

Notitie: Dit plan van aanpak is vastgesteld door de NZa op 9 juli 2019. In dit plan van aanpak is de NZa uitgegaan van één variant om de integrale vergelijking in de bekostiging te laten landen. In reactie op dit plan van aanpak heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) op 30 juli 2019 de NZa verzocht om een aanvullende notitie te schrijven waarin meerdere varianten voor de uitwerking van de integrale vergelijking worden beschreven. Deze aanvullende notitie wordt rond 10 september 2019 verwacht. Het is vervolgens aan het ministerie van VWS om de keuze voor een bepaalde variant te maken.

Plan van aanpak

Integrale vergelijking

De stappen naar een nieuw bekostigingsmodel

Inhoud

1. Inleiding	6
1.1 Aanleiding	6
1.2 Achtergrond	6
1.3 Meerjarig proces	8
1.4 Leeswijzer	8
2. Projectdefinitie	9
2.1 Projectdoelen	9
2.2 Doorlooptijd en producten	9
2.3 Randvoorwaarden van de opdrachtgever	10
2.4 Scope	10
3. Model en keuzes	11
3.1 Integrale vergelijking	11
3.2 De keuze bij de inbedding in regulering	11
3.3 Vertaling naar de bekostiging	12
3.4 Toezicht van de NZa	13
4. Aanpak	14
4.1 Organisatie	14
4.2 Planning	17
Fase A1 Data en Model: voorbereiding	18
Fase A2 Data en Model: data uitvraag	18
Fase A3 Data en Model: het ontwikkelen van een definitief model	19
Fase B1 Regelgeving: verkennen mogelijkheden	20
Fase B2 Regelgeving: vertalen naar de bekostiging	21
Fase B3 Regelgeving: regelgeving vaststellen	21
Fase C: Meerjarige aanpak	21
5. Randvoorwaarden om de opdracht uit te kunnen voeren	23
5.1 Begroting	23
5.2 Tijdige oplevering van de gegevens	23
5.3 Wetswijziging	23
5.4 Draagvlak	23
6. Bijlagen	24

1. Inleiding

Dit plan van aanpak beschrijft de aanpak van de NZa bij het invoeren van het bekostigingsmodel van integrale vergelijking. Dit project heeft tot doel om regulering te ontwerpen die aansluit bij het eerdere advies dat de NZa in maart 2019 heeft gepubliceerd.

1.1 Aanleiding

In maart 2019 heeft de NZa het advies¹ gepubliceerd over de ontwikkeling van de toekomstige regulering van de verpleeghuiszorg. Dit advies kwam tot stand in nauw overleg met professionals van de verpleeghuissector en andere betrokken partijen. In dit advies worden principes beschreven van toekomstige regulering van de verpleeghuiszorg, waaronder een aangepast bekostigingsmodel. Een belangrijk element van dit model is een integrale vergelijking tussen aanbieders.

Naar aanleiding van dit advies heeft het Ministerie van VWS de NZa gevraagd om een uitgewerkt plan van aanpak op te leveren waarin wordt beschreven hoe we voor juli 2020 een integrale vergelijking uitvoeren, die reeds effect heeft op de vast te stellen maximumtarieven in 2021. Dit plan van aanpak bevat een beschrijving van het proces, inhoudelijke voornemens, uit te werken vraagstukken en randvoorwaarden om de opdracht uit te kunnen voeren, waaronder een begroting. Op basis van dit plan van aanpak zal het Ministerie van VWS vervolgens een meerjarige opdracht verstrekken voor het uitvoeren van de integrale vergelijking en het in toenemende mate baseren van de tarieven hierop.

1.2 Achtergrond

Sinds de publicatie van het Kwaliteitskader 2017 is er een paradigma verandering: de kwaliteit wordt leidend voor de bekostiging. In plaats van als doel te stellen hoe met een vooraf gesteld bedrag de best mogelijke zorg geleverd kan worden, moet de bekostiging zorgen dat de zorgplicht en de kwaliteit volgens het Kwaliteitskader tegen minimale kosten kan worden geborgd. Er ligt een maatschappelijk opdracht om een passende bekostiging te ontwikkelen die ertoe leidt dat de zorg zoals beschreven in het Kwaliteitskader tegen de minimale (meest efficiënte) kosten geleverd wordt. Hierop zijn de meerkosten van 2,1 miljard in de begroting gebaseerd.

In opdracht van het Ministerie van VWS heeft de NZa samen met de verpleeghuissector gezocht naar hoe de bekostiging bij kan dragen aan kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Samen met 40 zorgbestuurders, vertegenwoordigers van zorgkantoren en experts uit het veld hebben we in Nuland een visie geformuleerd over de toekomst van de verpleeghuiszorg (zie onderstaande tekst vak). Deze visie heeft de basis gelegd voor het advies van de NZa over de passende bekostiging dat we in maart 2019 hebben gepubliceerd. In het advies schetsen we de toekomst waar we naartoe willen. We willen naar een passende bekostiging die voor alle aanbieders genoeg is om aan het kwaliteitskader te kunnen voldoen, rekening houdt met niet-beïnvloedbare factoren en gebaseerd is op een efficiënte bedrijfsvoering.

¹ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_271194_22/1/

Visie Nuland

Dit tekst vak vat de visie samen over de toekomstige bekostiging die is ontstaan tijdens de bijeenkomst in Nuland. We vertalen onderstaande principes in verschillende onderdelen van het plan van aanpak. In de hoofdtekst verwijzen we daarom regelmatig naar dit tekst vak [schuingedrukte tekst], daar waar het van toepassing is.

Waarde gedreven: het gaat om mensen

Zorg is mensenwerk. Het begint bij een cliënt die zorg nodig heeft. En bij diegene die voor deze persoon zorgt. In de relatie tussen de cliënt en de zorgprofessional ontstaat waarde. Wij geloven dat de mensen die zorg leveren uit zichzelf gemotiveerd zijn om liefdevolle, maar ook professioneel goede zorg te leveren. De bekostiging van zorg moet daar op aansluiten.

Eenvoudig en duurzaam

Het bekostigingsmodel moet eenvoudig te begrijpen zijn voor cliënten en zorgprofessionals. Een uitgangspunt hierbij is dat mensen die zorg krijgen en geven het kunnen begrijpen. Eenvoud moet ook zorgen voor minder administratieve last voor zorgaanbieders. Dit geldt ook voor de verantwoording die moet worden afgelegd. Dat betekent overigens niet dat het model 'onder de motorkap' niet ingewikkeld kan zijn. De 'systeempartijen' (overheid en zorgkantoren) regelen dat de mensen om wie het gaat (cliënten, zorgprofessionals en bestuurders) er geen last van hebben. Regels mogen goede en noodzakelijke zorg niet in de weg staan.

Vertrouwen en openheid

We willen toe naar vertrouwen tussen alle partijen die samenwerken: overheid, zorgkantoren en zorgaanbieders (bestuurders en professionals). Daarvoor is meer openheid nodig. Binnen het 'systeem' en ook naar de mensen die nu of in de toekomst zorg nodig hebben. Dat helpt ook bij een goed beeld van de samenleving over de kwaliteit van de verpleeghuiszorg. De sector heeft laten zien dat ze hard werkt aan verbetering van de kwaliteit.

Evolutie

We willen samen naar een goed bekostigingsmodel groeien. Het is belangrijk voor zorgaanbieders dat zij niet met grilligheid en veranderende regels worden geconfronteerd. Zij moeten in de toekomst kunnen investeren. Dat geldt voor de bekostiging, maar ook voor het beleid. Aan de andere kant moet er ook flexibiliteit zijn om in te spelen op belangrijke maatschappelijke veranderingen. Daarom willen we stapsgewijs groeien naar een duurzame bekostiging. Dit is een gezamenlijk proces.

Lerend vermogen

We streven niet naar perfectie, maar naar een gezamenlijk doel. We doen dat door te leren en uit te proberen. Het wordt een cyclisch proces waarin we gebruiken wat we leren.

Narratief én normatief

Bij bekostiging van zorg hoort verantwoording of het geld is uitgegeven aan goede zorg voor de cliënt. Dat gebeurt niet alleen met 'tellen' maar ook door 'vertellen'. Dit vult elkaar aan. Hoe goede zorg eruit ziet, is voor iedereen anders. We willen dat zorg altijd aan de minimale eisen van veiligheid en hygiëne voldoet.

Basisniveau

We zorgen er in Nederland voor dat iedereen die dat nodig heeft, zorg krijgt. We dragen daar allemaal aan bij. Cliënten moeten kunnen vertrouwen op een basiskwaliteit en veiligheid die overal in het land geldt. Deze zorg wordt geleverd vanuit de wensen en behoeften van de cliënt. We willen een duurzame bekostiging: alle zorgaanbieders krijgen voldoende geld om het basisniveau waar te kunnen maken. Aan de andere kant heeft solidariteit ook grenzen. We zijn er ons van bewust dat doelmatig omgaan met geld een voorwaarde is voor de solidariteit. Daar moeten we duidelijk over zijn naar iedereen.

Het advies van de NZa (maart 2019) is door het Ministerie van VWS positief ontvangen. VWS heeft de NZa de opdracht gegeven om een integrale vergelijking uit te voeren die effect heeft op de tarieven 2021. Dit is daarmee de aanleiding voor dit vervolgproject. Dit plan van aanpak heeft tot doel te beschrijven hoe we regulering ontwerpen die aansluit bij de uitgangspunten van dit advies van de NZa.

1.3 Meerjarig proces

Het doorontwikkelen van de integrale vergelijking is een meerjarig *evolutionair* proces [*Visie Nuland*]. Dit meerjarige proces vindt plaats in samenwerking met de sector. Ook het laten landen van de resultaten van de integrale vergelijking in de tarieven gebeurt stapsgewijs: in 2021 wordt de nieuwe bekostiging meegenomen met een gewicht van 5%. Dit plan van aanpak heeft een looptijd van 1 jaar –tot 1 juli 2020– en gaat om het opzetten van dit proces en het opleveren van de eerste resultaten voor de bekostiging 2021.

1.4 Leeswijzer

In dit plan van aanpak beschrijven we onze aanpak en de stappen die we in de periode tot 1 juli 2020 zetten. Hoofdstuk 2 'Projectdefinitie' geeft een overzicht van ons project. Hoofdstuk 3 besteed aandacht aan de meest belangrijke keuzes in het kader van dit werkplan. Hoofdstuk 4 'Aanpak' beschrijft de organisatie en de planning. Hoofdstuk 5 'Randvoorwaarden' biedt inzicht in gerelateerde factoren en benodigde acties van andere partijen waaronder het Ministerie van VWS om dit project tijdelijk te kunnen uitvoeren.

2. Projectdefinitie

In dit hoofdstuk beschrijven we het doel, de doorlooptijd, producten, randvoorwaarden en scope van dit project.

2.1 Projectdoelen

Hoofddoel

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

Het ontwikkelen van dit bekostigingsmodel is een *evolutionair* meerjarig proces dat in samenwerking met de sector gebeurt. Dit jaar zetten we een eerste stap waarmee we de basis leggen voor dit proces. Daarnaast maken we de eerste inhoudelijke invulling van het model voor de bekostiging 2021. Daarom onderscheiden we de twee onderstaande subdoelen.

Twee subdoelen

1. Meerjarig *evolutionair* proces opzetten om tot deze bekostiging te komen samen met de sector. Hierbij is belangrijk dat:
 - de sector input kan leveren
 - kennis van de sector wordt benut
 - leren en verbeteren mogelijk wordt gemaakt door het versterken van *lerend vermogen, vertrouwen & openheid [Visie Nuland]*
2. Voor juli 2020 een integrale vergelijking uitvoeren, die reeds effect heeft op de vast te stellen bandbreedtetarieven in 2021.

2.2 Doorlooptijd en producten

Het project loopt van juli 2019 tot 1 juli 2020 en levert de volgende producten op:

- voortgangsrapportage over het eerste jaar van het proces met aanbevelingen voor volgende jaren;
- rapportage over het model en de uitkomsten over het eerste jaar;
- een vertaling (op aanbiederniveau) van de resultaten van het model naar bekostiging 2021;
- individuele terugkoppeling naar zorgaanbieders;
- beleidsregels waarin de tariefregulering volgens de integrale vergelijking is verwerkt.

2.3 Randvoorwaarden van de opdrachtgever

Hieronder onderstrepen we de randvoorwaarden die we van het Ministerie van VWS via de opdrachtbrief hebben meegekregen voor het ontwikkelen en uitvoeren van de bekostiging op basis van integrale vergelijking. De inhoudelijke randvoorwaarden sluiten nauw aan bij de uitgangspunten *Waarde gedreven zorg, Basisniveau kwaliteit, Evolutionair, Narratief én normatief [Visie Nuland]*.

Inhoudelijke randvoorwaarden

- a) Het leveren van de vereiste goede zorg is een randvoorwaarde. Iedere zorgaanbieder moet aan het Kwaliteitskader voldoen. Kwaliteit is daarom geen onderdeel van de integrale vergelijking. De integrale vergelijking heeft effect op de bekostiging en niet op de inhoud van de zorg.
- b) De tariefregulering leidt ertoe dat de zorg zoals beschreven in het Kwaliteitskader tegen de minimale (meest efficiënte) kosten wordt geleverd, waarop de meerkosten van 2,1 miljard in de begroting zijn gebaseerd. Hieruit volgt dat:
- c) Bekostiging moet tegen doelmatige kosten.
- d) De bekostiging doet recht aan verschillen tussen aanbieders.

Algemene randvoorwaarden

- a) De rollen en verantwoordelijkheden van betrokken partijen –NZa, zorgkantoren, Zorginstituut– blijven ongewijzigd.
- b) De systematiek van de bekostiging (zorgzwaartepakketten) blijft gehandhaafd.
- c) Effecten van eventuele beleidswijzigingen in de toekomst moeten in de integrale vergelijking kunnen worden meegenomen.
- d) De NZa houdt rekening met bestaande wet- en regelgeving en gaat in overleg met VWS om samen te beoordelen of eventuele wijzigingen noodzakelijk zijn.

2.4 Scope

De reikwijdte van dit verzoek kent dezelfde reikwijdte als het Kwaliteitskader. Het betreft daarmee de tarieven voor zzp en vpt v&v 4 t/m 10. De vergelijking betreft niet het pgb, hiervoor stelt VWS de tarieven vast.

Het afwegen en samenvoegen van de resultaten van integrale vergelijking met parallelle beleidswijzigingen in huidige systematiek valt buiten de scope van dit project (hierover vindt uiteraard afstemming plaats).

De ontwikkeling van de integrale vergelijking is slechts één onderdeel van de bredere visie zoals geformuleerd door de Nuland-deelnemers. De NZa treedt in overleg met VWS over het opstarten van bredere werkgroepen over de andere thema's. Dit betreft onder andere belangrijke elementen van de visie van Nuland zoals *waarde gedreven zorg* en verantwoording (*narratief én normatief*). Dit valt buiten dit plan van aanpak.

3. Model en keuzes

Voor het schrijven van dit projectplan, hebben we enkele keuzes en aannames moeten doen. In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de meest belangrijke keuzes, namelijk: de keuze van het vergelijkingsmodel, de keuze voor de inbedding in regulering en de opties bij de vertaling naar de bekostiging. In de laatste sectie van dit hoofdstuk besteden we aandacht aan de rol van het toezicht van de NZa bij deze wijze van de bekostiging.

3.1 Integrale vergelijking

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

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

De integrale vergelijking is een veelbelovend alternatief, bekend uit de literatuur. Deze methode wordt al toegepast bij reguleringsvraagstukken in andere landen, zoals de regulering van energienetwerken in Noorwegen. De integrale vergelijking kijkt naar een aanbieder in zijn geheel en baseert zijn tarief op de kosten van vergelijkbare aanbieders, ofwel zijn 'peers' (de aanbieders die in vergelijkbare omstandigheden opereren). Zo kan er een inschatting worden gemaakt over de benodigde kosten per aanbieder om in zijn specifieke situatie de goede zorg te kunnen leveren volgens het Kwaliteitskader. In Bijlage 1 lichten we de methodologische keuzes met betrekking tot het benodigde model van integrale vergelijking toe. En we beschrijven een demo-model dat de NZa vorig jaar ontwikkelde.

3.2 De keuze bij de inbedding in regulering

Bij de vertaling van de uitkomsten van de integrale vergelijking – onafhankelijk van het gekozen integrale vergelijkingsmodel waarmee de benodigde kosten worden bepaald – speelt het vraagstuk over de inbedding van de uitkomsten in regulering. Bij deze opdracht is een randvoorwaarde gesteld namelijk:

'Deze wijze van tariefregulering leidt ertoe dat de zorg zoals beschreven in het Kwaliteitskader tegen de meest efficiënte kosten geleverd wordt, waarop de meerkosten van 2,1 miljard in de begroting zijn gebaseerd. Dit bedrag wordt niet overschreden.'

Uit deze opdracht blijkt dat een gedifferentieerd maximumtarief per zorgaanbieder vastgesteld moet worden, dat rekening houdt met kostenverschillen door moeilijke/makkelijke omstandigheden. Dit is nodig om er voor te zorgen dat alle verpleeghuizen het Kwaliteitskader halen binnen de beschikbaar gestelde extra middelen, zonder overschrijving van bedrag van 2.1 miljard. Hiervoor is een wetswijziging noodzakelijk die dit mogelijk maakt.

De huidige regelgeving biedt ruimte voor één landelijk tarief. Maar dat stelt de NZa niet in de gelegenheid om het gewenste verschil te maken. Het borgen van het Kwaliteitskader met één landelijk maximumtarief betekent dat de NZa na het uitvoeren van de integrale vergelijking het landelijk geldende tarief moet ophogen. Het tarief moet namelijk dekkend zijn voor alle verpleeghuizen om het Kwaliteitskader te halen, dus ook onder de moeilijkste omstandigheden. Het is dan aan de zorgkantoren om lager tarief af te spreken. Het ophogen van het landelijk maximumtarief levert een risico van meerkosten, waar in de begroting mogelijk nog geen rekening mee is gehouden.

Naast bovenstaande redenen zijn er ook enkele aanvullende redenen om de integrale vergelijking via een individueel gereguleerd tarief in de bekostiging in te bedden, en niet via de onderhandelingsproces door zorgkantoor:

- Om de integrale vergelijking een sterk instrument te maken is het cruciaal dat er een drijfkracht ontstaat bij de zorgaanbieders.
- Dit om het model en de data steeds te verbeteren. Wanneer de resultaten van de vergelijking onderhandelbaar zijn, is het risico groter dat, zolang het model nog niet volledig is, de focus van partijen gericht is op het weg onderhandelen van de impact in plaats van op verbetering van het model.
- De zorgkantoren hebben eerder aangegeven niet te willen sturen op niet-beïnvloedbare aspecten. Hun onderhandelingspositie wordt complexer wanneer zij moeten onderhandelen over beïnvloedbare én niet-beïnvloedbare factoren. Door in regulering mee te nemen waar zorgkantoren geen invloed op hebben, wordt de focus van de onderhandeling duidelijker.
- De NZa voert deze vergelijking uit. De verantwoordelijkheid en aanspreekbaarheid voor deze vergelijking moet belegd worden bij de partij die deze vergelijking uitvoert. Deze heeft namelijk de meeste inhoudelijke kennis.

Daarom hebben we gekozen om het plan van aanpak te baseren op de invulling waarbij de benodigde wetsaanpassing in gang wordt gezet.

De NZa mag momenteel geen gedifferentieerde tarieven per zorgaanbieder vaststellen. Voor inbedding in de regulering is daarom een wetswijziging nodig.

3.3 Vertaling naar de bekostiging

Het aanpassen van de wet is een ingewikkeld en langdurig proces. Daarom staan in dit werkplan een aantal gezamenlijke momenten genoemd waarin besluiten dienen te worden genomen over de haalbaarheid van aanpassing van de regelgeving per 2021. Wanneer de wetsaanpassing onverhoopt niet voor 2021 gerealiseerd kan worden, kan een tussentijdse oplossing gevonden worden. Dit door de zorgkantoren te verzoeken de uitkomsten van het onderzoek mee te nemen in hun inkoop.

De vertaling van de uitkomsten van integrale vergelijking naar een individueel gereguleerd tarief kan op meerdere manieren. De link tussen de uitkomsten van de integrale vergelijking en het individuele tarief wordt beschreven in Bijlage 2. Daarin schetsen we ook enkele beleidsopties.

Hierbij maken we de volgende keuzes: 1) het minimum per aanbieder wordt begrensd door de minimale kosten van de peers; 2) het maximum wordt bepaald op basis van de voorwaarde dat de tarieven op landelijk niveau kostendekkend moeten zijn, zodat de landelijke kosten onder maximumtarieven volledig vergoed kunnen worden. Op deze manier wordt de vergoeding eerlijk tussen aanbieders verdeeld. Deze aanpak lijkt op een vereveningsmodel.

Meer details over de vertaling van de uitkomsten naar de bekostiging staan in bijlage 2, waarbij we enkele beleidsopties uitwerken met betrekking tot de vormgeving van de regulering (bandbreedtetarief, maximumtarief, minimumtarief met regionale budgetten en omzetplafond). Deze opties verschillen in de uitvoering. In bijlage 3 wordt aandacht besteed aan de rol van de zorgkantoren, die bij deze regulering een andere onderhandelingspositie krijgen.

3.4 Toezicht van de NZa

Zoals in de vorige sectie is beschreven, wordt onder de integrale vergelijking het minimum- en het maximumtarief per aanbieder bepaald, waarbij het minimum is gebaseerd op de minimale kosten van vergelijkbare aanbieders en het maximum zo is gesteld dat de tarieven op landelijk niveau kostendekkend zijn. Het verschil tussen het maximum en het minimum bepaalt de (onderhandelings-)ruimte in de relatie tussen zorgkantoren en aanbieders. De zorgkantoren kunnen door dit model beter inspelen op nieuwe ontwikkelingen (bijvoorbeeld: demografische ontwikkelingen, zwaardere zorgvraag of innovaties in zorg). Dit punt is uitgewerkt in bijlage 3.

Ook onder de nieuwe wijze van de bekostiging richt het toezicht zich op zijn traditionele vraagstukken, zoals onbedoeld, ongewenst gedrag van veldpartijen in de uitvoering waaronder het gedrag bij zorginkoop (zoals in ieder model van bekostiging). In de beschrijving van de organisatie van dit project in sectie 3.1 wordt hier nadrukkelijk aandacht aan besteed. Daarnaast is er de vraag naar de borging van de juistheid van de van aanbieders verzamelde informatie die nodig is om de tarieven via integrale vergelijking te stellen. En als aanlevering van deze informatie verplicht gesteld gaat worden, zal die aanlevering gehandhaafd moeten worden.

De invoering van de integrale vergelijking als nieuw bekostigingsmodel vergt daarom ook doorontwikkeling van het toezicht. Net als bij het vereveningsmodel zal bijvoorbeeld de juistheid en volledigheid van de input en werking van het model, het correct registreren, declareren en verantwoorden en het gedrag van zorgaanbieders gerelateerd aan de zorgplicht en zorglevering moeten worden getoetst. De directie Toezicht en Handhaving van de NZa is daarom niet alleen aangesloten op het ontwikkeltraject van de bekostiging, maar zal ook haar toezichtsaanpak waar nodig aanpassen.

4. Aanpak

In dit hoofdstuk beschrijven we de organisatie van het meerjarig proces van de ontwikkeling van integrale vergelijking en de bijbehorende vraagstukken/werkgroepen, gevolgd door de tijdsplanning van dit project (doorlooptijd tot 1 juli).

Het model van de integrale vergelijking en de vertaling naar de bekostiging wordt toegelicht in de bijlagen van dit plan.

4.1 Organisatie

In deze sectie beschrijven we de organisatie van de samenwerking met het veld en de manier hoe we de opdrachtgever over de voortgang informeren.

Samenwerking met het veld

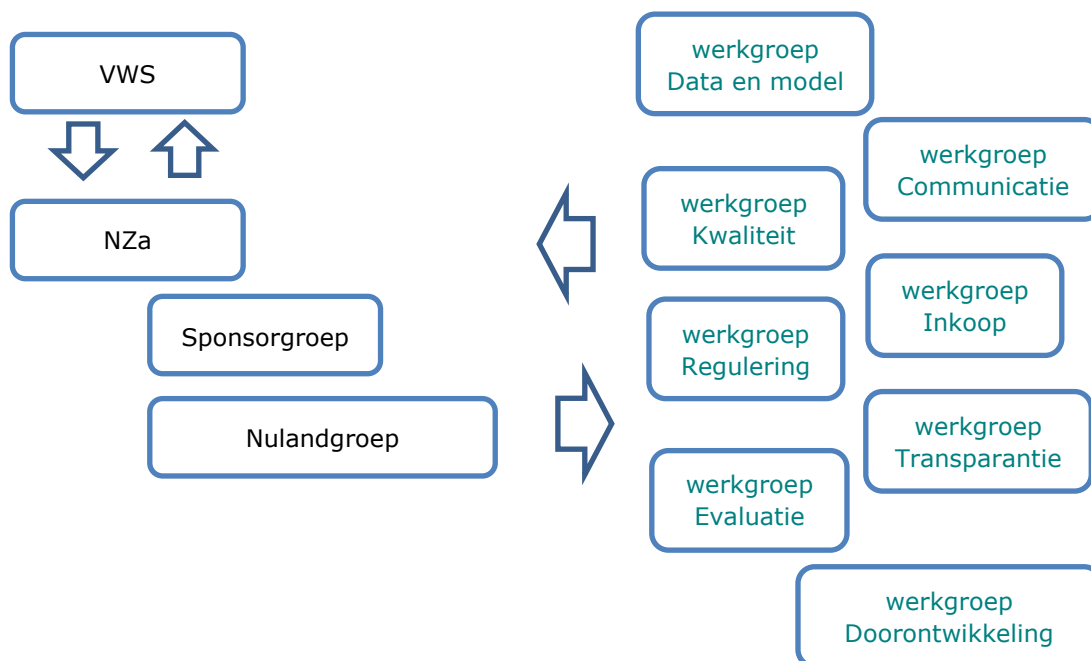
Dit project voeren we uit in opdracht van VWS en in samenwerking met het veld. Dit is essentieel voor het draagvlak en voor een goede inrichting van het proces dat bij integrale vergelijking past. In het voortraject –het NZa advies (maart 2019)– zijn we begeleid door een groep van experts –de *Sponsorgroep*– en daarnaast zijn we ondersteund door een brede groep van bestuurders en professionals uit het veld –de *Nulandgroep*. Ook dit jaar willen we deze twee groepen betrekken om samen het meerjarig evolutionair proces op te richten naar de nieuwe bekostiging. De *Sponsorgroep* en de *Nulandgroep* adviseren ons ook over de inhoudelijke vraagstukken die in dit proces aan de orde komen. De samenwerking met het veld wordt versterkt door middel van enkele werkgroepen met een bepaalde expertise die op de relevante vraagstukken focussen.

De uitkomsten uit de werkgroepen worden daarnaast formeel geconsulteerd bij brancheorganisaties.

Bijgevoegde figuur laat de projectorganisatie zien. Het Ministerie van VWS verstrekt de opdracht aan de NZa om dit project uit te voeren. De NZa rapporteert regelmatig terug over de voortgang. Het Ministerie van VWS wordt uitgenodigd om deel te nemen aan alle werkgroepen.

De output van de werkgroepen wordt teruggekoppeld naar de *Nulandgroep*, de *Sponsorgroep*, de NZa en het Ministerie van VWS. De lijst van de werkgroepen is samengesteld door de NZa waarbij de input van de bijeenkomst met de *Nulandgroep* op 14 juni de basis is geweest.

Figuur 1. Projectorganisatie



Onderstaande tabel biedt een overzicht van bovengenoemde groepen die in dit project een rol spelen, inclusief de respectievelijke vraagstukken.

Tabel 1. Overzicht betrokken groepen

Naam groep	Beschrijving groep en rol in het project	Frequentie bijeenkomsten en de data eerste jaar
<i>Sponsorgroep</i>	Deze groep bestaat uit vijf leden (vier externe experts en directiehoofd van de NZa): Caro Verlaan, Karin Leferink, Carin Gaemers, Jan Hamers en Josefiën Kursten. De groep begeleidt het hele proces en adviseert ons op alle belangrijke stappen in dit project.	1 keer per 6 weken
<i>Nulandgroep</i>	Deze groep bestaat uit ongeveer 40 bestuurders en andere professionals uit het veld. De groep geeft feedback en draagt bij aan het bepalen van de richting van het proces. De deelnemers signaleren de belangrijke vraagstukken. De meest belangrijke vraagstukken worden vervolgens uitgewerkt door werkgroepen, waaraan de Nulandgroep ook kan deelnemen.	3 keer in de periode tot juli 2020: 14 juni 2019, 4 december 2019, mei 2020
Werkgroep <i>Data en model</i>	Deze groep bestaat uit ongeveer 15 financials van verpleeghuisinstellingen en externe experts. (We maken gebruik van externe expertise op het gebied van data en modellen, zie secties 3.2 en 4.1 voor meer detail). De werkgroep levert inhoudelijke input en feedback bij het opstellen van de data uitvraag. Maar ook voor het model van integrale vergelijking voor 2021.	In 2019 op 19 juli, 28 augustus en 11 september. In 2020 1x in april
Werkgroep <i>Kwaliteit</i>	Deze groep bestaat o.a. uit deelnemers van Nuland en adviseert de NZa over vraagstukken zoals hoe te bepalen welke verpleeghuisinstellingen in de integrale vergelijking model kunnen staan voor andere instellingen en hoe we de expertise van het veld op dit punt kunnen betrekken. In deze werkgroep wordt afgestemd en/of samengewerkt met IGJ, Zinl en de Landelijke stuurgroep kwaliteit.	Vanaf augustus 2019 t/m eind december 2019: 1 keer per 4 weken.
Werkgroep <i>Regulering</i>	Deze werkgroep bestaat uit deskundigen op het gebied van bekostiging, de koepels en de NZa. Deze werkgroep buigt zich over de vertaling van de uitkomsten naar de beleidsregels. Zij toetsen de uitvoerbaarheid van nieuw beleid. Ook de relatie met	Vanaf september 2019 t/m april 2020, 1 keer per 4 weken

Plan van aanpak Integrale vergelijking

	de budgettaire kaders wordt hierin meegenomen.	
Werkgroep <i>Inkoop</i>	De werkgroep bestaat uit deelnemers die bijvoorbeeld werkzaam zijn bij aanbieders, zorgkantoren (eventueel vertegenwoordigd door ZN), en de NZa. De groep houdt zich bezig met de effecten van dit model op de zorgplicht en zorginkoop.	Vanaf september 2019 t/m april 2020, 1 keer per 4 weken
Werkgroep <i>Transparantie</i>	De werkgroep bestaat uit deelnemers die bijvoorbeeld werkzaam zijn bij aanbieders, zorgkantoren, de NZa en ACM. De groep houdt zich bezig met de vraagstukken rond de gegevensuitwisseling (zoals individuele rapporten), vertrouwelijkheidsniveau en transparantie.	Vanaf september 2019 t/m december 2019, 1 keer per 4 weken.
Werkgroep <i>Communicatie</i>	De werkgroep helpt mee met het verspreiden van de kennis, waaronder het organiseren van Roadshows (door het land) waarin het model wordt toegelicht. Daarnaast neemt de werkgroep de verantwoordelijkheid voor de organisatie van communicatie naar alle betrokken partijen.	Vanaf augustus 2019 t/m 1 juli 2020: in begin 1x per 3 weken overleg, later 1x per 5 weken overleg.
Werkgroep <i>Evaluatie</i>	De werkgroep is verantwoordelijk voor de evaluatie van het proces en maakt aanbevelingen voor het vervolg. Deze aanbevelingen betreffen o.a. de belangrijkste vraagstukken die dit traject raken zoals het vraagstuk over het ontwikkelen en onderhouden van het model en de infrastructuur voor registratie van gegevens.	vanaf februari 2020 t/m mei 2020; 1x per 4 weken overleg
Werkgroep <i>Doorontwik-keling</i>	Deze werkgroep richt zich op het toekomstig meerjarige proces vanaf 2022. Hierin adviseren zij over de rol en taken van diverse partijen. Zij maken hierbij gebruik van hetgeen uit andere werkgroepen wordt opgeleverd. Tevens adviseren zij over mogelijke vraagstukken m.b.t. de verfijning van het model voor het volgend jaar zoals die op het gebied van de standaardisatie van kapitaallasten of het houden rekening met investeringen of het weghalen van mogelijke ongewenste prikkels.	vanaf september 2019; 1x per 6 weken overleg.

Communicatie voortgang naar de opdrachtgever

Tijdens het uitvoeren van dit project rapporteren we periodiek de voortgang aan onze opdrachtgever, het ministerie van VWS. Er zijn drieweeklijks bijeenkomsten met medewerkers van het Ministerie van VWS en de NZa. Per vier weken is er overleg tussen de manager LZ van de NZa en de programmaleider Verpleeghuizen, manager PZO. Per kwartaal is er overleg tussen de directeur Regulering van de NZa en de DG LZ van VWS.

Daarnaast worden beleidsmakers van het VWS uitgenodigd om zitting te nemen in de werkgroepen en aan de bijeenkomsten van de *Nulandgroep*.

Verder vindt er nog communicatie plaats tussen juristen van de NZa en het ministerie van VWS over de vormgeving van een wettelijke aanpassing op het gebied van de tarifiering en/of andere benodigde wet- en regelgeving (zie verder sectie 4.3).

4.2 Planning

De onderstaande planning is zeer ambitieus. Deze is slechts haalbaar wanneer partijen op volle kracht meewerken aan deze planning en er geen onverwachte wendingen zijn op dit dossier.

In onze planning onderscheiden we drie werktrajecten, namelijk:

- A. Data en model van integrale vergelijking voor het jaar 2021.
- B. Regelgeving.
- C. Meerjarig proces.

In de eerste twee trajecten leggen we nadruk op het behalen van resultaten voor de bekostiging 2021, en sluiten aan bij subdoel 2 van dit project (beschreven in sectie 2.1 van dit plan). Het traject C van het Meerjarig proces sluit aan bij subdoel 1 van dit project.

Onderstaande twee tabellen laten een overzicht van de planning en de momenten van kritieke besluitvorming zien. De rest van deze sectie geeft meer toelichting per fase, waarbij de momenten van kritieke besluitvorming per fase worden toegelicht aan het eind van de fase (in het blauw).

Tabel 2. Overzicht fases

		Traject A: Data en Model	Traject B: Regelgeving	Traject C: Meerjarig proces
2019	jun	A1: voorbereiding	B1: verkenning mogelijkheden	voorbereiding (werkgroepen)
	juli	A2: data uitvraag		
	aug			
	sep			
	okt			
	nov		B2: ontwerp regelgeving	
	dec			
2020	jan	A3: ontwerp model	B3: vaststellen	C: ontwikkeling meerjarig proces
	feb			
	mrt			
	apr	af ronding (rapportage)		
	mei			
	jun			
	juli	publicatie en communicatie		

Tabel 3. Overzicht kritieke besluitvorming

Datum	kritieke besluitvorming	fase
Uiterlijk 15 juli 2019	Opdracht van VWS voor meerjarig plan en besluit over het budget (zie ook sectie 4.1)	A1
Uiterlijk 1 september 2019	Besluit van VWS over de mogelijkheid/timing van de wetwijziging (zie ook sectie 4.3).	A2, B1
Uiterlijk 10 september	Besluit door de NZa over verplichtend karakter van aanlevering van data en rol van toezicht hierin.	A2
Uiterlijk 15 september 2019	Toets van VWS en Zinl op de data uitvraag	A2
31 september 2019	Uitkomsten van een gezamenlijke analyse van NZa en VWS op de impact op de overige regelgeving.	B1
Uiterlijk 20 april 2020	Besluit van VWS op basis van de bevindingen tot het al dan niet opnemen van de resultaten in de bekostiging van 2021	A3, B2
Juni 2020	Vaststelling proces voor de cyclus 2022 in overleg door VWS en NZa	C

Fase A1 Data en Model: voorbereiding

Tijdens de voorbereidingsfase zijn we intensief in gesprek gegaan met het veld over de aanpak bij de uitvoering van dit project. Door de strakke planning begonnen we op 14 juni 2019 met een ééndaagse conferentie van de *Nulandgroep*. Zo konden we intensief onze plannen binnen de beperkte kalendertijd met de sectorvertegenwoordigers doornemen en de deelnemers in staat te stellen om inhoudelijke input te leveren voor dit plan van aanpak. Deze conferentie volgt op de eerste Nuland conferentie (2018). Deze is gehouden in het kader van de voorbereiding van het NZa advies over de toekomstige bekostiging (maart 2019). Tijdens de conferentie op 14 juni hebben we de principes toegelicht van integrale vergelijking en de daaropvolgende vertaling naar de bekostiging (beschreven in sectie 1.3 en Bijlage 2). Deze conferentie zien we als platform om dit (meerjarig) proces op te starten.

Resultaat

De voorbereiding is klaar. Het plan van aanpak is klaar. Het samenwerken met de sector aan dit project is van start gegaan.

Mijlpalen

- 14 juni: ééndaagse conferentie (met *Nulandgroep*) om het eerste conceptmodel te presenteren en in gesprek te zijn over de mogelijkheden en de kansen.
- Eind juni: opdracht externe expertise uitgezet.
- Eind juni: dit plan van aanpak is klaar.

Kritieke besluitvorming

Op basis van het plan van aanpak wil de NZa van VWS een opdracht ontvangen voor het budget van een meerjarenplan. Om het project door te kunnen zetten en aan het ontwerp van de data uitvraag te kunnen starten hebben we deze opdracht uiterlijk 15 juli 2019 nodig.

Fase A2 Data en Model: data uitvraag

Fase A2 begint begin juli en loopt tot eind december 2019. Hierbij onderscheiden we twee sub fases.

- Juli - september

Met behulp van externe expertise op het gebied van data en in samenwerking met de werkgroep *Data en model* wordt een data uitvraag opgesteld en getest. In overleg met deze werkgroep wordt er besloten over het niveau van de uitgevraagde gegevens in het eerste jaar.² Hierbij proberen we de administratieve lasten te minimaliseren en waar mogelijk gebruik te maken van de bestaande bronnen, zoals gegevens KIK-V of Vektis. VWS en Zinl zijn bij het proces betrokken en toetsen op of de data uitvraag in lijn is met uitgangspunten 'ontregel de zorg'.

Na deze toets wordt een definitieve data uitvraag medio september door de NZa uitgezet bij alle zorgaanbieders. Hiervoor is de kritische besluitvorming van belang (zie de tekst vak aan het eind van de beschrijving van deze fase).

² Dit niveau hoeft niet hetzelfde voor alle uitgevraagde cijfers: kan ook dat de productie op locatieniveau wordt uitgevraagd om de kenmerken van de aanbieder beter te kunnen meenemen in het model, maar de kosten op instelling- of concernniveau, het niveau waarop financiële besluiten worden genomen.

– September - december

In de uitvraagperiode maken we gebruik van externe consultants op het gebied van data voor toelichtingen, vragen uit het veld en checks over het ingevulde formaat. Parallel loopt er een proces waarbij het projectteam basic testen op de aangeleverde data ontwikkelt. Met binnengekomen geteste data wordt een landelijke set opgezet ten behoeve van het integrale vergelijkingsmodel voor de bekostiging 2021.

Daarnaast stellen we hypothesen op en worden op basis van input van de werkgroep *data en model* de inhoudelijke keuzes vertaald naar technische specificaties. Hierbij schakelen we ook externe expertise in op het gebied van modellen, die ons in fase 3 bijstaan.

Resultaat

De dataset die we in het eerste jaar ten behoeve van de bekostiging gebruiken is klaar. Input voor het model is opgehaald en besproken zowel in de *Sponsorgroep* als de *Nulandgroep*.

Mijlpalen

- Juli: opstellen van het model voor data uitvraag.
- 19 juli: eerste bijeenkomst werkgroep *Data en model*.
- 1 september: besluit van VWS (zie onderstaande tekst vak 'Kritieke besluitvorming')
- 15 september: voorafgaand aan de data uitvraag wordt een toets uitgevoerd. Dit in overleg met VWS en Zinl met als doel om te kijken of de uitvraag in lijn is met de uitgangspunten van 'ontregel de zorg'.
- 15 september: definitieve data-uitvraag is klaar en wordt binnen enkele dagen daarna uitgezet bij alle zorgaanbieders.
- Eind december: data-gegevens ontvangen & adviezen werkgroep *Kwaliteit* en werkgroep *Transparantie* zijn binnen
- Eind december: De roadshows van de werkgroep *Communicatie* hebben plaatsgevonden.

Kritieke besluitvorming

Voor de uitvoering van de data uitvraag naar alle data aanbieders, is het nodig om de duidelijkheid te kunnen scheppen naar de zorgaanbieders over het uiteindelijke doel van het dataverzoek en de rol in de bekostiging. Hiermee borgen we naar de zorgaanbieders dat hun inspanningen om data op te leveren, ook zullen leiden tot aanpassingen in de bekostiging. Daarnaast heeft dit gevolgen voor toezicht.

- Om de planning te kunnen realiseren, hebben we voor 1 september 2019 een besluit nodig van VWS over de mogelijkheid/timing van de wetwijziging (Zie sectie 4.3 over de randvoorwaarden.)
- Uiterlijk 10 september beslist de NZa op basis hiervan over verplichtend karakter van aanlevering van data en rol van toezicht hierin.
- Uiterlijk 15 september: uitkomsten van de toets van VWS en Zinl of de data uitvraag in lijn is met uitgangspunten van 'ontregel de zorg'.

Fase A3 Data en Model: het ontwikkelen van een definitief model

Deze fase volgt op de definitieve data uitvraag. In deze fase staat het uitvoeren van cross-checks en tests op de verzamelde dataset, het toetsen van hypothesen en het uitwerken van het model en de berekeningen centraal. Hierbij nemen we de adviezen uit de werkgroep *Kwaliteit* mee. Het advies van de werkgroep *Transparantie* nemen we mee bij het besluit over de mate van transparantie over de gegevens uit de dataset voor alle zorgaanbieders.

Resultaat

Een conceptmodel integrale vergelijking voor de bekostiging 2021 is opgezet en de hypothesen zijn getoetst. Het advies van de werkgroep *Regulering* is binnen.

Mijlpalen

- Eind maart 2020: een conceptmodel integrale vergelijking 2021 is klaar als input voor fase 4, de bevindingen worden gerapporteerd aan VWS.
- April 2020: bijeenkomst werkgroep *Data en Model* om het concept model van integrale vergelijking 2021 te presenteren

Kritieke besluitvorming

Uiterlijk 20 april 2020 besluit VWS op basis van de bevindingen tot het al dan niet opnemen van de resultaten in de bekostiging van 2021. Hierbij zijn er twee beleidsopties m.b.t. de bekostiging 2021:

- (1) de NZa stelt individuele tarieven per zorgaanbieder (in geval van de wetaanpassing op korte termijn), of
- (2) de NZa stelt de maximum tarieven per 2021 naar boven bij op basis van hoogste tarief en geeft informatie over de bandbreedte per zorgaanbieder aan de zorgkantoren. De zorgkantoren zijn dan aan zet om het individueel tarief binnen deze ruimte af te spreken.

Fase B1 Regelgeving: verkennen mogelijkheden

De integrale vergelijking kan op verschillende manieren landen in de tariefstructuur. De NZa verkent welke wijzen mogelijk zijn en wat aansluit bij de huidige taak- en rolverdeling van partijen. Daarbij is *evolutie* het uitgangspunt. De vergelijking moet stapsgewijs impact gaan krijgen op de regulering. In dat schrijfproces zullen ook vragen opkomen die dan tijdig kunnen worden afgehandeld. Het zal wellicht noodzaak blijken om tot een aanpassing van hogere wet- en regelgeving te komen, naast de reeds aangegeven aanpassing om bandbreedtetarieven per zorgaanbieder mogelijk te maken, zodat dit in gang kan worden gezet.

Resultaat

Er is duidelijk welke vormgeving het uitgangspunt is voor verwerking in de regelgeving. De juridische impact is duidelijk. Daarmee kan de vervolplanning worden vastgesteld.

Mijlpalen

- 20 juni 2019: een verkenning is verstuurd aan VWS, op basis waarvan wordt geconstateerd dat individuele bandbreedte tarieven nodig zijn voor de implementatie. Dit vergt een aanpassing in wetgeving.
- Uiterlijk op 1 september 2019: VWS verstrekt duidelijkheid over de route naar wetsaanpassing.
- September 2019: er is een gezamenlijke analyse van NZa en VWS gedaan op de impact op de overige regelgeving.

Kritieke besluitvorming

VWS besluit uiterlijk op 1 september 2019 over de mogelijkheid om een wetsaanpassing in gang te zetten om individuele (bandbreedte)tarieven mogelijk te maken. (Zie de tekst vak 'Kritieke besluitvorming' na de afloop van fase A2 hierboven).

Fase B2 Regelgeving: vertalen naar de bekostiging

Fase B2 begint in september 2019 en eindigt op 1 maart 2020. In deze fase wordt gewerkt aan de vertaling van de resultaten aan de bekostiging. De werkgroep *Regulering* stelt een advies op over deze vertaling.

Resultaat

Samen met partijen wordt de regelgeving ontworpen en getoetst op uitvoerbaarheid.

Mijlpalen

In januari levert de werkgroep *Regulering* een advies op over de vertaling in de beleidsregels.

- In maart wordt door de werkgroep *Regulering* de vormgeving van de regelgeving opgeleverd, met een uitvoeringstoets.

Kritieke besluitvorming

De input van fase B2 wordt meegenomen in de besluit van WVS tot het al dan niet opnemen van de resultaten in de bekostiging van 2021. Dit besluit is uiterlijk 20 april nodig. (Zie de tekst vak 'Kritieke besluitvorming' na de afloop van fase A3 hierboven).

Fase B3 Regelgeving: regelgeving vaststellen

Fase B3 begint in maart en loopt tot 1 juli 2020. In deze fase wordt de ontworpen regelgeving gecombineerd met de uitkomsten van het model. Tevens wordt een evaluatie gedaan van het verlopen proces. De fase begint tijdens de afronding van het model van integrale vergelijking voor 2021 en bouwt op de uitkomsten van dat traject en het besluit van het VWS hierover (zie de tekstvakken 'Kritieke besluitvorming' bij fases A3 en B2).

Resultaat

De regelgeving voor 2021 is vastgesteld. Dit houdt in dat de benodigde input voor het vaststellen van de gereguleerde tarieven 2021 is geleverd, inclusief een rapportage met de beschrijving van het model en de uitkomsten 2021. De resultaten zijn teruggekoppeld aan de aanbieders. Een conceptrapportage over het proces, geschreven in samenwerking met de werkgroep *Evaluatie* is voorbereid als input voor de volgende cyclus.

Mijlpalen

- Mei 2020: 1 daagse conferentie (met Nulandgroep) om het definitieve model van integrale vergelijking 2021 te presenteren en de evaluatie te bespreken.
- Juni 2020: werkgroep *Evaluatie* stelt bevindingen en adviezen vast.
- 1 juli: Regelgeving wordt door de NZa vastgesteld, inclusief de rapportage over het model.

Fase C: Meerjarige aanpak

Deze fase loopt parallel aan de ontwikkeling van de integrale vergelijking voor 2021.

- 1. De integrale vergelijking betreft een cyclisch jaarlijks proces. Om dit proces goed te ontwerpen, is het nodig hier tijdig mee te starten.
- 2. De werkgroep *Doorontwikkeling* gaat in september 2019 van start ten behoeve van nieuwe cyclus voor 2022.
- 3. De werkgroep *Evaluatie* inventariseert de knelpunten in de cyclus 2019-2020 welke als input wordt meegenomen in het proces voor het volgend jaar.

Resultaat

Na afronding van de cyclus van 2021 is voor alle partijen duidelijk hoe het jaarlijks proces eruit gaat zien. Hierbij is aandacht voor de rollen en verantwoordelijkheden van verschillende partijen en voor een uitvoerbaar proces.

Plan van aanpak Integrale vergelijking

Mijlpalen

- presentatie eerste concept proces 4 december
- presentatie proces in mei 2020 met de Nulandgroep
- vaststellen proces juni 2020

Kritieke besluitvorming

Om de cyclus voor het volgende jaar op tijd te kunnen starten moet er in juni 2020 in overleg met VWS besloten worden over het proces voor de integrale vergelijking ten behoeve van de bekostiging 2022.

5. Randvoorwaarden om de opdracht uit te kunnen voeren

In dit hoofdstuk beschrijven we vier belangrijkste randvoorwaarden om dit project te kunnen uitvoeren. Dit zijn het benodigde budget, benodigde data, benodigde wettelijke ruimte en voldoende draagvlak.

5.1 Begroting

5.2 Tijdige oplevering van de gegevens

In dit project gebruiken we zoveel mogelijk de gegevens die openbaar beschikbaar zijn. Soms hangt de beschikbaarheid samen met andere trajecten die buiten het huidige werkprogramma van de NZa vallen, zoals KIK-V. Bijvoorbeeld: in het KIK-V programma wordt informatie over locaties van zorgaanbieders en kwaliteitsinformatie verzameld en beschikbaar gesteld. Indien deze informatie nodig blijkt voor de opdracht, maar niet tijdig beschikbaar is, zal deze (alsnog) via een uitvraag opgehaald moeten worden. Wij vragen VWS daarom aandacht te besteden aan de voortgang van dit traject.

5.3 Wetswijziging

Bij de integrale vergelijking past een bekostiging op basis van een individueel per zorgaanbieder in hoogte variërend tarief: een tarief dat op aanbiedersniveau wordt bepaald. De huidige wetgeving biedt geen ruimte voor een individueel per zorgaanbieder in hoogte variërend maximumtarief. Om per zorgaanbieder in hoogte variërende minimum- en maximumtarieven te kunnen vaststellen, is een wetswijziging nodig. Om dit in de bekostiging 2021 te kunnen doorvoeren, moet deze wijziging vóór mei 2020 worden uitgevoerd (zie sectie 3.2 over de timing en de kritieke besluitvorming).

5.4 Draagvlak

Er is voldoende draagvlak nodig om deze opdracht te behalen. Met name bij het aanleveren van data is het een randvoorwaarde dat systeempartijen de noodzaak hiervan gezamenlijk uitdragen.

6. Bijlagen

Bijlage 1: Keuze van de methode van integrale vergelijking en een demo-model

In deze bijlage beschrijven we de keuze van een passend model van integrale vergelijking. En we lichten toe hoe de methode werkt aan de hand van een demo-model van integrale vergelijking. Dit model hebben we vorig jaar ontwikkeld op basis van inzichten uit de economische literatuur. Deze is reeds toegepast op beschikbare gegevens (uit kostenonderzoek 2016). Dit demo-model is bedoeld om discussie te faciliteren over de inhoudelijke keuzes die gemaakt moeten worden. Zoals bij het maken van een 'echt' landelijk model van integrale vergelijking ten behoeve van de bekostiging en over benodigde data.

Keuze methodevergelijking

Er zijn verschillende methodes (modellen) mogelijk om instellingen te vergelijken. In deze sectie beschrijven we de meest gebruikte methodes met bijbehorende voor- en nadelen, alsmede de criteria voor de keuze voor de beste methode.³

Het belangrijkste criterium voor de modelkeuze is dat het model zo goed en nauwkeurig mogelijk inzicht levert over de kostengrens waarmee een instelling goede zorg kan leveren. Hierbij is het van belang dat het model de kosten niet onderschat, want met een te laag tarief kan de kwaliteit volgens het Kwaliteitskader niet worden geborgd. Het is wenselijk dat de kosten niet te ruim zijn ingeschat, want dan betaalt de maatschappij hiervoor te veel. Daarbij is het van belang dat de uitkomsten stabiel zijn en niet gevoelig voor fouten in gegevens of in de specificatie van het model. Omdat leren en verbeteren het hart vormt van de benodigde ontwikkeling, is het ook van belang dat de methode spiegelinformatie levert voor verpleeghuizen. Het moet daarom een mechanisme bevatten om vergelijkbare verpleeghuizen ('peers') te identificeren waarvan de zorgaanbieder kan leren.

Integrale vergelijking heeft als doel om de minimale, redelijk haalbare productiekosten te bepalen voor de specifieke situatie van een zorgaanbieder. Hiermee ontstaat inzicht over de ondergrens van de vergoeding die de instelling in zijn specifieke situatie zou moeten krijgen om de benodigde productie te realiseren. Dit principe geldt voor elk integraal vergelijkingsmodel, onafhankelijk van de gekozen technische methode waarmee integrale vergelijking wordt gedaan. Het vraagstuk over de keuze van de beste methode van integrale vergelijking (d.w.z. de methode waarmee de kostengrenzen worden berekend) staat dus redelijk los van het vraagstuk over de vervolgstap: de landing van de resultaten van de integrale vergelijking in tarieven, beschreven in Bijlage 2.

Alle breed gebruikte methodes hebben redelijk wat overeenkomsten, want ze werken in essentie als volgt:

In eerste instantie worden er gegevens verzameld van alle instellingen over de inputs, outputs en andere (omgevings)kenmerken. Als inputs worden er

³ De discussie over de keuze is gebaseerd op wetenschappelijke literatuur, o.a. zie Bogetoft en Agrell (2001) DEA-based incentive regimes in health-care provision, https://www.researchgate.net/publication/23515165_DEA-Based_Incentive_Regimes_in_Health-Care_Provision

gegevens (indicatoren) gebruikt over kosten of soms ook bepaalde fysieke inputs, zoals de beschikbare capaciteit van de instelling of de indeling naar verschillende soorten personeel. Als outputs worden indicatoren van productievolumes gebruikt, zoals verpleegdagen (gewogen met zorgzwaarte). Daarnaast kunnen deze methodes rekening houden met omgevingsfactoren zoals stedelijkheid of een andere locatienmerken, maar ook specifieke kenmerken van de aanbieder zoals specialisatie in specifieke ziektebeelden.

Elke instelling wordt dan vertegenwoordigd door een set van deze gegevens en wordt gezien als een punt in de productieruimte. Aan de hand van deze gegevens over alle instellingen bepaalt de methode de productiegrens binnen de mogelijkheden waar instellingen mee te maken hebben: De productie-frontier. De frontier geeft aan voor welke kosten de zorgproducten geleverd kunnen worden volgens het model, met minder kan dezelfde productie niet. Deze frontier wordt vervolgens gebruikt als referentie voor de berekening van de minimale kosten voor de specifieke situatie van elke aanbieder.

Het verschil tussen methodes ligt in de aannames die worden gemaakt bij de constructie van de frontier en de gevolgen van deze aannames. Hieronder lichten we deze verschillen toe en bespreken de voor- en nadelen per methode. Tevens laten we zien wat duidelijk de beste methode is die uit deze discussie naar voren komt, de zogenaamde DEA-methode.

Onderstaand figuur laat zien dat deze methodes op twee aspecten verschillen. Deze aspecten worden beschreven in de literatuur met de volgende belangrijke overwegingen:

Aan de ene kant is er het verschil tussen *deterministische en stochastische methodes*. Deterministische methodes berekenen op basis van gegevens en houden geen rekening met mogelijke fouten zoals ruis in de meting. Stochastische methodes hebben daarom een belangrijk voordeel omdat ze schattingen gebruiken en wel rekening houden met de mogelijke (meet)fouten. In het verleden bestond de DEA-methode alleen in een deterministische vorm. Toen speelde dit argument een grote rol als nadeel van deze methode. Maar inmiddels bestaat er al ook een stochastische DEA-methode, waardoor deze kritiek niet meer geldig is.

Aan de andere kant is er een verschil tussen *parametrisch/niet parametrisch* vergelijkingen. Een parametrische methode maakt een sterke aanname over de functionele vorm van de frontier. Er wordt dus verondersteld dat de frontier door een concrete formule wordt gegeven (bijv. een translog-functie). Vervolgens worden de gegevens van alle instellingen gebruikt in regressie om de parameters van deze formule te schatten. De formule kan daarna gebruikt worden voor verdere berekeningen (zoals de berekening van minimale kosten van instellingen). Met een parametrische frontier (weergegeven als formule) is het makkelijker om berekeningen te doen in vergelijking met de niet-parametrische frontier (de frontier die numeriek is bepaald). Ook de effecten kunnen dan in expliciete formules worden weergegeven, wat de vervolganalyse vergemakkelijkt.

Een belangrijk nadeel is echter dat de aanname over de formule een sterk restrictieve aanname is die in de praktijk niet kan kloppen. Dit model is daarom gevoelig voor specificatie-fouten bij het opstellen van deze formule. Niet-parametrische methodes maken deze sterke aanname niet maar construeren de frontier aan de hand van de beschikbare gegevens met veel minder restrictieve aannames.

De minst restrictieve niet-parametrische methode is FDH. FDH gebruikt alleen de aannames dat als een bepaalde productie met een bepaalde input

wordt gerealiseerd, (1) dezelfde productie dan ook altijd met meer input kan worden gerealiseerd. De tweede aanname is dat er met gegeven input en bijbehorend productieniveau ook altijd minder productie kan worden geleverd. DEA geeft iets meer invulling aan de aannames, waardoor de frontier iets beter bij de datapunten wordt aangesloten. DEA zit dus, inhoudelijk gezien, ergens tussen FDH en de parametrische methodes.

Omdat de geconstrueerde niet-parametrische frontier door de bestaande bedrijven wordt bepaald, kan die nooit onrealistisch zijn. Maar omdat niet alle denkbare instellingen in de dataset zitten, kunnen sommige stukjes van dit soort frontier mogelijk te ruim zitten (namelijk, de stukjes die op basis van een kleinere groep instellingen tot stand komen). Hoewel dit in een zekere zin als nadeel kan worden gezien, is het echter beter om de minimale kosten te 'conservatief' te schatten dan andersom (bij een te 'optimistische' schatting is er de kans dat de minimale kosten onderschat zijn en niet voldoende zijn om goede kwaliteit te leveren). De FDH-methode is echter nog veel conservatiever dan DEA, want deze methode maakt alleen de twee bovengenoemde aannames. Daarom komt de DEA-methode als beste uit deze vergelijking.

Figuur 2. Methodes van integrale vergelijking

	Non- Parametrisch	Parametrisch
Deterministisch	FDH DEA	COLS
Stochastisch	stochastic DEA	SFA

Toelichting over de afkortingen:
 DEA=Data Envelopment Analysis
 FDH=Free Disposable Hull
 SFA=Stochastic Frontier Approach
 COLS=Corrected Ordinary List Squares

DEA methode en een demo-model NZa

Op basis van bovenstaande argumenten hebben we voor DEA gekozen. De DEA staat voor Data Envelopment Analysis. Dit is een veel gebruikte methode, welke ontwikkeld is door Charnes, Cooper en Rhodes (1978). Er zijn duizenden artikelen geschreven over gebruik in de profit sector (banken, verzekeraars, post, spoorwegen, industrie, landbouw, consultancy, sport, enz.) en de non-profit sector (waaronder gas, water, warmte, aanleg wegen, politie, brandweer, scholen, universiteiten, rechtbanken, ziekenhuizen en verpleeghuizen).

Een belangrijk ander voordeel in het kader van ons project –waarbij het *leren* centraal staat als belangrijke randvoorwaarde om verbetering te

kunnen realiseren [*Visie Nuland*]- is dat de DEA de mogelijkheid toelaat om 'peers' aan te wijzen: de vergelijkbare aanbieders die op de frontier zitten, en dus tegen minimale kosten de zorg leveren. Deze informatie kan worden gebruikt om het proces van leren te faciliteren. Deze methode sluit daarom het meest aan bij de uitgangspunten van Nuland.

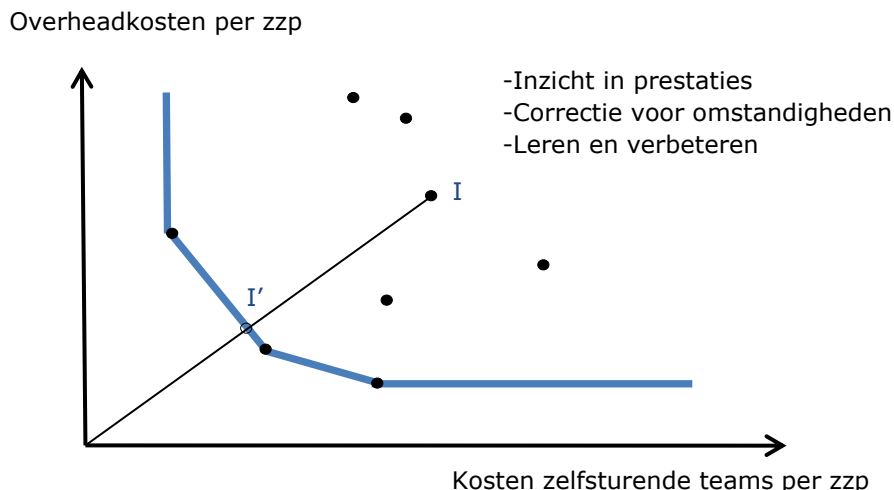
De methode werkt als volgt: Als eerste wordt er data verzameld over alle betrokken aanbieders. De DEA methodiek rekent aan de hand van de verzamelde gegevens waar de productie frontier zit. Afhankelijk van de praktische toepassing kan dit op twee manieren (a en b), waarbij voor de aanbieders op de frontier het onderstaande geldt:

- a. Een aanbieder levert de meeste productie [output] gegeven de middelen die hiervoor gebruikt zijn [input]
- b. Een aanbieder heeft de minste middelen nodig [input] om een gegeven productie [output] te leveren.

De frontier wordt dus door de bestaande aanbieders bepaald. Voor elke andere aanbieder kan er de afstand worden berekend tussen hem en de frontier. Bovendien rekent de DEA-methodiek uit welke aanbieders vergelijkbare omstandigheden hebben en dus model kunnen staan voor een concrete aanbieder. Dit inzicht draagt er aan bij dat aanbieders van elkaar kunnen leren.

Onderstaande afbeelding licht dit toe op basis van een hypothetisch voorbeeld. In dit voorbeeld passen we het integrale vergelijkingsmodel toe op enkele zorgaanbieders. Om het voorbeeld simpel te houden, nemen we aan dat deze zorgaanbieders dezelfde soort zzp leveren. We nemen hierbij aan dat ze hiervoor twee type kosten maken, namelijk *Zelfsturende teams* en *Overhead*. Op de assen staan de kosten per zzp, en elke aanbieder wordt weergegeven als één punt. De blauwe curve is de frontier zoals eerder beschreven. Dit voorbeeld geeft aan dat verschillende combinaties van inputfactoren op de frontier kunnen komen, afhankelijk van de omstandigheden. Bij sommige aanbieders worden zelfsturende teams vaker ingezet, bij anderen juist minder vaak, waardoor ze hogere overhead hebben. De aanbieders die op de frontier zitten – weergegeven als punten op de frontier – hebben minder kosten dan de (vergelijkbare) aanbieders die verder van de frontier zitten – weergegeven met de punten buiten de frontier. Elke van deze laatste punten (bijv. punt I) kan worden vergeleken met één punt op de frontier waarbij minder inputs worden gebruikt (punt I'). Het is hierbij belangrijk om op te merken dat aanbieder I in vergelijkbare omstandigheden verkeert als de aanbieders waarmee aanbieder I wordt vergeleken. Op deze manier kan worden gemeten hoe ver de aanbieder van de frontier zich bevindt en de bijbehorende minimale kosten die in theorie nog te behalen valt. Deze methodiek kan dus bijdragen aan het leren en verbeteren tussen aanbieders.

Figuur 3. Illustratie DEA



Om aan deze methode invulling te geven, moeten relevante inputs, outputs en andere (omgevings)factoren worden gespecificeerd. Daarnaast zullen er aannames moeten worden gemaakt, o.a. wat beïnvloedbaar en wat niet-beïnvloedbaar is. Dit soort aannames worden in het model meegenomen, zodat het model hier rekening mee kan houden. In de literatuur worden vaak personeel en kapitaal als inputs gebruikt, waarbij productievolume als output geldt. Daarnaast worden ook omgevingsfactoren meegenomen. De dataeisen voor dit soort modellen zijn relatief beperkt in vergelijking met een kostenonderzoek. De benodigde data zijn ook meestal op een hoger aggregatieniveau. Het is dus belangrijk om de kaders en de relevante variabelen voor dit model te kiezen.

Het demo-model dat we vorig jaar hebben ontwikkeld, kan als aftrap punt dienen bij dit proces. Voor dit model hebben we een dataset uit 2016 gebruikt die ongeveer 70% van de verpleegdagenproductie dekt van de verpleging en verzorging sector (V&V). Als inputs gebruikt dit model kapitaallasten en personeelskosten; als output dienen de verpleegdagen en de overige zorg die aanbieders leverden, zoals mpt producten (al deze productie is gewogen met de kostprijzen uit het kostenonderzoek 2016). Binnen dit eerste demo-model hebben we opties onderzocht hoe dit soort model kan worden ingezet bij het bepalen van de ondergrens voor de kosten om aan het Kwaliteitskader te voldoen. Ons demo-model laat de meest belangrijke principes en inhoudelijke keuzes zien die gemaakt moeten worden bij het invullen van het model. Dit faciliteert de discussie met de sectorvertegenwoordigers over de invulling van het model. Zo komen we tot een werkelijk model van integrale vergelijking voor de bekostiging vanaf 2021.

Bijlage 2. Bekostiging op basis van integrale vergelijking

In deze bijlage leggen we uit hoe de uitkomsten van de integrale vergelijking in de bekostiging kunnen belanden. We gaan er van uit dat de integrale vergelijking leidt tot een gedifferentieerd gereguleerd tarief (tarief dat per zorgaanbieder in hoogte varieert).

Er zijn diverse mogelijkheden om een gedifferentieerd tarief in de regulering op te nemen. Deze worden in deze bijlage beschreven. In het komende jaar gaat er een werkgroep aan de slag met de inbedding in regulering en het in kaart brengen van de overwegingen bij het inkoopproces. Op basis hiervan wordt de balans opgemaakt en een definitieve keuze gemaakt voor de wijze van regulering. Dit is meegenomen in de planning.

Aanleiding

Het feit dat het Kwaliteitskader leidend is voor de bekostiging, is een paradigmaverandering. In plaats van als doel te stellen hoe met een vooraf gesteld bedrag de best mogelijke zorg geleverd kan worden, wordt het doel van de bekostiging om de zorgplicht en de kwaliteit volgens het Kwaliteitskader tegen minimale kosten te borgen. Er ligt een maatschappelijke opdracht om de meerkosten van deze zorg te beperken tot 2.1 miljard euro, zodat de kwalitatief goede zorg ook op lange termijn toegankelijk blijft. In maart 2019 heeft de NZa advies uitgebracht over de bekostiging op lange termijn. Dit advies ontstond in overleg met de sector (Nuland groep) waarbij de noodzaak van meer passende bekostiging werd benadrukt. Dit plan volgt de lijn van dit advies.

Wat willen we verbeteren in het huidige bekostigingsmodel?

Op dit moment stelt de NZa maximumtarieven vast op basis van gemiddelde kosten van verpleeghuizen. De gemiddelde kosten worden bepaald op basis van een kostenonderzoek. Elk verpleeghuis krijgt hetzelfde maximumtarief per prestatie (zorgzwaartepakket). Verpleeghuizen met een vergelijkbare zzp-mix ontvangen eenzelfde vergoeding. Een hogere zorgzwaarte betekent een hogere vergoeding. Deze bekostigingsmethodiek veronderstelt dat er geen andere verschillen zijn tussen verpleeghuizen en biedt dus weinig inzicht in meerkosten van die verschillen.

In de praktijk zien we echter verschillen. Zo bleek uit ons recente onderzoek dat de locatiekenmerken zoals grootstedelijkheid of sociaaleconomische status van de wijk in relatie staan tot verschillen in verzuim van personeel van een zorgaanbieder. Hierdoor wordt het duurder om de zorg op sommige locaties te leveren in vergelijking tot andere locaties. Om overal dezelfde zorg te kunnen borgen, is het essentieel om deze kostenverschillen te corrigeren. Op verzoek van VWS komt er een component niet-beïnvloedbare factoren (nbf) in de NZa-tarieven 2020, waardoor er een differentiatie komt tussen tarieven op basis van postcodes.

Het verzuim van personeel is echter niet de enige mogelijke reden voor verschillen in kosten. Ook andere factoren zouden van invloed kunnen zijn, zoals specialisatie op een bepaald ziektebeeld, de samenstelling van cliëntpopulatie (zzp-mix) of personeel. Op vrijwel elk van dit soort kenmerken kunnen verklaarbare kostenverschillen ontstaan tussen de aanbieders. De stapeling van afzonderlijke correcties is echter niet optimaal en onwenselijk: dit opent de deur voor lobbyen en maakt het bekostigingssysteem onnodig complex. Het verhoogt daarmee ook de kans op scheve compensaties, terwijl we juist meer maatwerk in de bekostiging willen brengen. Het is nodig om dit op een *structurele* wijze in de bekostiging te kunnen meenemen.

Daarom werken we aan een verbeterd bekostigingssysteem waarbij eerlijkheid en eenvoud voorop staan. In dit systeem willen we verpleeghuizen met elkaar vergelijken om een meer passend tarief per verpleeghuis te bepalen. We baseren de bekostiging dan niet meer op landelijk gemiddelde kosten, maar op de kosten van vergelijkbare verpleeghuizen. Zo kan ieder verpleeghuis, ongeacht zijn omstandigheden, dezelfde goede zorg leveren tegen een eerlijk tarief. We noemen deze nieuwe structurele aanpak 'integrale vergelijking'.

Het proces en hoe snel dit in te voeren: klein effect op bekostiging 2021

Het afgelopen jaar hebben we een volledig demo-model uitgewerkt van integrale vergelijking op basis van de reeds beschikbare data van het kostenonderzoek langdurige zorg (een beschrijving van de algemene principes van integrale vergelijking staat later in de tekst). Om het model in de regulering te kunnen toepassen per 2021, gaan we het demo-model actualiseren. Daarnaast gaan we samenwerken met de sector, in een meerjarig transparant proces. We kunnen van dit demo-model tot een werkelijk sector-model komen door het demo-model in te vullen en steeds verder te verfijnen. Zo kunnen we tot een eerlijke vergelijking komen. Bovendien krijgt elk verpleeghuis via een individuele terugkoppeling inzicht in zijn eigen positie ten opzichte andere verpleeghuizen. Zo kan een verpleeghuis de eigen situatie vergelijken met andere verpleeghuizen en van elkaars kennis leren en profiteren.

Het invoeren van de uitkomsten van integrale vergelijking in de bekostigingssystematiek gebeurt stapsgewijs. Per 2021 wordt integrale vergelijking met een klein gewicht in de bekostiging meegenomen. In daaropvolgende jaren wordt een steeds groter deel van de tarieven door vergelijking bepaald.

Bekostiging op basis van integrale vergelijking in het eindperspectief

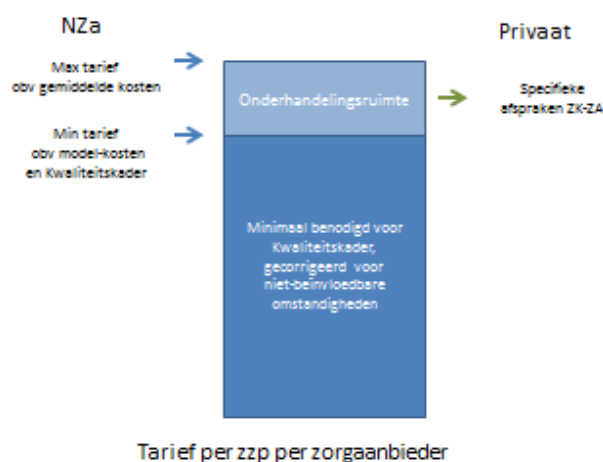
Het belangrijkste nieuwe element van deze vorm van bekostiging is dat elke aanbieder een passend tarief krijgt dat voldoende is om de kwaliteit volgens het Kwaliteitskader te leveren. Dat betekent dat het tarief goed aansluit bij de omstandigheden van de aanbieder.

Er zijn verschillende manieren om de integrale vergelijking en de verschillen tussen verpleeghuizen in de regulering te verwerken. In het plan van aanpak hebben we ons gebaseerd op de optie van een gereguleerd bandbreedte tarief. Aan de hand van deze optie leggen we de concepten uit die hierbij een rol spelen. Hiermee leggen we een brug naar Bijlage 2 over de methode van integrale vergelijking en het demo model. We laten namelijk zien hoe we per aanbieder de passende ondergrens en bovengrens voor de vergoeding kunnen bepalen. In de volgende sectie werken we enkele aanvullende beleidsopties voor bekostiging uit. Deze hebben economisch gezien hetzelfde resultaat, maar kunnen in de inkoopdialoog een andere dynamiek teweeg brengen.

– Beleidsoptie 1: Gereguleerd bandbreedtetarief

Het bandbreedtetarief definiëren we door voor iedere individuele aanbieder een minimum- en een maximumtarief vast te stellen. Deze kunnen dus beide per zorgaanbieder variëren. Deze bandbreedte wordt bepaald op basis van de integrale vergelijking en is redelijkerwijs kostendekkend om kwalitatief goede zorg doelmatig te kunnen leveren onder de omstandigheden waarin deze aanbieder opereert (zie figuur 1). Het bandbreedtetarief bepaalt daarmee de onderhandelingsruimte voor het zorgkantoor met een zorgaanbieder. Tussen dit minimum en maximum maken zij afspraken over het te declareren tarief.

Figuur 4. Bandbreedtetarief in het eindperspectief



Het bepalen van de passende bandbreedte per aanbieder gebeurt door middel van het integrale vergelijkingsmodel. Hieronder leggen we de principes van integrale vergelijking uit. Ook leggen we uit hoe een dergelijk model technisch gezien werkt en lichten we alle begrippen toe.

Peergroep

Voor elk verpleeghuis bepaalt het model zijn vergelijkbare verpleeghuizen waarmee dit verpleeghuis wordt vergeleken. Deze verpleeghuizen noemen we zijn 'peergroep'. Dit gebeurt automatisch binnen het model op basis van meerdere gegevens, bijvoorbeeld: type verpleeghuis (zoals psychogeriatrisch of somatisch), zorgzwaarte, verhouding tussen inputs (zoals de verhouding tussen personeelskosten en kapitaallasten), of type locatie (zoals de wijk waar de locatie zich bevindt). De concrete invulling is afhankelijk van de uiteindelijke specificatie bij het opstellen van het vergelijkingsmodel dat we in overleg met de sector invullen. Omdat sommige verpleeghuizen in meer bijzondere omstandigheden opereren, kan het zijn dat hun peergroep erg klein is, terwijl de peergroep bij een gemiddeld verpleeghuis vaak groter is.

Model-kosten per verpleeghuis als ondergrens voor de kosten

Door de vergelijking van een verpleeghuis met verpleeghuizen uit zijn peergroep bepaalt het model welke (vergelijkbare) verpleeghuizen model kunnen staan voor deze aanbieder. Deze verpleeghuizen leveren vergelijkbare zorg conform het Kwaliteitskader tegen minimale kosten. Ze zitten op de kosten-frontier van ons model en op basis van hun kosten worden de minimale haalbare kosten bepaald voor dit verpleeghuis. Daarbij wordt rekening gehouden met het productievolume van het verpleeghuis. Deze minimale kosten noemen we *model-kosten* voor dit verpleeghuis. Omdat de peers vergelijkbaar zijn in termen van niet-beïnvloedbare factoren, staan de model-kosten van verpleeghuizen in verhouding tot hun niet-beïnvloedbare kostenverschillen. Het is dus voor ieder verpleeghuis in Nederland bekend dat er een vergelijkbaar verpleeghuis (of enkele) bestaat die dezelfde zorg tegen deze kosten kan leveren. De model-kosten geven dus de ondergrens aan voor de kosten. De afstand tot de modelkosten kan worden uitgedrukt in een percentage. Bijvoorbeeld, een verpleeghuis heeft

12 miljoen euro kosten en de model-kosten zijn 10 miljoen euro. Dit betekent dat dit verpleeghuis 20% boven de model-kosten zit.

Bepalen van bovengrens voor de kosten zodat de som gelijk is aan de totale landelijke kosten

We willen zorgen dat de maximumtarieven van de NZa kostendekkend zijn voor het land als geheel. De som van de bovengrenskosten van alle aanbieders moet daarom gelijk zijn aan de totale landelijke werkelijke kosten. Deze voorwaarde gebruiken we om de bovengrens per aanbieder te bepalen. Hierbij bepalen we de werkelijke kosten van aanbieders op basis van een jaarlijkse data-uitvraag. Deze uitvraag stellen we samen met de sector op en bevat meer geaggregeerde informatie dan een data-uitvraag die nodig zou zijn bij een kostenonderzoek zoals tot nu toe heeft plaatsgevonden. We verwachten dat de uitvraag voor aanbieders daarmee makkelijker in te vullen wordt.

Technisch gezien wordt de bovengrens als volgt bepaald. We berekenen de totale landelijke kosten als som van de werkelijke kosten van alle aanbieders; en we berekenen de totale landelijke model-kosten als de som van de model-kosten van alle zorgaanbieders. Het percentageverschil tussen de werkelijke kosten en de model-kosten op landelijk niveau is gelijk aan de landelijk gemiddelde afstand van de frontier. Door de model-kosten van een aanbieder 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 12 miljoen euro kosten en zijn model-kosten zijn 10 miljoen euro. Stel dat het landelijk gemiddelde verschil tussen werkelijke kosten en model-kosten gelijk is aan 10%. Dat betekent een bovengrens van 11 miljoen euro. Dit resulteert in de kosten-bandbreedte [10 miljoen – 11 miljoen].

Bandbreedtetarief per verpleeghuis

Bovengenoemde bandbreedte voor de kosten kan worden omgerekend naar het bandbreedte tarief per verpleeghuis. Dit door het verdelen van volumes over de kosten met de landelijke prestatiegewichten (op basis herijkte tarieven van de NZa uit het kostenonderzoek 2016). In eerste instantie gebeurt dit met dezelfde dataset als hierboven.⁴ Het vaststellen van een bandbreedte per prestatie sluit dan aan bij de huidige systematiek, met het verschil dat dit bandbreedtetarief dan wordt gedifferentieerd naar zorgaanbieder.

Overzicht beleidsopties verwerking in regulering

In de vorige sectie hebben we toegelicht hoe we de passende ruimte voor de vergoeding kunnen bepalen en hoe dat in tarieven kunnen landen. Dit werkten we uit aan de hand van onze basis-optie gereguleerd 'Bandbreedtetarief'. In deze sectie geven we een overzicht van alternatieve mogelijkheden om via een gereguleerd tarief hetzelfde te bereiken. Macroeconomisch gezien leveren ze hetzelfde op, maar er is wel verschil bij de uitvoering, waardoor één of een andere optie voorkeur kan hebben. Deze opties worden gewogen door de werkgroepen regelgeving en inkoop. Op deze wijze kan de optie gekozen worden met de beste uitvoerbaarheid en de grootste positieve bijdrage aan het inkoopproces.

⁴ Deze berekening wordt uitgevoerd op basis van het laatste beschikbare gegevensjaar. Daarna wordt het bedrag nog geïndexeerd voor inflatie.

Bij de vertaling van de uitkomsten van een integrale vergelijking naar de regelgeving kan er gekozen worden tussen:

- Beleidsoptie 1: Bandbreedte-tarieven per aanbieder (uitgelegd hierboven)
- Beleidsoptie 2: Maximumtarieven per aanbieder
- Beleidsoptie 3: Minimumtarieven per aanbieder en beheersing via de regiobudgetten
- Beleidsoptie 4: Omzetplafonds per aanbieder

Hieronder bespreken we deze opties in meer details.

- Beleidsoptie 2: Maximumtarieven per aanbieder

Maximumtarieven zijn momenteel gebruikelijk. Vanuit de wens van evolutie is het daarom logisch om hierbij aan te sluiten. Zeker tijdens de ingroei van de integrale vergelijking. Bij onderhandelingen over dit type tarief spreekt een zorgkantoor vaak een afslag af op het maximumtarief. Het verschil van deze beleidsoptie met eerdere regulering is dat dit maximumtarief per aanbieder in hoogte varieert.

De minimumtarieven die uit de integrale vergelijking volgen, worden gedeeld met verpleeghuizen en zorgkantoren. Maar de NZa zal de minimumtarieven niet verplichtend vaststellen. Op deze wijze kan men leren van de uitkomsten en deze meenemen in de onderhandelingen. Het nadeel is dat zorgkantoren nog steeds 'naar beneden' onderhandelen. Een ander nadeel is dat de regelgeving zorgaanbieders niet beschermt tegen een te laag tarief.

- Beleidsoptie 3: Minimumtarieven per aanbieder en beheersing via regiobudgetten

Minimumtarieven bieden inzicht in de minimale kosten. Deze worden bepaald per zorgaanbieder, op basis van de omstandigheden. Onder deze kosten kan van deze aanbieder niet verwacht worden dat hij aan het Kwaliteitskader voldoet. Dit is een borging voor de sector en voor de cliënten om te voorkomen dat er uitholling van zorg plaatsvindt.

In deze beleidsoptie stelt de NZa louter de minimumtarieven per zorgaanbieder vast op basis van de integrale vergelijking. Daarnaast krijgen zorgkantoren een regiobudget dat zij kunnen toekennen aan zorgaanbieders om de specifieke kostenafwijkingen van het minimumtarief naar boven te financieren. Macro-economisch komt dit alternatief op hetzelfde neer als bovenbeschreven model met bandbreedtetarieven. Het biedt de zorgkantoren echter ook ruimte om in individuele gevallen ook boven het maximumtarief van de bandbreedte af te spreken.

- Beleidsoptie 4: Omzetplafonds per aanbieder

Deze optie houdt in dat we in plaats van een individueel tarief (per prestatie per zorgaanbieder) op basis van een omzetplafond reguleren (dit kan ook op basis van omzetbandbreedte). Economisch gezien heeft de regulering dan exact hetzelfde effect op de omzet van zorgaanbieders als de respectievelijke tariefoptie, maar met deze manier zijn er minder administratieve lasten, omdat zonder gedifferentieerd tarief wordt gewerkt.

Dit werkt als volgt: In eerste instantie wordt van tevoren (in juli van voorafgaande jaar) een *verwachte* omzetbandbreedte berekend per aanbieder – bestaande uit een *verwachte* minimum omzet en een *verwachte* maximum omzet – op basis van de *verwachte productie*. De omzetbandbreedte bepaalt de onderhandelingsruimte tussen de aanbieder en het zorgkantoor: er wordt onderhandeld over het percentage binnen deze verwachte bandbreedte. Dit onderhandelde percentage staat daarna vast. Na de periode wordt er de volumerealisatie bekend, en wordt de *realisatie* berekend voor de omzet bandbreedte, gegeven deze gerealiseerde volumes. Met het gebruik van het eerder afgesproken percentage kan er op basis van deze gerealiseerde omzetbandbreedte de echte (volgens nacalculatie) omzet worden berekend. De onzekerheid die bij deze methode ontstaat betreft

alleen de volumeontwikkeling, en is dus niet hoger dan in bovenbeschreven eerste optie (=bandbreedtetarief). In dit geval hoeft er geen gedifferentieerd tarief per zzp gehanteerd te worden (anders dan in de eerste beschreven optie). Wel een individueel aanbiedertarief (dat rekening houdt met de zorgzwaartemix van de aanbieder): tijdens het jaar kunnen de aanbieders dan op dit standaardtarief declareren; en aan het eind ontvangen ze het verschil met de ingecalculerde toegestane omzet (gegeven de realisatie van hun zorgzwaarte en volume) als lumpsum.

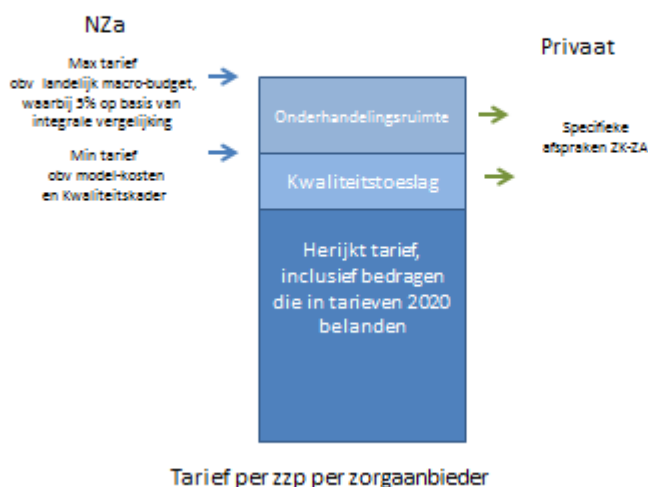
Wat betekent dit voor de bekostiging 2021?

Omdat het ingroeitraject voor de kwaliteitsbudgetten in 2021 nog niet is afgerond, en bovendien de integrale vergelijking met nog maar een klein gewicht in de bekostigingssystematiek wordt meegenomen, is het effect op bekostiging 2021 relatief beperkt.

Figuur 2 geeft de situatie weer in 2021. In 2021 wordt de integrale vergelijking met een klein gewicht in de bekostiging meegenomen, terwijl het huidige bekostigingsmodel nog een groot gewicht heeft. Het maximumtarief wordt in dit geval bepaald als gewogen som, waarbij 95% is bepaald op basis van het huidige systematiek en 5% door de nieuwe systematiek. In komende jaren wordt het gewicht van dit laatste stuk vergroot. Zo komen we op termijn tot het maximumtarief van figuur 1.

Daarnaast gelden er in 2021 nog specifieke afspraken over de landing van de kwaliteitsgelden in tarieven. Het minimumtarief op basis van de modelkosten is alleen passend bij aanbieders die aan het Kwaliteitskader voldoen in 2021. Voor anderen ligt dat minimum lager omdat zij nog niet voldoende personeel hebben aangenomen om te voldoen aan het Kwaliteitskader. Hierdoor hebben ze lagere kosten dan hun modelkosten. Op termijn is de transitie compleet. Wanneer alle aanbieders aan de normen van het Kwaliteitskader voldoen, is deze aanpassing van het minimumtarief niet meer nodig.

Figuur 5. Bandbreedtetarief 2021



Bijlage 3. De rol van zorgkantoren bij de bekostiging op basis van integrale vergelijking

Inleiding

Deze bijlage geeft een toelichting over de rol van het zorgkantoor onder de bekostigingswijze die gebruik maakt van integrale vergelijking.

In bijlage 2 wordt het voorstel beschreven waarbij de NZa de integrale vergelijking laat landen in de tarieven via het vaststellen van een minimum- en een maximumtarief per zorgaanbieder. Bij deze wijze van de regulering hebben zorgkantoren een belangrijke rol bij het stimuleren van zorgaanbieders om maatregelen te nemen om de zorg te leveren die voldoet aan de uitgangspunten van het Kwaliteitskader, toegankelijke zorg en zorg die betaalbaar blijft in de toekomst. De nieuwe wijze van reguleren gaat nadrukkelijk niet om een stelselwijziging of aanpassing in de rol- en taakverdeling van betrokken partijen. Het nieuwe model is bedoeld om te komen tot een betere benutting van de mogelijkheden voor doelmatigheid binnen de huidige wet- en regelgeving. De NZa ontwikkelt de nieuwe methode van regulering samen met zorgkantoren en zorgaanbieders.

Rol zorgkantoren

De zorgkantoren hebben, naast hun zorgplicht, de rol om verantwoorde keuzes te maken in de regio en per gecontracteerde zorgaanbieder. De zorgkantoren doen dit op basis van specifieke kennis over de regio en zorgaanbieders. Daarnaast zal de NZa het inkoopproces voeden met de integrale vergelijking tussen zorgaanbieders. Daarbij komen factoren in beeld waarop zorgaanbieders wel en geen invloed hebben. Voor de factoren waar zorgaanbieders geen invloed op hebben, wordt in de NZa-tarieven gecorrigeerd.

De combinatie van de kennis over de regio en de specifieke situatie van de zorgaanbieders enerzijds en de onderhandelingsruimte in het tarief anderzijds, geeft het zorgkantoor de instrumenten in handen om onderbouwde afspraken te maken per zorgaanbieder over de gewenste maatregelen om de ondoelmatigheid bij de zorgaanbieder terug te dringen (maatwerk).

Zorgkantoren moeten ter borging van de kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid van de zorg dus een sturende rol oppakken bij de inkoop van zorg. Deels overlapt de rol van de zorgkantoren daarmee met de rol van de NZa. De NZa creëert vooraf randvoorwaarden, zorgkantoren zijn spelers in het veld (en vertegenwoordiger van de cliënten/ het cliëntenbelang). Hoe de zorgkantoren binnen de gestelde randvoorwaarden hun taak uitvoeren, is object van toezicht door de NZa.

De onderhandelingsruimte voor het zorgkantoor

Zoals al is aangegeven bestaat de ruimte tussen het minimum- en het maximumtarief waarin het zorgkantoor met de aanbieder over het tarief onderhandelt. Afwijking van het gereguleerde minimumtarief naar boven kan doelmatig en acceptabel zijn. Bijvoorbeeld om specifieke verbeteringen in gang te kunnen zetten, ontwikkelingsplannen te bekostigen of hardnekkige knelpunten in de zorgplicht op te lossen (denk bijvoorbeeld aan: demografische ontwikkelingen, zwaardere zorgvraag of innovaties in zorg). Dit geldt voor alle reguleringsopties besproken in bijlage 2.

Bij de basisoptie (beleids optie 1: 'bandbreedtetarief') geldt namelijk het volgende:

Doordat bij de nieuwe wijze van bekostiging een minimum- en maximumtarief per zorgaanbieder wordt vastgesteld, ontstaat per zorgaanbieder specifieke onderhandelingsruimte in het tarief. Ook onder de andere genoemde opties heeft het zorgkantoor een onderhandelingsruimte.

Beleids optie 2: 'maximum tarief' veronderstelt dat het zorgkantoor een afslag afsprekt op dit tarief. De informatie over het individuele minimum uit de benchmarking is dan nog steeds ter informatie beschikbaar.

Beleids optie 3: 'minimumtarief met regio-budgetten' gaat ervan uit dat het zorgkantoor bij het minimum begint en naar boven onderhandelt. Het zorgkantoor krijgt dan de informatie over waar het maximum ligt en het regio-budget om de afwijking van het minimum naar boven te financieren.

Beleids optie 4: 'omzetplafond' (of 'omzetbandbreedte') sluit aan bovengenoemde optie van 'maximumtarief' (of respectievelijk 'bandbreedtetarief').

Het is de taak van het zorgkantoor om in gesprek te gaan met de zorgaanbieder en binnen de onderhandelingsruimte (het verschil tussen het minimum- en maximumtarief) afspraken te maken over wenselijke kosten boven het minimum en onwenselijke kosten boven het minimum. Het zorgkantoor kan dan gericht afspraken maken over de manier waarop de ondoelmatigheid kan worden teruggedrongen. Het zorgkantoor en de zorgaanbieder komen op die manier een tarief overeen dat bestaat uit het minimumtarief plus een opslag. Daarnaast maakt het zorgkantoor en de zorgaanbieder afspraken over de manier waarop de zorgaanbieder de eventuele knelpunten op termijn gaat oplossen. Op basis van die afspraken wordt het tarief dat de zorgaanbieder ontvangt stapsgewijs opgebouwd naar het basistarief plus een opslag voor de specifieke situatie of meerwaarde van deze zorgaanbieder (zie figuur 1 van Bijlage 2).

Het toekennen van middelen bovenop het minimumtarief kan plaats vinden op basis van plannen van aanbieders. Of op initiatief van zorgkantoren waarbij een zorgkantoor dus een initiërende rol vervult. Toekenning is geen vanzelfsprekendheid: de middelen uit de "onderhandelingsruimte" worden gegund.