.

IV: houdt deze ook rekening met de regionale functie van een aanbieder?

Pleiten voor focus op leren en verbeteren onderling. Wel met verdere doorontwikkeling. Denk wel goed na over of en zo ja op welk moment je de bekostiging hierop kan/moet baseren.

Gevoel: we gaan er wel uitkomen als we dit als instrument krijgen om onderling (als aanbieders) te leren en verbeteren.

Aandacht voor samenhang met het inkoopkader van zorgkantoren.

Oproep voor het scheppen van duidelijkheid en eenvoud.

Sessie 11 september 9:00 – 10:30 uur, groep 2

**Vraag 1: Welke ontwikkelingen vindt u het belangrijkste om te benoemen in relatie tot de integrale vergelijking?**

- Het Kwaliteitskader: deze lijkt niet haalbaar en houdbaar met o.a. de arbeidsmarktproblematiek en de focus op de fte.
- De wens om meer op uitkomsten te bekostigen (bijv. klanttevredenheid), waarbij tarieven worden gebaseerd op best practice (bijv. door innovatie)
- De capaciteit van verpleeghuizen komt in de toekomst nog verder onder druk met de verwachte vergrijzing. Vastgoed is hierbij ook een vraagstuk.
- Daarmee samenhangend, de focus op het langer thuis wonen of leeftijdsbestendig wonen. Ook hier vormt voldoende passend vastgoed een uitdaging.
- De betaalbaarheid van zorg gaat een vraagstuk worden

**Vraag 2: Noem één ontwikkeling waar u een knelpunt ziet in relatie tot de integrale vergelijking, noem dit knelpunt en welke oplossing ziet u hiervoor?**

- Complexiteit van het model van de integrale vergelijking
- Transparantie van het model en de uitkomsten (met welke aanbieders word ik vergeleken?)
- Mogelijke stelselwijzigingen, zoals vraagstuk over behoud ZZP's.
- Verpleeghuiszorg is een klein onderdeel van de keten, goed om hier rekening mee te houden bij het maken van de bekostiging.

**Vraag 3: Noem één ontwikkeling waar u een kans ziet in relatie tot de integrale vergelijking en benoem deze kans.**

- Als je weet wat je minimaal nodig heb voor het leveren van een bepaalde kwaliteit, dan heb je een middel in handen om dit aan de politiek te laten zien
- Je kunt van peers leren als organisatie -> goed om nog aandacht te hebben voor visuele presentatie van de resultaten. Het belangrijkste hierbij is het gesprek dat je hierover voert. Hiervoor moet wel bekend zijn met wie je wordt vergeleken.
- Wanneer je inzicht krijgt in je peers, is het handig om een partij te hebben die dit leren/verbeteren kan facilite-



ren. Deze partij zou bijvoorbeeld het zorgkantoor kunnen zijn (voorbeeld is DSW, maar er zijn verschillen tussen zorgkantoren). Of een branchepartij zou deze rol ook op kunnen pakken.

Sessie 14 september 11:00 uur – 12:30 uur

Algemene input tijdens deze ronde tafel

We staan voor een grote uitdaging om de toekomstige instroom, wachttijden en de personeelstekorten het hoofd te bieden. Er moet meer samenhang komen voor zorg die vanuit verschillende domeinen wordt geleverd. (Wmo, Zvv en Wlz).

**Vraag 1: Belangrijke ontwikkelingen i.r.t. integrale vergelijking**

- Arbeidsmarkt/ personeelskrapte in combinatie met toenemende vergrijzing
- noodzaak voor innovatie en behoefte aan ruimte voor organisaties
- administratieve lasten
- domeinoverstijgend denken

**Vraag 2: Knelpunten en oplossingen**

- IV is nu retrospectief, terwijl de zorgzwaarte snel verandert. Om aan te sluiten bij veranderende cliëntpopulaties, is een prospectief karakter noodzakelijk
- IV is nu te veel gebaseerd op een personeelsnorm. Er is behoefte aan het verbreden van de data-uitvraag. Behalve kwantitatieve data zouden meer kwaliteitsitems toegevoegd moeten worden.
- In de IV is de NHC buiten beschouwing gelaten. Vanuit de bedrijfsvoering is er een samenhang. De totale bekostiging moet adequaat zijn om goede zorg te kunnen verlenen.
- De IV in huidige vorm sluit onvoldoende aan bij de GRZ en de ELV. Er moet meer samenhang in de bekostiging komen.
- De zachte kant van de zorg wordt steeds belangrijker voor de kwaliteit van leven, er is behoefte aan meer ruimte en vrijheid voor organisaties om die in te vullen.

**Vraag 3: Kansen**

Benchmark geeft meer inzicht in de eigen bedrijfsvoering en daarmee kansen voor het leren en ontwikkelen. De samenleving heeft er recht op om te weten wat er gebeurt. Dit moet samengaan met een zorgvuldig proces. Er is behoefte aan een consistente lijn.

Een benchmark moet bij een onafhankelijke partij worden belegd.

**Overige besprekpunten:**

Belangrijke kernwoorden die voor dit traject moeten (blijven) gelden:

- Vertrouwen
- Samen
- Voorspelbaar
- Ruimte

Niet bezuinigen, maar wel leren en verbeteren

## Bijlage 5: Beleidsmatige toetsingscriteria VWS

In de bijlage bij de brief VWS van 14 november 2019, heeft het ministerie van VWS haar beleidsmatige criteria gecommuniceerd. De beleidsmatige criteria zijn opgesteld om tussentijdse resultaten, nadere uitwerkingen en besluiten ten aanzien van de integrale vergelijking verpleeghuiszorg aan te toetsen. In deze bijlage hebben we de toetsingscriteria opgenomen en voor alle criteria een korte toelichting gegeven.

### o. Algemeen

o.1 Een doelstelling van het model van de integrale vergelijking is om meer rekening te houden met verschillende omstandigheden en (omgevings)factoren waaronder de zorg moet worden georganiseerd en de best presterende (vergelijkbare) zorgaanbieders model te laten staan voor de overige zorgaanbieders. Hierdoor wordt het mogelijk dat zorgaanbieders op basis van deze informatie en op basis van de inkoopafspraken met het zorgkantoor een efficiëntieverbetering doorvoeren. Hiermee kan het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg op termijn worden gerealiseerd tegen de laagst mogelijke kosten (structureel €2,1 miljard).

o.2 Bij het inrichten van het model van de integrale vergelijking wordt rekening gehouden met aspecten van uitvoerbaarheid, doelmatigheid en doeltreffendheid.

### 1. Rollen en verantwoordelijkheden

1.1 De rollen en verantwoordelijkheden van betrokken partijen (NZa, zorgkantoren, Zorginstituut) blijven ongewijzigd. Dit betekent dat er voor zorgkantoren substantiële ruimte moet blijven om binnen het budgettaire kader op basis van maatwerk tariefafspraken te maken met zorgaanbieders. Het is niet aanvaardbaar als deze ruimte door de werking van de integrale vergelijking marginaal wordt. De NZa zal concreet in beeld brengen hoe dit structureel kan worden geborgd door de verschillende systeempartijen, waarbij rekening gehouden wordt met het budgettaire kader en de wijze waarop de NZa toezicht gaat houden. Bij de vormgeving van de substantiële ruimte kan worden onderzocht welke rol een lumpsum en/of een regionaal investeringsbudget voor zorgkantoren hierbij kan spelen. De NZa geeft, na overleg en afstemming met de zorgkantoren, een concrete uitwerking aan het begrip 'substantiële ruimte'.

1.2 Het resultaat moet aansluiten bij de visie op de rol van de zorgkantoren, zoals opgenomen in het programma Thuis in het verpleeghuis en de brieven aan de Tweede Kamer over de veranderende rol van zorgkantoren (zoals verwoord in Kamerbrieven d.d. 9 april 2018 en d.d. 6 februari 2019). De toepassing van de integrale vergelijking moet hierbinnen passen.

In paragraaf 1 Recap: wat is integrale vergelijking van hoofdstuk 3 geven wij onze zienswijze op de ruimte die er in de tariefregulering van de concrete zorgprestaties moet zijn om goede afspraken te maken. Het is essentieel dat er boven het minimumniveau voldoende tariefruimte beschikbaar blijft tot aan het maximum. De prikkel tot verbeteren verdwijnt namelijk wanneer alle behaalde efficiencywinsten meteen en volledig afgenomen worden. Een veel gebruikt uitgangspunt om deze ruimte te bepalen is door de totaal gemaakte kosten in een sector te laten landen in de maximumtarieven. Op die manier loont het voor zorgaanbieders om net iets slimmer dan gemiddeld te werken.

Vervolgens komen bovenstaande twee criteria aan de orde in hoofdstuk 6 Regulering en meer specifiek in paragraaf 6.4 Markordeningsprincipes. Hier bespreken we de keuzes in de driehoek van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. Wij benadrukken hier dat een heldere politieke keuze van belang is. Tot slot lichten wij in paragraaf 6.9 toe dat een investeringsbudget in de vorm van een lumpsumvergoeding zich niet goed verhoudt tot een bekostigingsmodel op basis van zorgprestaties met integrale tarieven.

1.3 De NZa houdt rekening met bestaande wet- en regelgeving en treedt in overleg met VWS om te beoordelen of eventuele wijzigingen noodzakelijk zijn. Voor de gegevensuitwisseling tussen NZa, zorgkantoren en zorgaanbieders en voor individuele (bandbreedte)tarieven is wetwijziging vereist. VWS zet de procedure voor wetwijziging in gang en houdt de NZa op de hoogte. De NZa borgt via het ontwikkelingsproces met het veld dat juridische procedures tegen de specifieke tarieven per zorgaanbieder zoveel mogelijk worden voorkomen.

Het voorliggende rapport is een belangrijke stap en vormt de aftrap van een ontwikkelproces. In hoofdstuk 2 De toekomst beschrijven wij onze zienswijze op dit proces en de vervolgstappen. In hoofdstuk 4 Kwaliteit, hoofdstuk 6 Regulering, en hoofdstuk 5 Transparantie bespreken wij enkele aspecten die verband houden met het criterium “rekening houden met wet- en regelgeving”.

1.4 Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is leidend bij de ontwikkeling en toepassing van de integrale vergelijking. De kwaliteit is geen onderdeel van de integrale vergelijking, maar vormt het uitgangspunt waar alle zorgaanbieders in de verpleeghuiszorg (op termijn) aan moeten voldoen. Zorgaanbieders dienen in de structurele situatie te voldoen aan het Kwaliteitskader. Duidelijk moet zijn hoe, op grond van welke informatie en door welke partij is bepaald dat een zorgaanbieder voldoet aan het Kwaliteitskader of niet.

Zie hoofdstuk 4 Kwaliteit. Wij zien een rol voor de IGJ en het veld zelf als we rekening houden met de bestaande wet en regelgeving. Wij kunnen partijen ondersteunen door onderzoek te doen naar de gebruikte normen voor de bij-schatting in de integrale vergelijking en naar mogelijkheden van het koppelen van openbare kwaliteitsinformatie aan informatie uit de integrale vergelijking.

## 2. Zorgvuldige invoering

2.1 Het ontwikkelen en toepassen van de integrale vergelijking verloopt via een evolutionair, gefaseerd proces. Op deze wijze is VWS tijdig geïnformeerd en kan VWS, in overleg met de bestuurlijke partners (NZa, ZN en ActiZ), tijdens het proces waar dit nodig blijkt bijsturen. Daarbij vindt steeds een toetsing plaats aan de in dit document geformuleerde criteria. De NZa en VWS stemmen af op welke momenten er go- of no-go-beslissingen genomen moeten worden en op basis van welke informatie dit kan gebeuren.

Voorliggende rapportage geeft inzicht in de stand van zaken en schetst vervolgstappen. Het draagt daarmee bij aan de besluitvorming.

2.2 De NZa richt het ontwikkelingsproces van de integrale vergelijking zo in, dat continue toetsing aan de criteria in dit document geborgd wordt. Dit dient te passen in het tijdschema dat de minister aan de Tweede Kamer heeft geschetst in reactie op de motie-Hermans, waarbij de uitkomsten met de bijbehorende impactanalyse uiterlijk 15 maart

2020 worden opgeleverd.

Door de corona-uitbraak is de publicatie van dit rapport vertraagd. De NZa heeft daarom aan de Minister van VWS in 2020 gemeld dat het opnemen van de resultaten van de integrale vergelijking in de gereguleerde tarieven van 2022 niet langer tot de mogelijkheden behoort.

2.3 Onderdeel van de ontwikkeling vormt een nulmeting met concrete gegevens van een voldoende representatief aantal zorgaanbieders. Daarbij worden de resultaten voorgelegd aan de zorgaanbieders voor herkenbaarheid en het testen van het model.

Zie hoofdstuk 3 waarin de resultaten van de nulmeting zijn beschreven en de reflectie van zorgaanbieders daarop.

2.4 Afhankelijk van de vraag wanneer wetwijziging gereed is, kan worden gezien of de resultaten van de nulmeting ook volledig kunnen worden gedeeld met alle zorgkantoren en zorgaanbieders, of dat hiervoor toestemming moet worden georganiseerd. Om de herkenbaarheid bij zorgkantoren te kunnen toetsen is het noodzakelijk dat zij inzicht krijgen in de resultaten van tenminste een representatief deel van de zorgaanbieders.

Zie hoofdstuk 3 waarin de resultaten van de nulmeting zijn beschreven en hoofdstuk 5 Transparantie over de wetwijziging en de mogelijkheid om informatie te delen. De resultaten van de nulmeting konden nog niet volledig worden gedeeld.

2.5 Partijen (VWS, NZa, ZN en ActiZ) stemmen de externe communicatie rond deze besluitvorming onderling af om te voorkomen dat onduidelijkheid gaat bestaan over ambities en ontwikkelstappen enerzijds en zaken waarover besloten is anderzijds.

Deze rapportage en de consultatieversie daarvan die aan partijen is voorgelegd draagt bij aan het verschaffen van duidelijkheid over ambities en ontwikkelstappen.

2.6 De NZa berekent voorafgaand aan elk jaar de herverdelingseffecten en adviseert VWS over een zorgvuldige tariefsaanpassing, zodat de herverdelingseffecten van jaar op jaar aanvaardbaar zijn, VWS besluit over de maximaal aanvaardbare tariefmutatie van jaar op jaar, zodat dit voorspelbaar en haalbaar is voor zorgaanbieders.

Het in kaart brengen van de herverdelingseffecten is in dit stadium nog niet aan de orde. Meerdere zaken moeten eerst worden doorontwikkeld zoals bijvoorbeeld de datavaliditeit en het model alvorens sprake zal zijn van tarieven die gebaseerd zijn op integrale vergelijking. Daarnaast is besluitvorming over het reguleringsmodel noodzakelijk alvorens we toe komen aan het in kaart brengen van de nieuwe (concept) tarieven en de herverdelingseffecten daarvan.

2.7 De stappen die worden gezet ten aanzien van de integrale vergelijking moeten aansluiten bij de bestuurlijke afspraken die in het voorjaar van 2019 gemaakt zijn over de ingroei naar het Kwaliteitskader. Voor 2022 en latere jaren is de samenhang met de reeds gepubliceerde indicatieve tarieven voor 2021 van belang in verband met de strategi-

sche personeelsplanning van zorgaanbieders (die nu uitgaat van de gepubliceerde tarieven voor 2021 die aansluiten bij € 2,1 miljard).

[Voorliggende rapportage en zienswijze van de NZa op het vervolg conflicteert niet met de reeds gepubliceerde indicatieve maximumtarieven.](#)

2.8 Indien zorgaanbieders nog onvoldoende personeel hebben aangenomen om te voldoen aan het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg moeten zorgkantoren een korting op het tarief kunnen opleggen. De vastgestelde regelgeving moet dusdanig zijn, dat voor zorgaanbieders die achterlopen in het aannemen van extra personeel een redelijkerwijs kostendekkend tarief kan worden afgesproken dat in lijn is met hun personele inzet.

[In paragraaf 5 Tariefsoort van Hoofdstuk 6 beschrijven wij onze zienswijze. Hoewel het rekenkundig mogelijk is om het minimumtarief op een lager niveau dan het minimumkostenniveau vast te stellen, vinden we deze werkwijze onwenselijk. Het past niet bij het gegeven dat het minimumkostenniveau minimaal nodig is om aan het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg te voldoen \(en dat tarieven daartoe in staat moeten stellen\) en is dus ook zeker geen werkwijze die past bij een structurele situatie.](#)

2.9 Het systeem van de zorgzwaartebekostiging en de contracteerruimte als financieel beheersinstrument blijven bestaan. De NZa onderzoekt hoe deze samenhang er precies uitziet. De uitkomsten van de integrale vergelijking worden gekoppeld met het verdeelmodel. Hierbij mogen er geen ongewenste effecten voor de zorgkantoren ontstaan om aan hun zorgplicht te voldoen.

[Zie hoofdstuk 6 Regulering waarin de samenhang tussen toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid staat beschreven en de spanning die dit kan opleveren.](#)

2.10 Omdat de kapitaallasten volledig in de tarieven zijn opgenomen en deze volledig onder de contracteerruimte vallen, worden de kapitaallasten ook meegenomen in het model van de integrale vergelijking. Zorgaanbieders dragen eigen verantwoordelijkheid voor hun vastgoed. Het vastgoed dient te voldoen aan de eisen die het Kwaliteitskader hieraan stelt. Daarbij wordt rekening gehouden met het feit dat de kapitaallasten op korte termijn niet of slechts beperkt zijn te beïnvloeden.

[Uit hoofdstuk 3 volgt dat we voor de nulmeting de kapitaallasten niet hebben meegenomen. In paragraaf 9 Kapitaallasten van hoofdstuk 6 beschrijven wij de nadelige effecten van het niet meenemen van de kapitaallasten en de randvoorwaarden waaraan moet zijn voldaan zodat de kapitaallasten kunnen worden meegenomen.](#)

### **3. Gehanteerde gegevens**

3.1 De NZa streeft naar zo laag mogelijke administratieve lasten van de integrale vergelijking. Deze mogen niet hoger zijn ten opzichte van het reguliere kostenonderzoek voor de onderbouwing van Wlz-tarieven. De lasten worden verder zoveel mogelijk beperkt door de uitvraag af te stemmen met de sector en aansluiting te zoeken bij KIK-V en de daar te ontwikkelen methode van bronontsluiting.

3.2 De gehanteerde data dienen valide en compleet te zijn. Hierbij dient het aspect van fraudegevoeligheid worden meegenomen.

3.3 De zorgaanbieders zitten tot 2022 nog in de ingroeifase van het Kwaliteitskader. Dat betekent dat ze volgens de bestaande beleidstheorie nog niet volledig kunnen voldoen aan de normen van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Dit werkt door in de kostengegevens van de aanbieders, die daardoor nog niet op het niveau van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg hoeven te liggen. Partijen (NZa, ActiZ, ZN, ZINL en IGJ) ontwikkelen gezamenlijk een lijn hoe hiermee om te gaan, waarover de NZa zal rapporteren.

In hoofdstuk 3 reflecteren wij op bovenstaande drie criteria.

#### 4. Uitlegbare uitkomsten

4.1 De uitkomsten dienen herkenbaar te zijn bij de veldpartijen. NZa streeft ook naar voldoende medewerking van een grote groep zorgaanbieders bij de ontwikkeling.

4.2 Om draagvlak te creëren voor het model biedt de NZa inzicht over wat wordt verstaan onder de beïnvloedbare en niet beïnvloedbare factoren. Duidelijk moet zijn welke factoren op welke wijze concreet zijn meegenomen in de tariefstelling.

4.3 De uitkomsten moeten uitlegbaar en inzichtelijk zijn voor zorgaanbieders. De besluiten bieden concrete handvatten voor leren en verbeteren van de organisatie en de bedrijfsvoering. Het is noodzakelijk dat zorgaanbieders en zorgkantoren weten waarop ze kunnen sturen en waarop de efficiëntiescore van de NZa is gebaseerd.

Bovenstaande drie criteria komen aan de orde in hoofdstuk 3 waarin de nulmeting is beschreven. In hoofdstuk 2 De toekomst beschrijven wij de noodzakelijke vervolgstappen om aan deze criteria te kunnen voldoen.

#### 5. Toezicht NZa

5.1. Prikkels voor doelmatigheid (realiseren van efficiencyopdracht) en mogelijkheden voor macrobeheersing moeten in het model goed geborgd zijn. Het is dus van belang dat zorgkantoren vanuit het model voor de integrale vergelijking informatie krijgen op welke beïnvloedbare factoren zij concreet kunnen sturen bij de zorgaanbieders om de efficiencyopdracht te realiseren. Het is aan de zorgkantoren zelf te bepalen hoe zij deze informatie aanwenden in de inkoopgesprekken.

5.2. Het moet voor de zorgkantoren ook duidelijk zijn wat de NZa als toezichthouder op de zorgkantoren verwacht. Een heldere toezichtvisie van de NZa op de zorgkantoren is daarbij onmisbaar. De NZa levert die visie voordat de minister een definitief besluit neemt over de toepassing van de integrale vergelijking.

Voorgaande twee criteria worden besproken in paragraaf 8 toezicht van hoofdstuk 6. In bijlage 14 staat een beschrijving van de wijze waarop de NZa dit toezicht in den brede invult (toezichtvisie).



## Bijlage 6: Toelichting integrale vergelijking verpleeghuiszorg

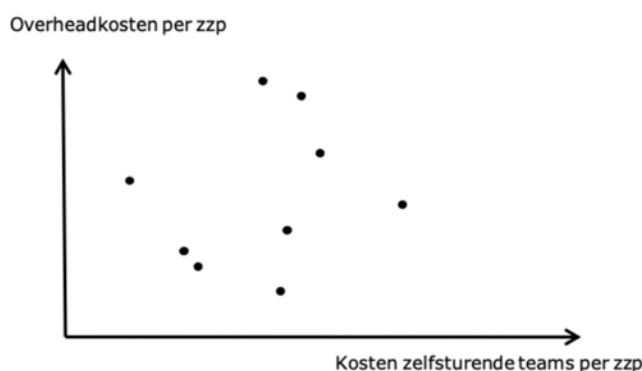
### Werking integrale vergelijking verpleeghuiszorg

De basis van de integrale vergelijking verpleeghuiszorg is data. In eerste instantie worden er gegevens verzameld van alle zorgaanbieders over de kosten, productie en andere kenmerken. Als inputs voor het model worden er gegevens (indicatoren) gebruikt over kosten of soms ook bepaalde fysieke inputs, zoals de indeling naar verschillende soorten personeel. Als outputs voor het model worden indicatoren van productievolumes gebruikt, zoals verpleegdagen (gewogen met zorgzwaarte). Daarnaast kan het model rekening houden met omstandigheden van zorgaanbieders zoals stedelijkheid of specialisatie in specifieke ziektebeelden.

Inputs	De kosten die verpleeghuizen maken
Outputs	De zorg die verpleeghuizen leveren
Omstandigheden	Exogene factoren over de omgeving waarin de verpleeghuizen opereren

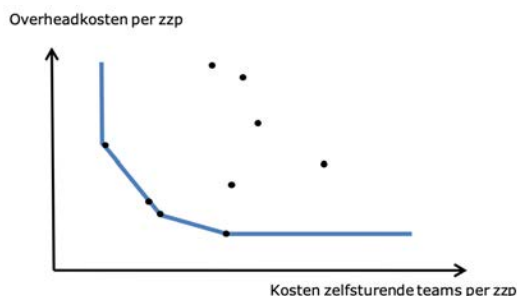
Elke zorgaanbieder wordt vervolgens vertegenwoordigd door een set van deze gegevens, uitgedrukt als één punt in een figuur. Er ontstaat hierdoor een figuur waarin alle zorgaanbieders te zien zijn. In onderstaande figuur is een twee dimensionaal voorbeeld hiervan weergegeven. In dit voorbeeld worden, voor elk van de zorgaanbieders, de overheadkosten per zzp en de kosten van zelfsturende teams tegen elkaar afgezet.

voorbeeld puntenwolk



Aan de hand van deze gegevens over alle zorgaanbieders bepaalt de DEA-methode binnen de mogelijkheden waar zorgaanbieders mee te maken hebben de minimale productiegrens: de 'productie-frontier' genoemd. In onderstaand figuur is de frontier weergegeven in het twee dimensionale voorbeeld:

### voorbeeld puntenwolk met frontier



De frontier geeft aan voor welke minimale kosten de zorgprestaties in de praktijk geleverd worden. Met minder kosten is het onwaarschijnlijk dat dezelfde productie gerealiseerd kan worden. Deze frontier wordt daarom gebruikt als referentie voor de berekening van de minimale kosten voor de specifieke situatie van elke zorgaanbieder.

Voorgaande figuren zijn tweedimensionaal. De methode kan echter meerdere elementen gelijktijdig meenemen. Bijvoorbeeld; het verschil tussen kostencategorieën én de verschillen in productmixen. Hierdoor krijgen we inzicht in de kostprijzen van de meest doelmatige zorgaanbieder.

De methode wijst voor iedere zorgaanbieder één of meerdere peers aan. Deze peers leveren samen dezelfde soort zorg als de zorgaanbieder in kwestie, maar tegen de laagste kosten.

Frontier bepaalt per verpleeghuis de minimumwaarde voor de kosten

Deze peers leveren vergelijkbare zorg conform het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg tegen minimale kosten. Ze zitten daarmee op de kosten-frontier van het model en op basis van hun kosten worden de minimale haalbare kosten bepaald voor de zorgaanbieder in kwestie. Daarbij wordt uiteraard rekening gehouden met het productievolume van het verpleeghuis.

Het is dus voor ieder verpleeghuis in Nederland bekend dat er een vergelijkbaar verpleeghuis (of enkele) bestaat dat dezelfde zorg tegen deze kosten heeft geleverd.

## Bijlage 7: Aanvullende informatie bij procesbeschrijving nulmeting

### Proces

#### De ontwikkeling van een template

In juni 2019 heeft de NZa KPMG opdracht gegeven om haar te ondersteunen bij de ontwikkeling van een data-uitvraag bij verpleeghuizen. Ook is in diezelfde periode een werkgroep Data & Model gestart. Deze werkgroep bestaat voornamelijk uit controllers van verpleeghuizen. Deze werkgroep heeft de NZa ten tijde van de nulmeting voorzien van adviezen op het gebied van het opstellen van de data-uitvraag en verschillende datamodelkeuzes. Tevens hebben enkele deelnemers het template getest voordat het aan de hele sector werd verstrekt.

#### De data-uitvraag periode

Eind augustus 2019 en begin oktober 2019 is naar de verpleeghuizen een aankondigingsbrief gestuurd over de data-uitvraag. Dit betrof alle zorgaanbieders waarvan bekend was dat ze in 2018 voor meer dan 1 miljoen euro aan omzet hadden voor zorg die valt onder het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (VV zzp/vpt 4 t/m 10). De data-uitvraag had betrekking op kosten en productie in 2018.

De templates voor de data-uitvraag zijn op 17 oktober 2019 aan de verpleeghuizen via het aanvragenportaal van de NZa aan de verpleeghuizen ter beschikking gesteld. In het aanvragenportaal kan het verpleeghuis op een veilige manier met de NZa gegevens uitwisselen. Verpleeghuizen konden tot en met 28 november 2019 de ingevulde templates via het aanvragenportaal bij de NZa aanleveren. Een aantal verpleeghuizen heeft om verschillende redenen uitstel gekregen. Deze verpleeghuizen zijn in de gelegenheid gesteld om de hoofdtemplate uiterlijk één week later (5 december 2019) via het aanvragenportaal aan te leveren.

De gegevens-uitvraag bestond uit twee Excelbestanden; de hoofdtemplate en de hulptemplate. Alleen de hoofdtemplate moest verplicht door de verpleeghuizen worden ingevuld. De hulptemplate was facultatief te gebruiken. In beide bestanden was een uitgebreide instructie in de templates opgenomen hoe men de bestanden moest invullen. Daarnaast is tijdens de gegevens-uitvraag op een zestal manieren aan de verpleeghuizen ondersteuning geboden:

- Gebruikersinstructie en een fictief vooraf ingevulde template.
- Videohandleidingen: Deze acht video's werden in deze periode in totaal 444 keer bekeken.
- Regionale informatiebijeenkomsten: in de tweede en derde week van de data-aanleveringsperiode zijn regionale informatiebijeenkomsten georganiseerd verspreid over het land.
- Een FAQ-document: in dit document zijn de meest gestelde vragen en antwoorden vermeld. Dit document is regelmatig geactualiseerd.
- Nieuwsbrieven/informatiekaart: in de periode van de data-uitvraag heeft de NZa nieuwsbrief een aantal keer stilgestaan bij de integrale vergelijking. Ook is er een aparte informatiekaart gemaakt over de integrale vergelijking verpleeghuiszorg.
- Helpdesk KPMG: als verpleeghuizen vragen hadden, konden ze een e-mailbericht sturen of een speciaal daartoe ingesteld telefoonnummer bellen. De vragen werden beantwoord door medewerkers van KPMG. Er zijn in week 43 tot en met week 49 van het jaar 2019 341 telefoongesprekken met 220 verpleeghuizen gevoerd. In dezelfde weken zijn in totaal 31 e-mails door de Helpdesk van KPMG ontvangen.

#### Een zo volledig mogelijke data-set

Tijdens de uitvraag is de NZa door veel zorgaanbieders benaderd die hun zorgen en bezwaren uiten over de uitvraag en daarom hun gegevens niet aanleverden. Naar aanleiding hiervan heeft de NZa met zorgaanbieders gesprekken gevoerd en is met elkaar afgesproken dat de resultaten eerst worden gedeeld met zorgaanbieders zodat hun mening meeweegt in dit rapport. Uiteindelijk hebben 286 verpleeghuizen een template ingediend.

#### Het uitvoeren van controles op de aangeleverde dataset

Om de validiteit van de gegevens te borgen, zijn zowel bij het invullen van de templates als na de aanlevering controles uitgevoerd. Bij een onvolledige of onlogische invoer kreeg de zorgaanbieder direct in de template een melding. De NZa controleerde bij aanlevering van het template ook deze checks en vroeg bij een onvolledige of onlogische invoer de zorgaanbieder om het template nogmaals te controleren en zonodig te wijzigen.

Na de data-aanlevering van verpleeghuizen volgde een tweede analyse van de NZa op de data en de bruikbaarheid ervan. Na een analyse en pilot door de werkgroep data & model ontvingen de verpleeghuizen op 7 februari 2020 via het aanvragenportaal de eerste terugkoppeling 'Data & Bewerkingen'. In deze terugkoppeling gaf de NZa aan in hoeverre bepaalde gegevens en controles consistent werden geacht. Verpleeghuizen hadden vervolgens de mogelijkheid om hierop te reageren door hun keuzes te beargumenteren of bepaalde gegevens aan te passen. Dit proces werd ondersteund door de NZa en de NZa heeft in deze periode nog circa 179 vragen van zorgaanbieders beantwoord. Wanneer verpleeghuizen de gegevens aanpasten ontvingen zij via het aanvragenportaal een nieuwe terugkoppeling. Er zijn in deze periode veel aangepaste templates ingediend.

Na de terugkoppeling over de data zijn met de verkregen (nieuwe) data analyses uitgevoerd. Alle 286 verpleeghuizen, die hun data hebben aangeleverd, zijn meegenomen in de analyses. Van de 286 templates zijn er 109 opgenomen in de referentieset (38%). De referentieset omvat de zorgaanbieders waarvan de gegevens over productie en kosten van voldoende kwaliteit zijn zodat ze potentieel peer voor andere zorgaanbieders kunnen zijn. Zie voor een nadere toelichting op de referentieset paragraaf 3.4

In april 2020 is een individuele, inhoudelijke terugkoppeling aan de verpleeghuizen verstuurd. In deze rapportage is de integrale vergelijking toegelicht en is een overzicht gegeven van individuele resultaten van de nulmeting. Zorgaanbieders kregen uitleg over de getoonde resultaten in filmpjes. De NZa mag geen herleidbare gegevens delen over andere zorgaanbieders zonder dat er expliciet toestemming voor is gegeven en/of een goede wettelijke basis voor is. Daarom zijn de resultaten in de terugkoppeling niet herleidbaar naar individuele zorgaanbieders. De cijfers zijn weergegeven ten opzichte van de geanonimiseerde andere zorgaanbieders.

#### Respons en kwaliteit data

De response 88% (286 van de 325) is gelijk aan het percentage van het kostenonderzoek langdurige zorg dat in 2018 is uitgevoerd. De meest voorkomende inconsistenties in de data van templates die niet meegenomen zijn hadden betrekking op twee elementen (zie ook pagina 4 van de individuele terugkoppeling Data en Bewerkingen).

#### Respons

- Aantal zorgaanbieders in scope 325
- Aantal aangeleverde template 286
- Aantal templates van voldoende kwaliteit (potentieel peer en efficiency score) 109

## Bijlage 8: Modelkeuzes kwaliteitskader en productgroepen

In deze bijlage is een nadere toelichting opgenomen op de modelkeuze van bijschatten voor het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en het clusteren van productgroepen.

### Bijschatting voor het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

In 2018 werd door bijna alle zorgaanbieders minder zorgpersoneel ingezet dan noodzakelijk volgens het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Vrijwel alle zorgaanbieders hebben daarom extra kwaliteitsmiddelen aangevraagd om meer personeel aan te kunnen nemen. Wanneer de vergelijking alleen de gemaakte kosten van 2018 meeneemt ontstaat een vertekend beeld van de werkelijk benodigde kosten. Daarom is het belangrijk – zolang zorgaanbieders nog niet volledig zijn ingegroeid in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg – de benodigde personele meerkosten in de vergelijking mee te nemen. Om tot een individuele schatting van de verwachte kosten te komen is de NZa op zoek gegaan naar de beschikbare gegevens en een passende methode. De meest gedetailleerde gegevens die op dit moment voor bijna alle zorgaanbieders beschikbaar zijn over de personeelsinzet zijn opgegeven bij de aanvraag voor de kwaliteitsmiddelen. Om een inschatting te maken van de benodigde personele meerkosten maken we gebruik van deze best beschikbare data en de daarbij best passende methode. De cijfers over de personeelsinzet zetten we namelijk af tegen de rekennorm die we als NZa hebben gebruikt om de extra middelen in te schatten die nodig zijn om het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg te halen (impactanalyse). Wij realiseren ons dat deze rekennorm geen blauwdruk is voor zorgorganisaties, maar dat er veel andere manieren zijn om aan de personeelseisen te voldoen. Deze bijschatting moet dus gezien worden als een benadering voor de personele meerkosten. De inschatting zal naarmate zorgaanbieders verder zijn in het ingroeipad steeds nauwkeuriger worden en bij volledige ingroei niet meer nodig zijn.

#### De berekening is als volgt:

Als eerste schatten we het totaal aantal FTE dat een organisatie nodig heeft om het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg te halen voor de opgegeven productie in 2018: “de norm FTE Kwaliteitskader”. \*

Als tweede berekenen we hoeveel netto FTE er nodig is om aan de kwaliteitskader norm te voldoen. Dit doen we door het totaal aantal benodigde zorguren uren te delen door het aantal netto zorguren die 1 FTE kan leveren. \*\*

Na deze twee stappen weten we dus hoeveel netto FTE een organisatie nodig heeft om aan de kwaliteitskader norm te voldoen.

Dit vergelijken we met het totaal van zorgpersoneel dat in een organisatie ingezet was in 2018, volgens het aanvraagformulier voor de kwaliteitsmiddelen. \*\*\*

Als laatste stap nemen we het verschil tussen de norm FTE en de ingezette FTE van de organisatie en vermenigvuldigen dit met het gemiddelde bedrag van salarissen van het zorgpersoneel van de organisatie. \*\*\*\* De uitkomst hiervan bepaalt de opschaling van het personeel.

De werkgroep data & model heeft geadviseerd over bovenstaande methodiek. Zij geven aan dat er tussen organisaties verschillen bestaan wat betreft de definitie van direct zorgpersoneel. De werkgroep gaf aan dat bij een volgende

meting het verstandig is om zorgaanbieders zelf een inschatting te laten maken van het verschil tussen de FTE norm en het ingezette personeel.

\* De “norm FTE Kwaliteitskader” wordt berekend op basis van parameters uit de impactanalyse van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. De impactanalyse van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg gaat uit van 4,5 benodigde zorguren per verpleegdag per cliënt. Door het totaal aantal verpleegdagen geleverd in 2018 met 4,5 te vermenigvuldigen berekenen we het totaal aantal benodigde zorguren van de organisatie.

\*\* Om het aantal netto zorguren per FTE te berekenen, gebruiken we de uitgangspunten uit de impactanalyse. De impactanalyse gaat vanuit 1872 bruto-uren per FTE. Om dit te vertalen naar netto-uren, worden vakantie (14%), opleiding (2%) en verzuim (organisatie specifiek) van de 1872 bruto-uren afgetrokken.

\*\*\*Het totaal van zorgpersoneel dat is ingezet is berekend als het totaal zorgpersoneel dat de zorgorganisatie heeft doorgegeven in de template.

Het advies van de werkgroep Data en Model was om de behandelaars en leerlingen niet mee te nemen in deze berekening. Alleen de verpleegkundigen, overig zorgpersoneel en inhuur worden meegenomen.

\*\*\*\* De gemiddelde salariskosten van zorgpersoneel van de organisatie wordt berekend als gewogen gemiddelde van gemiddelde salarissen van alle zorgpersoneelscategorieën. De benodigde gegevens zijn beschikbaar uit de template. Hierbij zijn dezelfde categorieën zorgpersoneel meegenomen zoals hierboven (dus, geen behandelaars en leerlingen).

## Clustering van productgroepen

Het onderbrengen van producten in productgroepen zorgt ervoor dat de verhouding tussen de productmix en de kosten evenwichtig meegenomen wordt in de vergelijking. In de nulmeting zijn de producten daarom geclusterd in productgroepen. Er zijn vier productgroepen voor de productie die onder het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg vallen (productgroep 1 t/m 4) en twee voor productie die daar niet onder vallen. (productgroep 5 en 6). Hieronder volgt de redenering achter de indeling in productgroepen die wordt gebruikt in de nulmeting.

### **Intramurale productie (zpz's VV4 VV10)**

ZPZ VV 5 en 6 vormen de kern van de productie van bijna alle Zorgaanbieders. Vaak hebben zorgaanbieders dezelfde soort inzet nodig om deze zorg te leveren. Daarbij is er mogelijk wel verschil tussen verpleeghuizen waar behandeling wordt geleverd, en waar niet. Daarom zijn de prestaties met en zonder behandeling in aparte groepen geplaatst. Prestaties ZPZ VV7 tot en met VV10 vormen qua omvang een kleine groep, maar ze zijn substantieel anders dan prestaties van de prestatiegroep ZPZ VV5 en 6. Prestatie ZPZ VV4 is gemiddeld gezien ook anders en vormt daarom een aparte productgroep.

### **Volledig pakket thuis (vpt VV4 VV10)**

De vpt-prestaties maken bij de meeste zorgaanbieders een klein deel uit van de Wlz-zorg. Indien de vpt's geclusterd geleverd worden, zijn deze prestaties wat betreft kosten vergelijkbaar met de zpz-prestaties. Daarom zijn deze samen met zpz-productie van dezelfde zorgzwaarte in de analyse meegenomen en niet als aparte productgroep onderschei-

den. NB: Voor zorgaanbieders die vrijwel alleen maar vpt leveren gaat dit mogelijk niet op. Daarom worden deze 13 (relatief kleine) zorgaanbieders in de nulmeting nog niet als mogelijke peer gezien.

### **Prestaties die niet onder het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg vallen**

De productie die niet onder het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg valt is bij de meeste zorgaanbieders een kleiner onderdeel (landelijk gemiddeld iets boven 20%). Bij de indeling van deze producten maken we daarom alleen onderscheid tussen producten met en zonder verblijfscomponent. Voor de prestaties van Wlz-ZIN is deze indeling in eerste instantie gedaan op basis van de verblijfsdagen. Aanvullend zijn ook de prestaties met een hoge kapitaalcomponent (>15%) in de productgroep met verblijfscomponent meegenomen, namelijk prestaties van dagbesteding/dagbehandeling, de mutatiedagen en verblijfsdagen niet geïndiceerde partner. Bij niet WlzZIN zijn de categorieën ZvwELV en ZvwGRZ in de productgroep met verblijfscomponent meegenomen, en alle andere categorieën in de productgroep zonder verblijfscomponent meegenomen.

### **Effect van indeling op de uitkomsten**

Er is niet één unieke beste manier voor het indelen van producten in productgroepen. Bij het testen van modellen in de nulmeting bleek echter dat dit waarschijnlijk voor het totaalniveau een beperkt verschil maakt, omdat diverse andere indelingen soortgelijke uitkomsten gaven.

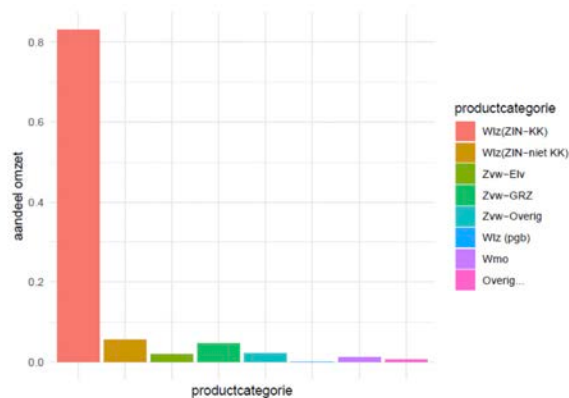
59 <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2017/03/31/impactanalyse-verpleeghuiszorg-2017/impactanalyse-verpleeghuiszorg-2017.pdf>



## Bijlage 9: Inzicht in productie

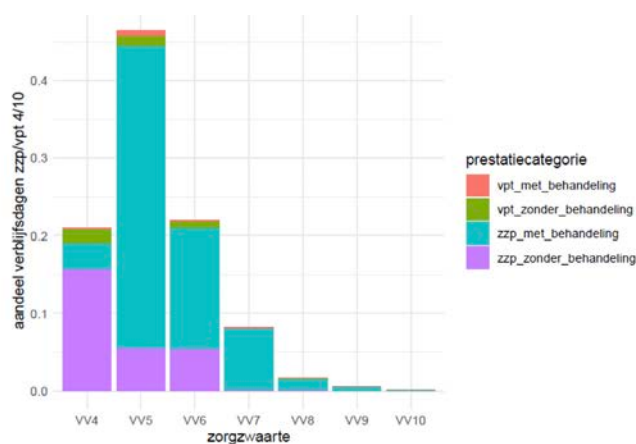
### Opbouw productie verpleeghuizen in Nederland

Onderstaand figuur laat zien hoe de kostenbasis VV is opgebouwd. Ruim 80% van de productie is VV 4 t/m VV10 en valt dus onder het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Bijna 20% van de productie is echter aangrenzende productie, die daar niet onder valt. Deels valt deze onder de Wlz, maar ook vaak onder de Zvw (zoals geriatrie revalidatiezorg).



### Opbouw productie Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

Onderstaand figuur laat zien hoe de productie Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is opgebouwd. Bijna de helft van deze productie is VV5. Er wordt ongeveer evenveel VV4 als VV6 zorg geleverd (beiden ongeveer ongeveer 20%). De rest is VV7 en hoger.



## Bijlage 10: Voorbeeld spiegelinformatie

Uw organisatie	Landelijk gemiddelde	Aanbieder 1*	Aanbieder 2*	Aanbieder 3*	Aanbieder 4	Aanbieder 5	Aanbieder 6
Grootte	Klein	Klein	Klein	Klein	Gemiddeld	Gemiddeld	Klein
Verdeling van totale omzet							
zpz en vpt VV4-VV10	85%	64%	79%	91%	93%	80%	86%
Niet-kwaliteitskader	10%	13%	11%	2%	4%	6%	9%
Overige zorg (buiten kostenbasis VV)	4%	23%	10%	7%	3%	15%	4%
Verdeling van kostenbasis VV							
Personeel (opgegeven)	55%	58%	56%	50%	52%	59%	55%
Personeel (bijgeschat)	13%	15%	18%	22%	12%	12%	21%
Materieel	17%	17%	23%	16%	25%	16%	19%
Kapitaal	15%	9%	2%	12%	11%	13%	5%
Overig	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Bijschatting per dag	€ 34,71	€ 48,06	€ 58,48	€ 47,66	€ 36,96	€ 38,18	€ 57,70
Verdeling van zorgpersoneel							
Leerlingen	11%	6%	5%	9%	16%	12%	5%
Niveau 1-3	73%	69%	78%	75%	69%	78%	75%
Niveau 4-6	15%	11%	16%	11%	6%	5%	16%
Behandelaar	0%	5%	0%	0%	0%	0%	0%
Overig zorgpersoneel	0%	4%	1%	2%	8%	0%	0%
Totaal inhuur	1%	4%	0%	3%	0%	6%	4%
Gemiddelde loonkosten mix 2-3-4	€ 45.401	€ 45.939	€ 45.117	€ 44.553	€ 45.759	€ 46.566	onb.
Ziekteverzuim	3%	7%	8%	8%	4%	7%	4%
Regio	Noord		Midden	Zuid	Midden	Midden	Noord

## Bijlage 11: Beoordelingscriteria uit het rapport 'Uitwerking methoden bekostiging op basis van integrale vergelijking'

In de bijlage bij de Brief van de NZa aan VWS d.d. 10 september 2019, met kenmerk 1601410-197559-LZ, zijn de verschillende methoden getoetst aan verschillende criteria. Deze zijn in het rapport te vinden op pagina 24 tot en met 29.

In onderstaande tabel zijn volledigheidshalve deze criteria nogmaals weergegeven.

Tabel: beoordelingscriteria uit het rapport: Uitwerking methoden bekostiging op basis van integrale vergelijking

Hoofdonderwerp	Criteria
Zorgaanbieder	Uitlegbaarheid aan zorgaanbieders, mogelijkheid om het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg te halen binnen het gereguleerde tarief, inzicht voor de zorgaanbieder in leren en verbeteren, administratieve lasten
Zorgkantoor	onderhandelingspositie van het zorgkantoor en de onderhandelingsruimte voor het zorgkantoor,
Juridische aspecten	Juridische positie zorgkantoor en NZa en juridische houdbaarheid.
Macrobudgettaire impact en draagvlak	Verwacht macrobudgettair effect en draagvlak IV

## Bijlage 12: Achtergrond en proces van macrobeheersing via contracteerruimte

Het proces achter de macrobeheersing via de contracteerruimte (de contracteerruimtesystematiek) werkt als volgt:

### Vaststelling voorlopig en definitief macrobudget

De Minister van VWS stelt via de voorlopige en definitieve kaderbrieven in het jaar t-1 het makro kader voor de Wlz voor het jaar t vast; dit is een integraal kader voor de V&V, GHZ en GGZ voor zorg in natura (zin) en persoonsgebonden budgetten (pgb). Vastlegging vindt plaats in de Regeling langdurige zorg die de Minister van VWS vaststelt.

### Verdeling macrobudget over de zorgkantorregio's

De NZa verdeelt het kader over de zorgkantorregio's, en maakt daarbij een splitsing tussen zin en pgb. Zorgkantoren kunnen budgettaire ruimte overhevelen tussen zin en pgb binnen hun regio; ook kan er overgeheveld worden tussen regio's. De budgettaire ruimten per regio, maar ook voor zin en pgb, zijn dus dynamisch. Vanaf 2021 geldt een nieuw verdeelmodel, dat het budgettair kader over de regio's verdeelt op basis van het aantal indicaties, waarbij wordt aangesloten op de taakopvatting van zorgkantoren (zoals sturing op prijs en leveringsvorm) en gecorrigeerd wordt voor factoren waar zorgkantoren niet op sturen (onder andere de hoeveelheid dagbesteding, meerzorg en toeslagen)<sup>60</sup>.

De contracteerruimtesystematiek is alleen van toepassing op zin. Voor het pgb geldt een subsidieplafond dat wordt opgelegd in de Regeling langdurige zorg.

## Individuele budgettering zorgaanbieders

### Budgetronde (15 november t-1)

De NZa toetst de aangevraagde omzetbedragen per zorgaanbieder voor alle zorgaanbieders in een regio aan de regionale contracteerruimte. Indien het totaal aangevraagde bedrag binnen de regionale contracteerruimte blijft, worden de aanvragen gehonoreerd. Indien het totaal aangevraagde bedrag de contracteerruimte overschrijdt, kort de NZa de aangevraagde bedragen naar rato van de overschrijding. Dit gebeurt op het niveau van de regio.

De budgetronde is bedoeld om zorgaanbieders vooraf het declaratierecht te geven (maximumtarieven per zorgprestatie) en een individueel plafond te geven voor de hoogte van de aanvaardbare kosten. Dit individuele plafond kan nog worden bijgesteld in de herschikkingsronde.

### Herschikkingsronde (1 november t)

Omdat verzekeren gedurende het jaar in- en uitstromen in de Wlz en zorgvraag- en levering veranderen, bestaat de mogelijkheid van herschikking. Bij de herschikkingsronde kan een bijstelling van de budgetaanvraag worden gedaan. De herschikkingsronde is niet verplicht. Indien deze wordt overgeslagen blijft het budget (het plafond) uit de budgetronde van toepassing. In deze ronde wordt opnieuw getoetst aan de macro beschikbare ruimte. Indien het totaal aangevraagde bedrag de contracteerruimte overschrijdt kort de NZa de aangevraagde bedragen van de

60 Zie technische bijlage bij beleidsregel BR/REG-21110

zorgaanbieders die een verhoging van het budget hebben aangevraagd; dit gebeurt naar rato van het aandeel van de aanvragen van deze zorgaanbieders op de totale toename. Als de overschrijding wordt veroorzaakt door één of meer zorgaanbieders, dan wordt de gehele correctie verwerkt op de aanvragen van deze zorgaanbieder(s).

### **Nacalculatie (1 juni t+1)**

Bij de nacalculatie worden de ingediende opgaven niet meer getoetst aan de contracteerruimte, maar wordt de gerealiseerde omzet van de individuele zorgaanbieder getoetst aan zijn individuele plafond zoals vastgesteld op basis van de budget- of herschikkingsronde.

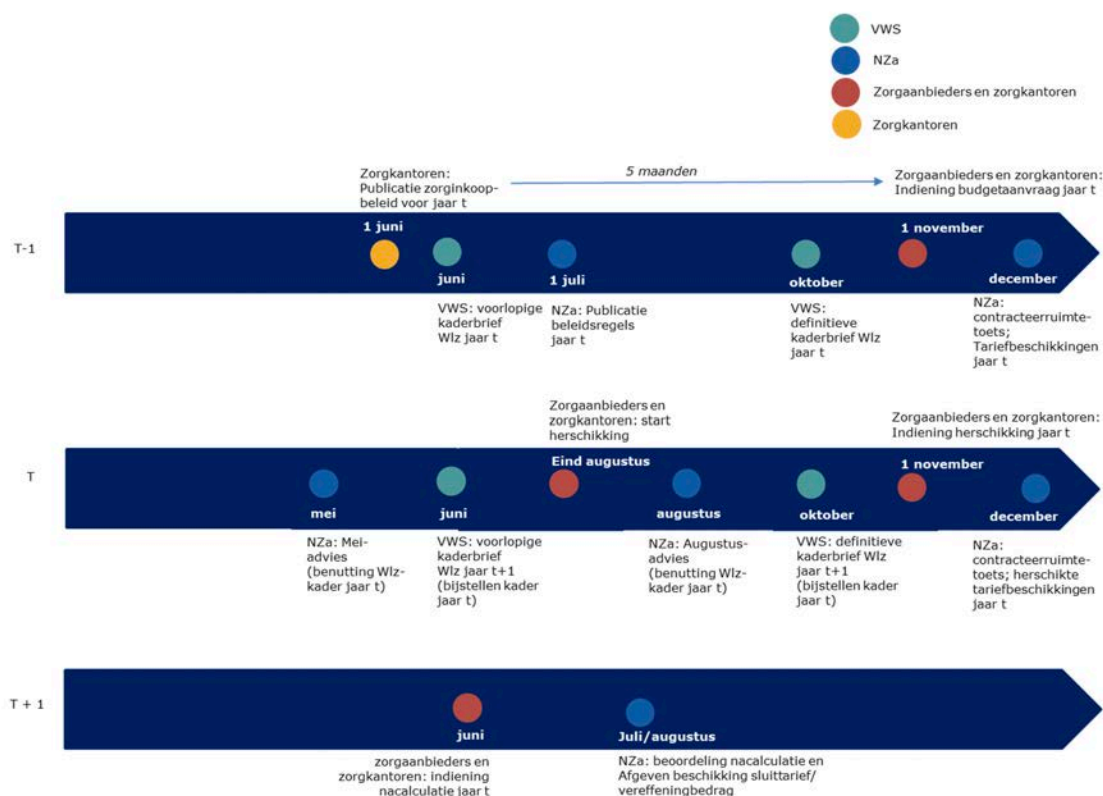
Overproductie kan – voor zover er (macro) financiële ruimte is – worden verrekend met onderproductie.

De gehonoreerde omzet van een zorgaanbieder landt uiteindelijk in de aanvaardbare kosten. Op basis van het verschil tussen de werkelijk gedeclareerde omzet en de aanvaardbare kosten stelt de NZa een sluitend of vereffeningbedrag vast. De contracteerruimtesystematiek is daarmee een vorm van tariefregulering.

### **Adviescyclus**

Gedurende het jaar t monitort de NZa de benutting van het Wlz-kader. Op ten minste twee vaste momenten, in mei en augustus, adviseert de NZa de Minister van VWS over de toereikendheid van het kader. Daarbij geeft de NZa ook advies over de inzet van herverdelingsmiddelen. De herverdelingsmiddelen zijn middelen uit een deel van de groei-ruimte dat bij aanvang van het jaar nog niet aan het kader is toegevoegd; deze kunnen, afhankelijk van de ontwikkelingen in de zorgvraag gedurende het jaar voor specifieke regio's worden ingezet. In de kaderbrieven in het jaar t kan de minister, mede op basis van de adviezen van de NZa, besluiten om het kader voor het lopende jaar bij te stellen.

In figuur A is het budgetteringsproces voor het jaar t weergegeven, met de stappen die in de jaren t-1, t en t+1 worden gezet.



Figuur A Budgetteringsproces in de Wlz

### Knelpuntenprocedure

Ook buiten de reguliere adviesmomenten bestaat de mogelijkheid dat de NZa de minister adviseert over de toereikendheid van het kader. Een Wlz-uitvoerder kan via de knelpuntenprocedure aangeven dat de zorgplicht in gevaar is bij de beschikbare middelen. De NZa beoordeelt de melding van de Wlz-uitvoerder en kan naar aanleiding daarvan besluiten de minister van VWS onderbouwd te adviseren over een eventuele ophoging van het kader.

## Bijlage 13: Recente ontwikkelingen in de bekostiging van verpleeghuiszorg

### Wlz-brede wijzigingen

In 2018 zijn de volgende wijzigingen doorgevoerd in de tarieven voor zorg in natura:

- Er is overgegaan van vaste tarieven (op basis van maximumbeleidsregelwaarden) naar maximumtarieven die voor elke zorgaanbieder gelijk zijn. De NZa stelt deze maximumtarieven per zorgprestatie vast op basis van kostenonderzoek. Het meest recente kostenonderzoek is uitgevoerd in 2018 op basis van kostengegevens onder alle Wlz-zorgaanbieders over het jaar 2016.
- Er is overgegaan op integrale tarieven, waarin een normatieve vergoeding voor kapitaallasten is opgenomen.

### Wijzigingen binnen verpleeghuiszorg

#### **2018: Eerste tranche kwaliteitsmiddelen (€ 435 miljoen) in tarief**

De eerste tranche van de kwaliteitsgelden voor het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (€ 435 miljoen) zijn in 2018 in de tarieven verwerkt door middel van een generieke ophoging van het tarief.

#### **2019 – 2021: Kwaliteitsbudgetten naast zzp- en vpt-tarieven**

Voor de periode 2019-2021 zijn er naast de zzp- en vpt-tarieven extra middelen beschikbaar gesteld voor de implementatie van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, oplopend van € 600 miljoen in 2019, € 1.100 miljoen in 2020, tot € 1.450 miljoen in 2021. Het geld is bedoeld voor zorgaanbieders die zorg in natura leveren aan cliënten met een zorgprofiel vv4 en hoger. Die zorg kan gegeven worden in de instelling of via een volledig pakket thuis.

De Minister van VWS heeft in de voorlopige kaderbrief Wlz 2019<sup>61</sup> de volgende uitgangspunten aan de NZa meegegeven voor de uitwerking van de bekostiging met de kwaliteitsgelden:

- Er is sprake van een lumpsumbekostiging.
- Het geld moet geoormerkt worden, zodat uitgavenbeheersing mogelijk is en de benutting gemonitord kan worden.
- Er moet maatwerk mogelijk zijn, zodat zorgaanbieders in verschillend tempo kunnen toegroeien naar de personeelsnormen uit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.
- Zorgkantoren krijgen een belangrijke sturende rol bij de inkoop.
- Zorgkantoren moeten het geld kunnen terugvorderen als de zorgaanbieders de gemaakte afspraken niet kunnen realiseren.

De NZa heeft de regelgeving voor de lumpsumbekostiging voor 2019-2021 vastgesteld<sup>62</sup>. Het zorgkantoor en de zorgaanbieder komen een bedrag overeen, en dienen dit tweezijdig (gezamenlijk) in bij de NZa. Dat bedrag wordt verwerkt in de aanvaardbare kosten van de zorgaanbieder. Daarbij wordt het reguliere bekostigingsproces gevolgd: een

61 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2018/07/02/voorlopige-kaderbrief-wlz-2019-definitieve-versie>

62 Zie Informatiekaart beleid en regels voor de langdurige zorg 2019 [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_245618\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_245618_22/1/)



budgetronde op basis van afspraken vooraf, een herschikkingsronde om afspraken bij te stellen, en een nacalculatie op basis van realisatie. De NZa controleert of het totaal aan afspraken het macro beschikbare bedrag niet overschrijdt en geeft beschikkingen af. De kwaliteitsbudgetten bestaan naast de reguliere zorgprestaties.

Zorgkantoren hebben in dit bekostigingsmodel een grote sturende rol bij de toekenning van de kwaliteitsbudgetten, en kunnen maatwerk leveren richting zorgaanbieders. Zij maken ook afspraken met zorgaanbieders over het mogelijk terugvorderen van middelen. De NZa houdt toezicht op de wijze waarop zorgkantoren hun nieuwe rol invullen.

Op basis van de beleidslijn van de minister van VWS hebben de zorgkantoren in hun inkoopbeleid opgenomen dat (macro) 85% beschikbaar is voor extra personeel, en 15% voor overige kosten. Op instellingsniveau kan hiervan worden afgeweken, en is dus maatwerk mogelijk.

Het bekostigingsmodel geeft partijen de ruimte om maatwerkafspraken te maken en zorgaanbieders in verschillend tempo te laten ingroeien in het kwaliteitskader.

Op verzoek van de Minister van VWS heeft de NZa ook 'indicatieve tarieven' (kwaliteitstoelagen per zorgprestatie) berekend, die zorgkantoren en zorgaanbieders kunnen gebruiken bij het maken van de afspraken voor het Kwaliteitsbudget Verpleeghuiszorg. Hiermee kan gestuurd worden op het eindperspectief, waarbij de kwaliteitsmiddelen landen in de tarieven van de zorgprestaties<sup>63</sup>.

In 2020 kan het Kwaliteitsbudget Verpleeghuiszorg ook ingezet worden om extra kosten in verband met de corona uitbraak te vergoeden, bijvoorbeeld voor extra in te huren personeel.

#### **2020: Tariefherijking en niet-beïnvloedbare factoren<sup>64</sup>**

In 2020 zijn de tarieven voor zzp's en vpt's verpleging en verzorging met zorgzwaarte 4 t/m 10 zijn herijkt, op basis van het kostenonderzoek uit 2018 dat de NZa in samenwerking met de gehele sector uitvoerde, op basis van kostengegevens over het jaar 2016.

De kwaliteitsmiddelen uit 2017 en 2018 (€435 miljoen) zijn daarbij opnieuw, via een aangepaste verdeelsleutel ten opzichte van de verdeling die vóór de herijking was toegepast, in de tarieven verwerkt. Ook zijn de middelen voor Waardigheid en Trots (W&T) opgenomen in de herijkte tarieven.

De Minister van VWS heeft binnen het macro Kwaliteitsbudget Verpleeghuiszorg € 125 miljoen beschikbaar gesteld om eventuele negatieve herijkingseffecten voor zorgaanbieders te compenseren. Hierover hebben ZN en ActiZ afspraken gemaakt.

De NZa heeft per 2020 zorgprestaties met bandbreedtetarieven vastgesteld voor niet-beïnvloedbare factoren.

Niet-beïnvloedbare factoren zijn kostenverhogende omstandigheden waarop de zorgaanbieder geen invloed heeft.

<sup>63</sup> De berekening van de indicatieve kwaliteitstoelagen is toegelicht in het NZa-rapport Tariefberekening zzp en vpt vv4 t/m 10, dat als bijlage 4 bij de beleidsregel BR/REG-20124 is bijgevoegd.

<sup>64</sup> De tariefherijking en de niet-beïnvloedbare factoren zijn toegelicht in het NZa-rapport Tariefberekening zzp en vpt vv4 t/m 10, dat als bijlage 4 bij de beleidsregel BR/REG-20124 is bijgevoegd.

Voor 2020 gaat het om bovengemiddeld voorspeld verzuim van personeel in relatie met een locatie in (groot)stedelijk gebied en de sociaaleconomische status van de geografische wijk van een locatie van een zorgaanbieder.

De bandbreedtetarieven bestaan uit een minimumtarief (de vergoeding voor de niet-beïnvloedbare factoren) en een daarmee verhoogd maximumtarief. De onderhandelingsruimte binnen de bandbreedte is gelijk aan die van de reguliere maximumtarieven. De zorgprestaties met bandbreedtetarieven zijn bedoeld voor zorg die geleverd wordt in hiervoor aangewezen postcodegebieden. Voor de overige postcodegebieden gelden de reguliere zorgprestaties met maximumtarieven.

### **2021: Geen systeemwijzigingen**

In 2021 vinden er geen systeemwijzigingen plaats. Samengevat is er sprake van landelijke, integrale maximumtarieven voor de zzp's en vpt's, gebaseerd op het kostenonderzoek uit 2018, die zijn opgehoogd met € 435 miljoen kwaliteitsmiddelen en met W&T middelen; in bepaalde postcodegebieden kunnen zorgprestaties met bandbreedtetarieven voor de niet-beïnvloedbare factoren worden gedeclareerd. Daarnaast bestaan er kwaliteitsbudgetten op instellingsniveau; landelijk is hiervoor € 1.450 miljoen beschikbaar.

### **2022: Integrale tarieven**

De Minister van VWS heeft in mei 2019<sup>65</sup> besloten dat de kwaliteitsbudgetten in 2022 vervallen; de kwaliteitsmiddelen worden dan opgenomen in de integrale tarieven voor zzp en vpt vv4 tot en met 10 (landelijk uniforme maximumtarieven). Het voornemen van VWS is om dit te doen op basis van de indicatieve tarieven (kwaliteitstoelagen) die de NZa in 2019 heeft gepubliceerd; het zzp- of vpt-tarief wordt daarbij verhoogd met de indicatief berekende kwaliteits-toeslag, zodat een integraal tarief ontstaat.

65 <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/kamerstukken/2019/05/21/kamer-brief-over-voortgangsrapportage-thuis-in-het-verpleeghuis>

## Bijlage 14: Toezicht op de zorgkantoren

### Inleiding

De zorgkantoren<sup>66</sup> hebben de taak de toegang tot voldoende, kwalitatief goede en doelmatige zorg in de regio te borgen en om per zorgaanbieder afspraken te maken over prijs, volume en kwaliteit van zorg (contractering van zorgaanbieders). In deze bijlage gaan wij in op het toezicht op zorgkantoren in relatie tot de bekostiging op basis van integrale vergelijking verpleeghuiszorg. Een goede uitkomst voor de Wlz-cliënt (de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de verpleeghuiszorg) staat daarin centraal.

De NZa heeft daarnaast krachtens artikel 16 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) als opdracht toezicht te houden op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Wet langdurige zorg door de zorgkantoren.

### Kader Samenvatting: toezicht op zorgkantoren in relatie tot IV

De NZa heeft de taak toezicht te houden op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Wet langdurige zorg (Wlz) door zorgkantoren (vv, gz, ggz);

De integrale vergelijking verpleeghuiszorg biedt de zorgkantoren, als de informatie beschikbaar komt voor de zorgkantoren<sup>67</sup>, een informatiebasis die hen helpt te sturen op goede en doelmatige zorg via de contractering (vv). De integrale vergelijking verpleeghuiszorg biedt een onderbouwing voor de kosten die een zorgaanbieder maakt om zorg conform het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg te leveren. In het toezicht op de zorgkantoren beoordeelt de NZa of zorgkantoren verantwoorde keuzes maken in sturing op kwaliteit van zorg en kostenbeheersing, in relatie tot de zorgplicht van het zorgkantoor. De hoofdvraag daarbij is of de zorgkantoren zich voldoende inspannen om toegang tot goede en passende zorg voor alle Wlz-cliënten te realiseren, conform het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, met aandacht voor individueel welzijn (gedifferentieerd aanbod), binnen de beschikbare financiële ruimte.

Concreet zal het toezicht in relatie tot de integrale vergelijking verpleeghuiszorg eruit bestaan na te gaan of de zorgkantoren resultaatgerichte maatwerkafspraken maken met vv-zorgaanbieders, op basis van de informatie over:

- de input/output van een zorgaanbieder, gerelateerd aan dat van andere zorgaanbieders (integrale vergelijking verpleeghuiszorg); maar ook informatie over:
- de kwaliteit van zorg bij zorgaanbieders.;
- de beschikbaarheid van zorg in de regio (realisatiecijfers zorginkoop; fricties zorgvraag en –aanbod; regioanalyse);
- en andere relevante informatie.

De NZa verwacht van de zorgkantoren dat zij een inhoudelijke zorginkoopdialoog met de zorgaanbieder voeren en verantwoorde keuzes maken in de balans kosten – volume – kwaliteit van zorg. Het zorgkantoor dient deze resultaatgerichte maatwerkafspraken goed te onderbouwen.

In het toezicht leggen wij de focus op de resultaten en de (onderlinge) leercyclus van zorgkantoren. Als de zorgkantoren zich onvoldoende inspannen om prijs-volume-kwaliteit van zorg in een optimale balans te realiseren, kan de NZa aan de zorgkantoren opleggen dat zij verbeterplannen opstellen en uitvoeren.

<sup>66</sup> Een Wlz-uitvoerder heeft verzekerden door heel Nederland. Voor die verzekerden heeft de Wlz-uitvoerder een zorgplicht (zie beschrijving hierna). Op basis van de wet en de uitbesteding van taken door Wlz-uitvoerders, is de uitvoering neergelegd bij de regionaal georiënteerde zorgkantoren. Daarom spreken we hierna van 'zorgkantoor'.

<sup>67</sup> Hiervoor is een wetswijziging nodig.

## Toezicht op Wlz-uitvoerders/zorgkantoren

### Zorgplicht zorgkantoor

In de Wet langdurige zorg (Wlz) is de zorgplicht van de zorgkantoren een zeer belangrijk onderdeel (artikelen 4.2.1 en 4.2.2). Het zorgkantoor moet de toegang realiseren tot tijdige en passende zorg, met aandacht voor het individuele welzijn, voor iedereen met een Wlz-indicatie (vv; ghz; ggz). Het zorgkantoor moet daarbij rekening houden met de sociale context van de Wlz-cliënt, zoals de godsdienstige gezindheid, de levensovertuiging, de culturele achtergrond en de seksuele gerichtheid. Om die reden dienen de zorgkantoren in hun inkoopbeleid diversiteit in het gecontracteerde aanbod na te streven.<sup>68</sup> Daarbij past niet dat op de zorgkantoren de verplichting rust om te contracteren met alle zorgaanbieders die de wens daartoe te kennen geven.<sup>69</sup>

Het financiële kader (de contracteerruimte) is bepaald door de rijksoverheid en wordt bewaakt door de NZa. De zorgkantoren moeten erop sturen binnen het financiële kader te blijven.<sup>70</sup> Het zorgkantoor heeft de verantwoordelijkheid om de rechtmatigheid en doelmatigheid van de uitvoering van de Wlz te borgen. Onder rechtmatige uitvoering van de Wlz verstaan wij: het realiseren van zorg(-uitgaven) die tot stand komt (komen) in overeenstemming met relevante wet- en regelgeving. Onder doelmatige uitvoering van de Wlz verstaan wij: het realiseren van (toegang tot) zorg, waarbij een optimale balans is bereikt tussen kosten, volume en kwaliteit van zorg (zie figuur 1). Voor de kwaliteit van zorg geldt dat hiervoor de kwaliteitsnormen gelden zoals opgenomen in het Register van het Zorginstituut.

Figuur 1 Sturen op doelmatige zorg



Deze doelen van de Wlz (zorgplicht; rechtmatige en doelmatige uitvoering) zijn de uitgangspunten van het toezicht op zorgkantoren. De doelen zijn uitgewerkt in onder meer de beleidsregel Normenkader Wlz-uitvoerder (TH/BR-026). De zorgplicht is ook uitgewerkt in het Toezichtkader Zorgplicht Wlz (TH/BR-021).

68 Toezichtkader zorgplicht Wlz, Beleidsregel TH/BR 021, pag. 14-15.

69 Kamerstukken II, 33 891, nr. 3, pag. 167. Om die reden zijn de artikelen 16b en artikel 16c van de AWBZ, waarin de zogenaamde contracteerplicht en de omgekeerde contracteerplicht waren geregeld, niet overgenomen in dit wetsvoorstel.

70 Beleidsregel Budgettair kader Wlz, (BR/REG-20126c), art. 13, lid 1: "Het totale bedrag van de budgetaanvragen mag de contracteerruimte, of het maximum van de geoordeelde middelen niet overschrijden."

## Rechtmatige uitvoering Wlz

Het zorgkantoor moet het sturen op de doelstellingen van de Wlz verankeren in zijn processen: de contractering (het afsluiten van overeenkomsten met zorgaanbieders), de informatievoorziening en cliëntondersteuning (zorgbemiddeling), de administratie, controle en verantwoording; en in de organisatie van het zorgkantoor zelf (taken en verantwoordelijkheden; informatiehuishouding; personeel; cultuur en gedrag; etc.).

Het (thematische) rechtmatigheidsonderzoek van de NZa is erop gericht te beoordelen of de processen bij het zorgkantoor op orde zijn, zodat alle actoren binnen het stelsel (de toezichthouder, de fondsbeheerder, de stelselbeheerder, de wetgever) er voldoende zekerheid aan kunnen ontleenen dat relevante wet- en regelgeving wordt nageleefd door het zorgkantoor. In het financiële rechtmatigheidsonderzoek staat centraal dat zorgkantoren borgen dat Wlz-geld wordt besteed aan Wlz-cliënten en Wlz-zorg, tegen het overeengekomen tarief; en dat zij hierover adequaat verantwoording afleggen.

Als zorgkantoren aanlopen tegen beperkingen van de regelgeving verwachten wij dat zij dat melden en actief meedenken over oplossingen.

### Doelmatige uitvoering Wlz

In de Wlz is vastgelegd dat de zorgkantoren een rol hebben in het sturen op doelmatigheid (zie kader 1).

#### Kader Verwachtingen wetgever – sturing op doelmatigheid

Van zorgkantoren wordt verwacht dat zij zich stevig inspinnen voor goede, innovatieve zorg voor hun verzekerden en een doelmatige uitvoering van de Wlz. Het basisprincipe in alle domeinen, dus ook in de Wlz, is uit te gaan van wat mensen (nog) wel kunnen in plaats van wat zij niet kunnen. Daarbij staat kwaliteit van leven voorop. De opdracht aan de zorgkantoren is om dit op een doelmatige en kwalitatief verantwoorde wijze uit te voeren. Zij zullen de nodige maatregelen treffen ter voorkoming van onnodige zorg en van uitgaven die hoger zijn dan noodzakelijk.<sup>71</sup>

In het toezicht op de zorgkantoren besteedt de NZa aandacht aan sturing op doelmatige zorg door zorgkantoren. Zorgkantoren kunnen hierop invloed uitoefenen in de processen: contractering van zorgaanbieders, cliëntondersteuning en zorgbemiddeling en controle op gepast gebruik van zorg (vv, gz, ggz). De hoofdvraag in het toezicht is: welke doelmatigheidsinitiatieven nemen zorgkantoren en welke resultaten bereiken zij daarmee? Wij verwachten van de zorgkantoren dat zij een eigen en een gezamenlijke leercyclus in gang zetten, op basis van ervaringen en resultaten van het sturen op doelmatige zorg; en dat zij zich in het uitvoeringsverslag daarover verantwoorden.

71 Kamerstukken II, 33 891, nr. 3, pag. 35.

Beïnvloedingsmogelijkheden voor de zorgkantoren om doelmatige zorg te realiseren liggen op verschillende niveaus (zie ook figuur 1):

- a) op cliëntniveau, bijvoorbeeld: sturen op een gepast volume aan zorg (bv. meerzorg; maatwerk pgb); geen uitbetaling bij niet-geleverde zorg (feitelijke levering); cliëntbemiddeling naar goede, passende zorg, zonder tussenstappen.
- b) op zorgaanbiederniveau, bijvoorbeeld: controles op feitelijke levering; gebruik maken van spiegelinformatie in het zorginkoopproces; afspraken maken over prijs, kwaliteitsverbetering, volume (capaciteitsuitbreiding bij doelmatige zorgaanbieders); kritisch contracteren van inclusief/exclusief behandeling; bevorderen van innovatie bij zorgaanbieders; bevorderen van het aanbod van zorg thuis (vpt/mpt).
- c) op regioniveau, bijvoorbeeld: samenwerking tussen zorgaanbieders en domeinoverstijgende samenwerking bevorderen (preventie en innovatie); bijsturen van over- en onderaanbod; bevorderen van de juiste zorg op de juiste plaats.

Dit is geen compleet beeld van het toezicht van de NZa. Daarnaast toetsen wij of de Wlz-uitvoerders voldoen aan de eisen van het Wlz-uitvoerderschap, hebben wij aandacht voor een doelmatige en rechtmatige uitvoering van de pgb-gerelateerde taken van de zorgkantoren en kiezen we thema's voor verdiepend toezicht naar doelmatige en rechtmatige uitvoering, bijvoorbeeld over toegankelijkheid van zorg (wachtlijsten). Ook ontwikkelen wij ons toezicht op zorgaanbieders (goed bestuur en een beheerste en doelmatige bedrijfsvoering).

### **Actuele ontwikkelingen**

Actuele en toekomstige ontwikkelingen maken het monitoren/sturen door zorgkantoren op de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg urgenter. De eisen die aan de kwaliteit van de verpleeghuiszorg worden gesteld zijn toegenomen. Deze worden nog niet door alle zorgaanbieders behaald. Daarnaast neemt instroom in de Wlz toe (volume) en de wachtlijsten in de ouderenzorg groeien fors. Dit heeft impact op de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de verpleeghuiszorg. Door de dubbele vergrijzing en de krapte op de (zorg-)arbeidsmarkt doemt een toegankelijkheidsprobleem op aan de horizon. Dit zal gevolgen hebben voor de Wlz-cliënt en de -premiebetaler.

**NZa**

**Bezoekadres:**

Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht

**Postadres:**

Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

088 - 770 8 770

[info@nza.nl](mailto:info@nza.nl)

[www.nza.nl](http://www.nza.nl)

*Wij werken aan goede en betaalbare zorg.*