

Rapport

Onderzoek (gedrags)effecten tariefherijking verpleging en verzorging

December 2020

Inhoud

Managementsamenvatting	4
1. Inleiding	6
1.1 Aanleiding	6
1.2 Vraagstelling	6
1.3 Reikwijdte van het onderzoek	6
1.4 Leeswijzer	6
2. Context	7
3. Methoden	12
3.1 Kwantitatief onderzoek	12
3.2 Interviews	13
3.3 Consultatie	13
4. Resultaten	14
4.1 Trends in (her)indicaties	14
4.2 Trends in zorglevering	18
4.3 Trends in wachtlijsten	21
5. Conclusies	25
6. Beleidsaanbevelingen	27
Bijlage 1: Interviewvragen	28
Bijlage 2: Indicaties per Wlz-uitvoerder	30
Bijlage 3: Indicatiebesluiten CIZ	32
Bijlage 4: Verwachte indicaties bij ongewijzigd beleid	33
Bijlage 5: Herkomst instroom indicaties	34
Bijlage 6: Observatie en diagnostiek binnen crisis vv	36

Managementsamenvatting

In 2020 zijn binnen de langdurige zorg de tarieven voor de zorgprofielen vv4 tot en met vv10 herijkt. Dit is gedaan op basis van het kostenonderzoek dat de NZa in 2018 in samenwerking met de gehele sector heeft uitgevoerd. De tariefherijking leidt tot verschuivingen in de bekostiging. Naar aanleiding van de tariefherijking is in de Tweede Kamer een motie aangenomen, die de regering verzoekt verdiepend onderzoek te doen naar de effecten van de tariefdaling op het zorgaanbod. In de motie wordt de nadruk gelegd op het zorgprofiel vv4, waarbij wordt aangegeven dat voorkomen moet worden dat "...[deze] cliënten minder snel zorg krijgen ten opzichte van cliënten met een zwaardere zorgvraag." De motie is voor het ministerie van VWS aanleiding geweest om de NZa onderzoek te laten doen naar de (gedrags)effecten van de tariefherijking op het zorgaanbod in de verpleeghuiszorg. Het onderzoek dat we hebben gedaan, reikt verder dan zorgprofiel vv4. We hebben ook de zorgprofielen vv5 t/m 10 meegenomen om de volgende onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden: wat zijn de (gedrags)effecten van de tariefherijking voor de verpleeghuiszorg en welke beleidsadviezen volgen hieruit?

De resultaten van het onderzoek zijn gebaseerd op zowel kwantitatieve data als interviews. We hebben gekeken naar ontwikkelingen in indicaties, zorglevering en wachtlijsten. De herijkte tarieven per 2020 en de indicatieve tarieven na de landing van het kwaliteitsbudget in de tarieven zijn op 1 juli 2019 gepubliceerd, daarom richten we ons op trends voor en na 1 juli 2019. De gesignaleerde trends op basis van de data hebben we geduid aan de hand van interviews met zorgaanbieders, Wlz-uitvoerders en het CIZ. Tot slot hebben ActiZ, Verenso, ZN, het CIZ en het LOC hun input geleverd in een consultatieronde.

De resultaten van het onderzoek zijn als volgt:

- Trends in indicaties: Opvallend is dat de groei van het aantal vv4 indicaties afvlakt sinds de bekendmaking van de nieuwe tarieven en daarna een dalende trend inzet, die ook in 2020 wordt voortgezet. De daling van het aantal vv4 indicaties gaat samen met een (boven verwachte) stijging van de indicaties vv5 en vv6. Zorgkantoren en zorgaanbieders benoemen het feit dat cliënten langer thuis blijven wonen en daardoor met een zwaardere, complexere zorgvraag in de Wlz terechtkomen als belangrijke oorzaak hiervoor. Ook geven zorgaanbieders aan dat de bekendmaking van de nieuwe tarieven op 1 juli 2019 vanuit bedrijfsvoering perspectief een prikkel is geweest om kritischer te gaan kijken of hun cliënten een indicatie hebben die best passend is bij de zorgvraag van de cliënt.
- Trends in leveringsvorm: We zien dat het aandeel verblijfszorg voor cliënten met een vv4 indicatie afneemt. Zorgaanbieders geven aan dat voor cliënten in de lagere zorgprofielen meer mogelijkheden zijn om zorg op een verantwoorde manier anders (via vpt of mpt) te organiseren. Wel laten zorgaanbieders en zorgkantoren weten dat initiatieven voor (on)geclusterd vpt voornamelijk lastig van de grond komen, mede omdat financiële ruimte hiervoor als onvoldoende wordt ervaren. Ook laten zorgaanbieders weten dat het financiële effect van de tariefherijking door de compensatie via het kwaliteitsbudget nog niet voelbaar is.
- Trends in wachtlijsten: Over het algemeen zien we dat het aantal wachtenden op de wachtlijst de afgelopen jaren is toegenomen. De meeste mensen op de wachtlijst zijn niet actief wachtend, met zorg. De mensen met een vv5 profiel vormen de grootste groep wachtenden. Het percentage vv4 cliënten dat op een wachtlijst staat stijgt, maar deze stijging is niet hoger dan de toename van het percentage wachtenden voor andere zorgprofielen. Zorgkantoren en zorgaanbieders geven aan dat opnamebeleid is gebaseerd op urgentie en niet op de indicatie van de cliënt.

Bovendien blijven sommige cliënten uit voorzorg op een wachtlijst staan, voor het geval dat de situatie zou kunnen verslechteren. Zorgkantoren en zorgaanbieders hebben contact met cliënten op de wachtlijsten om zo te bepalen of de status op de wachtlijst nog passend is bij de zorgvraag en wens van de cliënt.

We concluderen dat het aannemelijk is dat de tariefherijking een grote of versterkende rol heeft gehad in de verschuiving van de vv4 naar de hogere zorgprofielen.

We zien dat de tariefverlaging van vv4 niet het effect heeft gehad dat de wachtlijstontwikkeling bij mensen met een vv4 indicatie ongunstiger verloopt ten opzichte van cliënten met een zwaardere zorgvraag. Dat mensen met een vv4 profiel vaker op de wachtlijst worden geplaatst, komt waarschijnlijk doordat vv4 een instapprofiel is waarbij de urgentie tot opname lager is dan bij de hogere profielen. We hebben vooralsnog geen aanwijzingen dat er voor cliënten met een vv4 indicatie onvoldoende zorgaanbod is. Cliënten met een vv4 geven vaker de voorkeur aan een combinatie van professionele en informele zorg thuis in plaats van opname in een willekeurig verpleeghuis.

We zien tevens dat een significante tariefverhoging, zoals bij zzp vv7 en vv8, samengaat met een stijging van het aantal cliënten met een indicatie en een stijging van het aantal cliënten dat vv7 en vv8 zorg ontvangt. De gesignaleerde stijging zou mede veroorzaakt kunnen zijn door een verduidelijking van het CIZ wanneer een cliënt in aanmerking komt voor profiel vv7. Het effect op de wachtlijst voor andere zorgprofielen is klein, omdat het hier gaat om geringe aantallen.

Naar aanleiding van het onderzoek doen wij enkele beleidsaanbevelingen. Hoewel we vooralsnog geen aanwijzingen hebben dat zich ongewenste selectie-effecten voordoen bij zorgaanbieders, vinden we het belangrijk om de ontwikkelingen nauw te blijven volgen via monitors. Daarnaast benoemen we dat een meer integrale benadering van ouderenzorg kan helpen om, vanuit cliëntperspectief, de overgang van Zvw/Wmo naar de Wlz soepeler te laten verlopen. Verder geven we aan dat nieuw kostenonderzoek in de (nabije) toekomst, wanneer de sector is ingegroeid in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, nodig zal zijn. Tot slot adviseren we het ministerie van VWS keuzes te maken ten aanzien van het onderscheid tussen geclusterd en ongeclusterd vpt. Zolang dit onderscheid niet gemaakt wordt, kan de bekostiging daar niet op aansluiten en kan dit belemmerend werken om de beleidsdoelstellingen, zoals het stimuleren van langer thuis wonen en het verbeteren van de kwaliteit van verpleeghuizen, te realiseren.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Per 1 januari 2020 heeft de NZa de tarieven voor zorgprestaties voor de verpleeghuiszorg (zzp en vpt vv4 t/m 10) herijkt. De tariefherijking leidt tot verschuivingen in de bekostiging: voor sommige zorgprestaties zijn de tarieven verhoogd, voor andere zijn de tarieven verlaagd ten opzichte van 2019.

Naar aanleiding van de tariefherijking is in de Tweede Kamer een motie aangenomen, die de regering verzoekt verdiepend onderzoek te doen naar de effecten van de tariefdaling op het zorgaanbod.¹ In de motie wordt vooral de nadruk gelegd op het zorgprofiel vv4. Er wordt aangegeven dat: *"voorkomen moet worden dat deze tariefdaling leidt tot een perverse prikkel waarbij cliënten met zzp/vpt vv4 minder snel de zorg krijgen ten opzichte van cliënten met een zwaardere zorgvraag."*

De motie is voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aanleiding geweest om de NZa onderzoek te laten doen naar de (gedrags)effecten van de tariefherijking op het zorgaanbod in de verpleeghuiszorg².

1.2 Vraagstelling

De onderzoeksvraag die door dit onderzoekrapport wordt beantwoord:

Wat zijn de (gedrags)effecten van de tariefherijking voor de verpleeghuiszorg en welke beleidsadviezen volgen hieruit?

1.3 Reikwijdte van het onderzoek

In het onderzoek is alle verpleeghuiszorg meegenomen. Hoewel de motie van de Tweede Kamer zich vooral focust op zzp/vpt vv4, nemen wij ook de profielen vv5 t/m vv10 mee in het onderzoek. Daarmee brengen we ook de verschuivingen tussen vv4 en de andere profielen en tussen de andere profielen onderling in kaart. Het onderzoek beoogt niet de relatie tussen kosten en tarieven opnieuw te analyseren, maar richt zich op de (gedrags)effecten van de tariefherijking.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 geven we een toelichting op de tariefherijking: we brengen in beeld welke verschuivingen er in de tarieven zijn en laten de samenhang met de kwaliteitsbudgetten zien. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de methoden die voor dit onderzoek gebruikt zijn. In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op de trends en ontwikkelingen die zichtbaar zijn geworden op basis van de beschikbare data. De kwalitatieve resultaten van het onderzoek zijn eveneens in hoofdstuk 4 te lezen. Vervolgens worden in hoofdstuk 5 de belangrijkste conclusies van het onderzoek gegeven. We sluiten het rapport af met enkele beleidsaanbevelingen (hoofdstuk 6).

¹ Motie nr. 486 (kamerstuk 31765) <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-31765-486.html>

² Brief VWS aan NZa d.d. 25 mei 2020, met kenmerk 1693279-205492-LZ

2. Context

In dit hoofdstuk geven we een toelichting op de tariefherijking en de kwaliteitsbudgetten in de verpleeghuiszorg.

De NZa voert kostenonderzoeken uit en herijkt tarieven om een prikkel te geven dat de zorg doelmatig wordt geleverd en toegankelijk blijft. Het tarief mag niet zodanig laag zijn dat het ten koste gaat van de beschikbaarheid van voldoende zorg. Het tarief mag ook niet zodanig hoog zijn dat de prikkel om efficiënt te werken verdwijnt. We schetsen de belangrijkste ontwikkelingen in de bekostiging van de verpleeghuiszorg in de periode vanaf 2018. Onder verpleeghuiszorg verstaan we in dit rapport zorg in natura geleverd door zorginstellingen aan cliënten met een zorgprofiel vv4 en hoger, in de vorm van zorg met verblijf in een instelling of volledig pakket thuis³.

2018: eerste tranche kwaliteitsmiddelen (€ 435 miljoen) in tarief

De eerste tranche van de kwaliteitsgelden voor het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (€ 435 miljoen) is in 2018 in de zzp- en vpt-tarieven voor vv4 t/m 10 verwerkt door middel van een generieke ophoging van de tarieven.

2019 – 2021: Kwaliteitsbudgetten naast zzp- en vpt-tarieven

Voor de periode 2019-2021 zijn er naast de zzp- en vpt-tarieven voor vv4 t/m 10 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. Voor het kwaliteitsbudget geldt dat een lumpsum op instellingsniveau kan worden afgesproken tussen de zorgaanbieder en het zorgkantoor. De tarieven en het kwaliteitsbudget tezamen vormen de vergoeding voor de zorg die aan de eisen van het kwaliteitskader moet voldoen. In 2020 kan het kwaliteitsbudget ook ingezet worden om de extra personele kosten van zorgmedewerkers te vergoeden die tijdens de corona-epidemie worden ingezet.

Op verzoek van de minister heeft de NZa 'indicatieve tarieven' (kwaliteitstoelagen per zorgprestatie) berekend, die zorgkantoren en zorgaanbieders kunnen gebruiken bij het maken van de afspraken voor het kwaliteitsbudget. Hiermee kan gestuurd worden op het eindperspectief, waarbij de kwaliteitsmiddelen landen in de tarieven van de zorgprestaties⁴ (zie verderop, jaar 2022).

2020: tariefherijking en neutraliseren negatief tariefherijkingseffect via compensatiecomponent in kwaliteitsbudget

In 2020 zijn de tarieven voor zzp en vpt vv4 t/m 10 herijkt, op basis van het kostenonderzoek uit 2018⁵ 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 tarieven⁶.

³ Voor de volledigheid merken we op dat er in de bekostiging geen onderscheid wordt gemaakt in geclusterd en ongeclusterd vpt.

⁴ De berekening van de indicatieve kwaliteitstoelagen is toegelicht in het NZa-rapport Tariefberekening zzp en vpt vv4 t/m10, dat als bijlage 4 bij de beleidsregel BR/REG-20124 is bijgevoegd.

⁵ KPMG, Kostenonderzoek langdurige zorg, 24 mei 2018: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_212521_22/1/ en Verantwoordingsdocument Prestaties en tarieven langdurige zorg - Fase 2: van kosten naar tarieven: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_253471_22/1/

⁶ Rapport tariefberekening zzp en vpt vv 4 t/m 10 (bijlage bij de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2020 - BR/REG-20124)

De volgende tabel laat de herijkingseffecten per zorgprestatie zien in 2020, exclusief de kwaliteitsmiddelen die in 2019-2021 via het kwaliteitsbudget vergoed worden. Daarmee is dus ook de compensatiecomponent die onderdeel uitmaakt van het kwaliteitsbudget buiten beschouwing gelaten.

Tabel 1 - Herijkingseffect tarieven zzp en vpt vv4 t/m 10 (exclusief kwaliteitsgelden 2019-2021), prijspeil 2020 (voorcalculatorisch)

Zorg-prestatie	Omschrijving	Tarief 2020	Herijkingseffect (€)	Herijkingseffect (%)*
V041	Per dag VPT 4VV excl.BH incl.DB	€ 104,32	-€ 34,17	-25%
V043	Per dag VPT 4VV incl.BH incl.DB	€ 115,46	-€ 46,28	-29%
V051	Per dag VPT 5VV excl.BH incl.DB	€ 206,15	€ 15,64	8%
V053	Per dag VPT 5VV incl.BH incl.DB	€ 219,93	€ 4,37	2%
V061	Per dag VPT 6VV excl.BH incl.DB	€ 182,62	-€ 8,26	-4%
V063	Per dag VPT 6VV incl.BH incl.DB	€ 197,54	-€ 18,38	-9%
V071	Per dag VPT 7VV excl.BH incl.DB	€ 251,48	€ 28,31	13%
V073	Per dag VPT 7VV incl.BH incl.DB	€ 269,98	€ 12,93	5%
V081	Per dag VPT 8VV excl.BH incl.DB	€ 332,33	€ 74,14	29%
V083	Per dag VPT 8VV incl.BH incl.DB	€ 346,39	€ 54,33	19%
V095	Per dag VPT 9bVV excl.BH incl.DB	€ 179,80	-€ 5,15	-3%
V097	Per dag VPT 9bVV incl.BH incl. DB	€ 238,44	-€ 15,77	-6%
V101	Per dag VPT 10VV excl.BH incl.DB	€ 398,44	€ 116,66	41%
V103	Per dag VPT 10VV incl.BH incl.DB	€ 392,85	€ 77,14	24%
Z041	Per dag ZZP 4VV excl.BH incl.DB	€ 140,51	-€ 31,84	-18%
Z043	Per dag ZZP 4VV incl.BH incl.DB	€ 165,03	-€ 38,76	-19%
Z051	Per dag ZZP 5VV excl.BH incl.DB	€ 242,65	€ 18,16	8%
Z053	Per dag ZZP 5VV incl.BH incl.DB	€ 266,47	€ 8,20	3%
Z061	Per dag ZZP 6VV excl.BH incl.DB	€ 223,59	-€ 1,19	-1%
Z063	Per dag ZZP 6VV incl.BH incl.DB	€ 249,07	-€ 10,34	-4%
Z071	Per dag ZZP 7VV excl.BH incl.DB	€ 285,73	€ 26,67	10%
Z073	Per dag ZZP 7VV incl.BH incl.DB	€ 322,86	€ 20,02	7%
Z081	Per dag ZZP 8VV excl.BH incl.DB	€ 369,90	€ 71,64	24%
Z083	Per dag ZZP 8VV incl.BH incl.DB	€ 397,61	€ 55,31	16%
Z095	Per dag ZZP 9bVV excl.BH incl.DB	€ 211,58	-€ 8,33	-4%
Z097	Per dag ZZP 9bVV incl.BH incl.DB	€ 293,41	-€ 17,07	-5%
Z101	Per dag ZZP 10VV excl.BH incl.DB	€ 431,01	€ 109,08	34%
Z103	Per dag ZZP 10VV incl.BH incl.DB	€ 439,29	€ 73,36	20%

* Het procentuele herijkingseffect is in deze tabel als volgt berekend: herijkingseffect / (tarief 2020-herijkingseffect)*100%. Dit geeft de tariefswijzigingen weer ten opzichte van 2019, gecorrigeerd voor verschil in prijspeil.

De minister van VWS heeft tevens besloten om mogelijk te maken dat negatieve herijkingseffecten via een compensatiecomponent in het kwaliteitsbudget op instellingsniveau kunnen worden gecompenseerd: *“De herijking van de tarieven heeft geen effect op het beschikbare extra bedrag voor het kwaliteitskader dat oploopt tot structureel € 2,1 miljard. Door de tariefherijking gaan de tarieven voor zzp en vpt VV5, VV7, VV8 en VV10 omhoog en de tarieven voor VV4, VV6 en VV9 omlaag. Per saldo gaat ongeveer een kwart van de aanbieders erop vooruit door de herijking. Landelijk gaat het om circa € 40 miljoen extra structurele inkomsten voor de sector. Zonder flankerend beleid zouden de inkomsten bij ongeveer driekwart van de aanbieders erop achteruitgaan. Landelijk zou dit een besparing betekenen van structureel € 125 miljoen. De NZa signaleert in haar advies dat een inkomstendaling uit het basistarief gecombineerd met de afgesproken verantwoordingseisen voor het kwaliteitsbudget (85% voor extra personeel, en 15% voor overige kosten) ertoe kan leiden dat instellingen die de marge op met name zzp/vpt VV4 de afgelopen jaren hebben ingezet voor extra personeel, niet in aanmerking zouden kunnen komen voor vergoeding van dit personeel via het kwaliteitsbudget, maar wel personeel zouden moeten ontslaan als gevolg van de tariefherijking. De huidige verantwoordingseisen zouden in deze gevallen een obstakel vormen om dit personeel te behouden. De NZa adviseerde daarom om te onderzoeken of een aanpassing van de verantwoordingseisen voor deze gevallen tot de mogelijkheden behoort. Hierover maken ZN en ActiZ passende afspraken. Daarbij zullen de aanbieders die er door de herijking op achteruit gaan in hun basistarief op maat worden gecompenseerd via het kwaliteitsbudget. Hiervoor is binnen het kwaliteitsbudget (dat in 2020 oploopt van € 600 miljoen naar € 1.100 miljoen) een bedrag van € 125 miljoen gereserveerd. De compensatie zorgt ervoor dat deze aanbieders het personeel, dat zij op grond van het kostenonderzoek te veel in dienst hadden niet hoeven te ontslaan, maar in dienst kunnen houden. Dit draagt eraan bij dat instellingen zo snel mogelijk kunnen voldoen aan de personeelsnorm van het Kwaliteitskader.”*⁷

2022: Integrale tarieven

De minister van VWS heeft in mei 2019⁸ besloten dat de kwaliteitsbudgetten in 2022 vervallen; de kwaliteitsmiddelen worden dan opgenomen in de integrale tarieven voor zzp en vpt vv4 t/m 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 kwaliteitstoelag, zodat een integraal tarief ontstaat. Een formeel besluit is hierover nog niet genomen.

De volgende tabel laat de herijkingseffecten per zorgprestatie zien na toevoeging van de kwaliteitsmiddelen die in 2019-2021 via het kwaliteitsbudget worden vergoed, volgens de indicatieve berekening.

⁷ Tweede voortgangrapportage Thuis in het Verpleeghuis
<https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/kamerstukken/2019/05/21/kamerbrief-over-voortgangsrapportage-thuis-in-het-verpleeghuis>

⁸ Tweede voortgangrapportage Thuis in het Verpleeghuis
<https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/kamerstukken/2019/05/21/kamerbrief-over-voortgangsrapportage-thuis-in-het-verpleeghuis>

Tabel 2 - Herijkingseffect tarieven zzp en vpt vv4 t/m 10 (inclusief kwaliteitsgelden 2019-2021), prijspeil 2020 (voorcalculatorisch)

Zorg-prestatie	Omschrijving	Tarief 2020	Tarief 2020 + kwaliteits-middelen (eindperspectief)	Herijkings-effect (€)	Herijkings-effect(%)**
V041	Per dag VPT 4VV excl.BH incl.DB	€ 104,32	€ 119,09	-€ 34,17	-14%
V043	Per dag VPT 4VV incl.BH incl.DB	€ 115,46	€ 130,23	-€ 46,28	-19%
V051	Per dag VPT 5VV excl.BH incl.DB	€ 206,15	€ 235,76	€ 15,64	24%
V053	Per dag VPT 5VV incl.BH incl.DB	€ 219,93	€ 249,54	€ 4,37	16%
V061	Per dag VPT 6VV excl.BH incl.DB	€ 182,62	€ 208,71	-€ 8,26	9%
V063	Per dag VPT 6VV incl.BH incl.DB	€ 197,54	€ 223,63	-€ 18,38	4%
V071	Per dag VPT 7VV excl.BH incl.DB	€ 251,48	€ 287,70	€ 28,31	29%
V073	Per dag VPT 7VV incl.BH incl.DB	€ 269,98	€ 306,20	€ 12,93	19%
V081	Per dag VPT 8VV excl.BH incl.DB	€ 332,33	€ 380,47	€ 74,14	47%
V083	Per dag VPT 8VV incl.BH incl.DB	€ 346,39	€ 394,53	€ 54,33	35%
V095	Per dag VPT 9bVV excl.BH incl.DB	€ 179,80	€ 205,63	-€ 5,15	11%
V097	Per dag VPT 9bVV incl.BH incl. DB	€ 238,44	€ 264,27	-€ 15,77	4%
V101	Per dag VPT 10VV excl.BH incl.DB	€ 398,44	€ 456,27	€ 116,66	62%
V103	Per dag VPT 10VV incl.BH incl.DB	€ 392,85	€ 450,68	€ 77,14	43%
Z041	Per dag ZZP 4VV excl.BH incl.DB	€ 140,51	€ 156,20	-€ 31,84	-9%
Z043	Per dag ZZP 4VV incl.BH incl.DB	€ 165,03	€ 180,72	-€ 38,76	-11%
Z051	Per dag ZZP 5VV excl.BH incl.DB	€ 242,65	€ 273,28	€ 18,16	22%
Z053	Per dag ZZP 5VV incl.BH incl.DB	€ 266,47	€ 297,10	€ 8,20	15%
Z061	Per dag ZZP 6VV excl.BH incl.DB	€ 223,59	€ 251,43	-€ 1,19	12%
Z063	Per dag ZZP 6VV incl.BH incl.DB	€ 249,07	€ 276,91	-€ 10,34	7%
Z071	Per dag ZZP 7VV excl.BH incl.DB	€ 285,73	€ 322,56	€ 26,67	25%
Z073	Per dag ZZP 7VV incl.BH incl.DB	€ 322,86	€ 359,69	€ 20,02	19%
Z081	Per dag ZZP 8VV excl.BH incl.DB	€ 369,90	€ 418,83	€ 71,64	40%
Z083	Per dag ZZP 8VV incl.BH incl.DB	€ 397,61	€ 446,54	€ 55,31	30%
Z095	Per dag ZZP 9bVV excl.BH incl.DB	€ 211,58	€ 237,61	-€ 8,33	8%
Z097	Per dag ZZP 9bVV incl.BH incl.DB	€ 293,41	€ 319,44	-€ 17,07	3%
Z101	Per dag ZZP 10VV excl.BH incl.DB	€ 431,01	€ 489,06	€ 109,08	52%
Z103	Per dag ZZP 10VV incl.BH incl.DB	€ 439,29	€ 497,34	€ 73,36	36%

** Het procentuele herijkingseffect is in deze tabel als volgt berekend: $(\text{tarief 2020} + \text{kwaliteitsmiddelen} - (\text{tarief 2020} - \text{herijkingseffect})) / (\text{tarief 2020} - \text{herijkingseffect}) * 100\%$. Dit geeft de tariefswijzigingen weer ten opzichte van 2019, gecorrigeerd voor verschil in prijspeil.

Het bovenstaande heeft een aantal implicaties voor ons onderzoek naar de effecten van de tariefherijking:

- In de jaren 2019-2021 is er sprake van deelregulering, bestaande uit (a) zorgprestaties met maximumtarieven, en (b) kwaliteitsbudgetten op instellingsniveau. De tarieven en het kwaliteitsbudget tezamen vormen de vergoeding voor de zorg die aan de eisen van het kwaliteitskader moet voldoen.
- In 2020 zijn de maximumtarieven van de zorgprestaties herijkt; daarnaast loopt het kwaliteitsbudget in 2020 op ten opzichte van 2019.

- De compensatiecomponent die daarbij vanaf 2020 'verantwoordingsvrij' in het kwaliteitsbudget is opgenomen, is bedoeld om de interferentie tussen de tariefherijking en de ingroei in het kwaliteitskader 'glad' te laten verlopen. Organisaties die door de herijking erop achteruit gaan kunnen hiermee het nadeel gecompenseerd krijgen.
- Op dit moment hebben wij nog geen zicht op de benutting van de kwaliteitsbudgetten 2020. We weten niet welk deel van de kwaliteitsbudgetten (die op jaarbasis worden toegekend) betrekking hebben op de analyseperiode over 2020 die wij in ons onderzoek betrekken (zie hoofdstuk 3). Ook is onbekend in hoeverre gebruik wordt gemaakt van de compensatiecomponent, en in hoeverre de kwaliteitsbudgetten worden ingezet om extra personele kosten in verband met corona te vergoeden. Daarom laten we de kwaliteitsbudgetten in ons onderzoek buiten beschouwing.
- Een focus op alleen een tariefherijkingseffect zonder daarbij de kwaliteitsgelden te betrekken vormt een beperking in ons onderzoek. Niettemin blijkt ook uit de tabel met de tarieven na toevoeging van de kwaliteitsmiddelen dat er na de (financiële) ingroei in het kwaliteitskader sprake blijft van verschuivingen in de bekostiging ten opzichte van 2019: de tariefswijzigingen verschillen tussen de zorgprofielen onderling. Alleen voor de zorgprestaties voor vv4 zal nog sprake zijn van een tariefdaling ten opzichte van 2019.

3. Methoden

De resultaten van het onderzoek zijn gebaseerd op zowel kwantitatieve data als interviews. In dit hoofdstuk lichten we beide onderzoeksmethoden toe.

3.1 Kwantitatief onderzoek

Voor het kwantitatieve deel van het onderzoek is gebruik gemaakt van beschikbare data vanuit Vektis, CIZ en Zorginstituut Nederland (ZiNL). Het doel van het kwantitatieve onderzoek is het in kaart brengen van de (gedrags)effecten van de tariefherijking. We richten ons op de ontwikkelingen in:

- *Indicaties*: voor analyses naar ontwikkelingen in indicaties hebben we gebruik gemaakt van CIZ-rapportages, met daarin maandelijks op een peilmoment het aantal vv indicaties (2017 – 8/2020).
- *Zorglevering*: om trends in het zorgaanbod inzichtelijk te maken, hebben we gekeken naar de ontwikkeling in de zorglevering. Voor analyses naar ontwikkelingen in de zorglevering hebben we gebruik gemaakt van data van Vektis, met daarin gedeclareerde zorgprestaties per cliënt. Vervolgens hebben we een bewerking gemaakt en cliënten maandelijks op basis van hun zorggebruik (waar mogelijk) ingedeeld in zorgprofiel en leveringsvorm (2017 – 2/2020⁹). (Voorbeeld: Voor een cliënt is in januari 2019 de prestatie Z041 gedeclareerd. Deze cliënt wordt voor deze periode ingedeeld in zorgprofiel 'vv4' en leveringsvorm 'zzp'.) Voor de periode 2019 - 2/2020 zijn CIZ-indicatiegegevens gebruikt om cliënten in te delen naar zorgprofiel. Voor de laatstgenoemde periode zijn de Vektis declaratiegegevens dus alleen gebruikt voor de indeling naar leveringsvorm. Voor deze periode hebben we dus een nauwkeuriger beeld van het zorgprofiel van cliënten.
- *Wachtlijsten*: voor analyses naar ontwikkelingen in wachtlijsten hebben we gebruik gemaakt van data van het ZiNL, met daarin maandelijks het aantal wachtenden op een peilmoment (2018 – 8/2020).

Om de effecten van de tariefherijking inzichtelijk te maken, richt het onderzoek zich op de jaren 2017-2020. Vanwege de corona uitbraak zien wij vanaf maart 2020 trendbreuken in de data. Daarom nemen we in een aantal analyses alleen de pre-corona maanden mee.

In een aantal analyses laten we de prestaties vv9(b) en vv10 buiten beschouwing, omdat dit specifieke zorgprofielen betreft met kleine cliëntaantallen.

De herijkte tarieven per 2020 en de indicatieve tarieven na de landing van het kwaliteitsbudget in de tarieven zijn op 1 juli 2019 gepubliceerd. Onze verwachting is dat effecten zichtbaar kunnen worden vanaf datum publicatie. Daarom richten we ons op trends voor en na 1 juli 2019.

In de figuren hebben we het moment van de publicatie van de tarieven visueel gemaakt door een verticale zwarte lijn (i.c. 1 juli 2019). Ook het moment waarop voor het eerst de effecten van de coronacrisis zichtbaar zijn (i.c. 1 april 2020¹⁰), is op eenzelfde wijze visueel weergegeven.

⁹ Mogelijk is nog niet alle zorg volledig gedeclareerd voor de meegenomen maanden in 2020.

¹⁰ Het peilmoment van de indicatiegegevens en wachtlijstgegevens is steeds de eerste dag van de maand. De corona effecten kunnen dus zichtbaar zijn in de peildatum die volgt na de corona uitbraak in maart 2020.

3.2 Interviews

Om de uit data gesignaleerde trends te kunnen duiden en de bevindingen van de NZa te toetsen, hebben wij in september 2020 een aantal interviews gehouden. Voor het onderzoek hebben wij gesproken met het CIZ, vier Wlz-uitvoerders en vier zorgaanbieders uit verschillende zorgkantoorregio's.

De zorgaanbieders¹¹ verschillen qua type organisatie en zijn geselecteerd op basis van de geanalyseerde data. Zo hebben we zorgaanbieders geselecteerd waarbij een sterke stijging van de geleverde zorg voor bepaalde zorgprofielen zichtbaar was na de tariefherijking. Ook hebben we zorgaanbieders benaderd waarbij juist een tegenovergestelde trend zichtbaar was. Met deze aanbieders beogen we in de interviews een compleet beeld van redenen van verschuivingen in de geleverde zorg te krijgen. De interviews zijn afgenomen bij medewerkers van zorgkantoren en zorgaanbieders die vanuit verschillende invalshoeken te maken hebben met de effecten van de tariefherijking. Zo hebben we gesproken met medewerkers die dicht bij de cliënt staan (via het klantcontactcentrum) en medewerkers die vanuit een meer beleidsmatig perspectief kijken, zoals beleidsmedewerkers, zorgverkopers, zorginkopers en een bestuurder.

Een van de doelen van de interviews was het verifiëren van de data: in hoeverre herkennen de geïnterviewden zich in de landelijke/regionale trends?

Zorgaanbieders en zorgkantoren hebben ter voorbereiding op de interviews zelf analyses gemaakt. Tijdens de gesprekken hebben we deze analyses vergeleken met de trends die de NZa op basis van de beschikbare gegevens ziet. Daarnaast hebben de interviews tot meer verdiepende informatie geleid. Voor een overzicht van de interviewvragen verwijzen wij naar bijlage 1.

Naast de gesprekken met zorgkantoren en zorgaanbieders, hebben wij overleg gehad met het CIZ. In dit overleg heeft het CIZ data gedeeld met betrekking tot de ontwikkelingen in aanvragen, zowel voor nieuwe aanvragen als vervolgaanvragen (herindicaties). Deze data hebben we vervolgens met toestemming van het CIZ ook gebruikt in deze rapportage.

3.3 Consultatie

Na de fases van dataverzameling en interviews hebben we een consultatiedocument opgesteld. Dit document is naar verschillende branchepartijen gestuurd: ActiZ, Verenso en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Ook is het consultatiedocument naar het LOC en het CIZ gestuurd.

Via de consultatieronde is gevraagd naar de reactie van deze partijen op de bevindingen en is gevraagd of zij zich in de bevindingen herkennen. Daarnaast hebben partijen tijdens consultatiegesprekken hun reactie kunnen toelichten. Ook hebben partijen de mogelijkheid gehad om schriftelijk op het consultatiedocument te reageren.

¹¹ Zorgaanbieders zijn geselecteerd op AGB niveau.

4. Resultaten

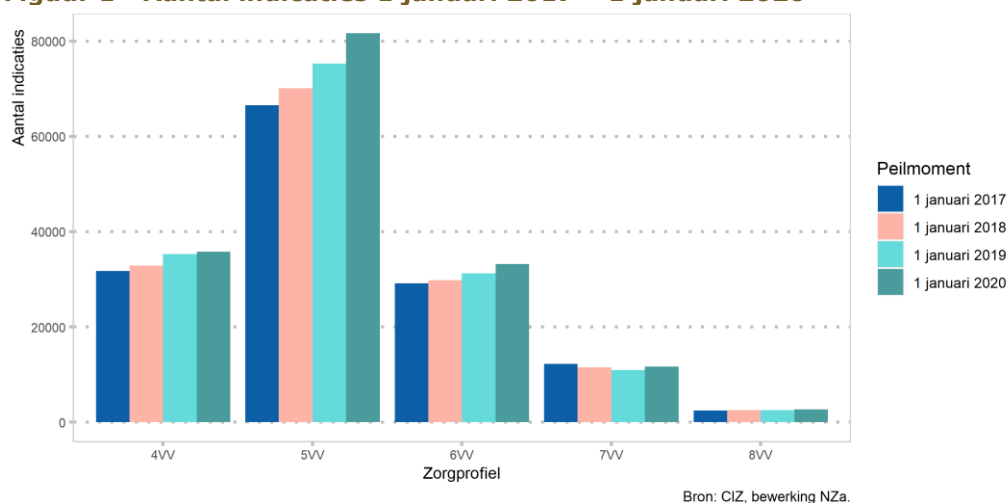
In dit hoofdstuk presenteren we de resultaten van het onderzoek. We laten zien wat uit onze data naar voren is gekomen. Aan de hand van de interviews toetsen we onze inzichten en duiden we deze ontwikkelingen.

4.1 Trends in (her)indicaties

Ontwikkelingen in (her)indicaties

Onderstaande figuur laat het aantal CIZ indicaties¹² zien per profiel op 1 januari 2017- 1 januari 2020.

Figuur 1 - Aantal indicaties 1 januari 2017 – 1 januari 2020



Duidelijk wordt dat in de periode 1 januari 2017 t/m 1 januari 2020 de grootste stijging van de indicaties, in absolute aantallen, zichtbaar is bij het profiel vv5.

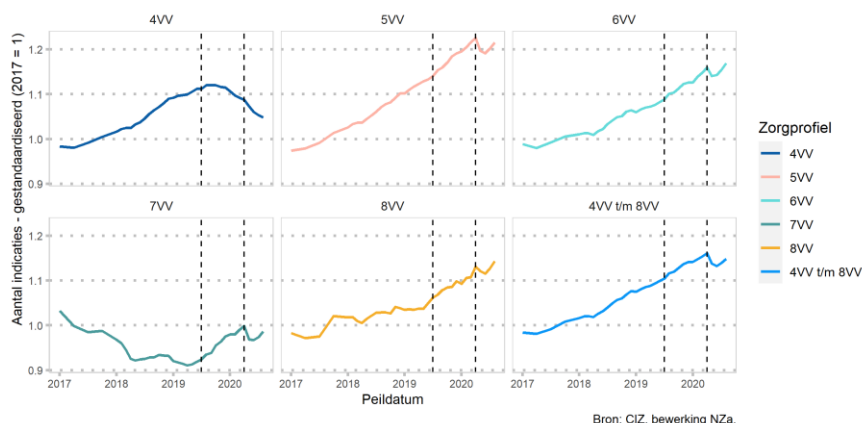
Ook in de laatst weergegeven periode (1 januari 2019 t/m 1 januari 2020) heeft het profiel vv5 de grootste stijging (+6.400¹³, +8,5%). De andere profielen laten in die periode ook een stijging zien. Zorgprofiel vv4 stijgt relatief gezien weinig (+470, +1,3%). De stijging van vv6 (+1.970, +6,3%) en vv8 (+140, +5,6%) is een voortzetting van de stijging uit eerdere jaren. Bij vv7 is na een eerdere daling, op 1 januari 2020 weer een stijging in indicaties te zien (+710, +6,5%).

De volgende figuur laat het aantal indicaties per profiel vanaf 2017 zien. De twee verticale zwarte lijntjes zijn respectievelijk de publicatie van de nieuwe tarieven (i.c. 1 juli 2019) en het moment waarop voor het eerst de effecten van de coronacrisis zichtbaar zijn (i.c. 1 april 2020). De figuur is gestandaardiseerd, met als basis 2017. Dit betekent dat alle ontwikkelingen zijn afgezet tegen de gemiddelde ontwikkeling in 2017. Dit zorgt ervoor dat de ontwikkelingen van de zorgprofielen met dezelfde schaal worden weergegeven en hierdoor direct te vergelijken zijn.

¹² Onder indicaties verstaan we in dit rapport de aanspraak: het aantal cliënten dat op een peildatum een geldige indicatie heeft (en nog in leven is)

¹³ Alle aantallen zijn in het rapport afgerond op tientallen.

Figuur 2 - Aantal indicaties januari 2017 - augustus 2020 – gestandaardiseerd (2017 = 1)



Uit figuur 2 wordt duidelijk dat landelijk gezien het aantal indicaties vanaf 2017 toeneemt (lichtblauwe lijn vv4 t/m vv8). Opvallend is dat het aantal vv4 indicaties sinds de bekendmaking van de nieuwe tarieven in juli 2019 een dalende trend inzet. Bij de andere zorgprofielen zet de stijgende trend van vóór juli 2019 zich voort, waarbij vv7 en vv8 vanaf de tweede helft van 2019 een sterkere stijging laten zien dan in eerdere jaren.

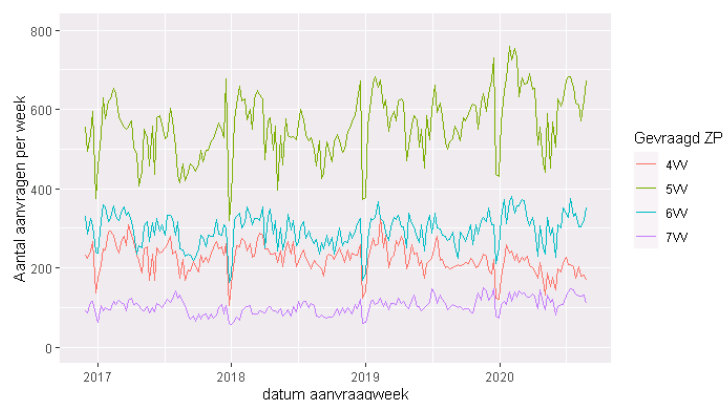
Als we inzoomen op de trends op het niveau van Wlz-uitvoerders zien we dat bij alle Wlz-uitvoerders het aantal cliënten met een vv4 indicatie afneemt vanaf de tweede helft van 2019. Ook zien we bij alle Wlz-uitvoerders het beeld dat de indicaties voor de andere zorgprofielen toenemen. Als we kijken naar de ontwikkelingen op zorgkantorregioniveau, zien we dat er wel regionale verschillen zijn. In de meeste zorgkantorregio's neemt het aantal vv4 indicaties af vanaf de tweede helft van 2019, terwijl de indicaties voor andere zorgprofielen toenemen. Er is ook een aantal zorgkantorregio's waar de vv4 geen daling laat zien en mee ontwikkelt met de trend van de andere zorgprofielen. Voor een inzicht in de ontwikkelingen op Wlz-uitvoerder en zorgkantorregioniveau, verwijzen wij naar bijlage 2.

Gesignaleerde trends CIZ

Het CIZ heeft de trends in aangevraagde indicaties in de periode 2017 t/m 2020 geanalyseerd. Het CIZ heeft in beeld welke profielen door zorgprofessionals worden aangevraagd.

Daarnaast heeft het CIZ zicht op de profielen waarvoor een indicatiebesluit wordt afgegeven. Het CIZ herkent de dalende vv4 trend in aangevraagde indicaties. Onderstaande grafiek is een analyse van het CIZ en laat, op basis van data van het CIZ, de aantallen aanvragen door zorgaanbieders zien per zorgprofiel.

Figuur 3 – Aantallen aanvragen 4VV, 5VV, 6VV en 7VV per week Voor aanvragen 'Extern Zorgaanmelder'



Bron: CIZ

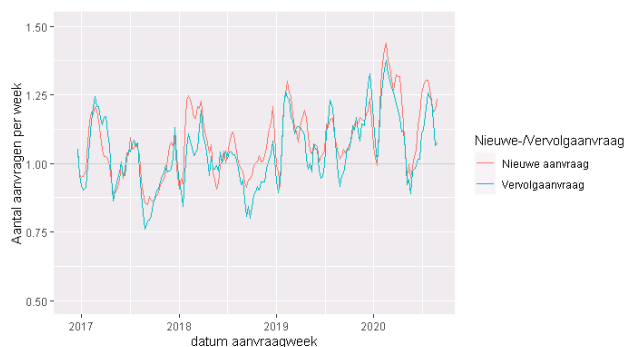
Uit figuur 3 kan worden opgemaakt dat het aantal aanvragen (aangevraagd door externe zorgprofessionals) voor vv4 afneemt vanaf de tweede helft van 2019. Ook ziet het CIZ dat de afname van vv4 aanvragen gepaard gaat met een toename van aanvragen voor een zorgprofiel vv5 en vv6.

Vv5 en vv6 zijn zorgprofielen die vaak volgen op een vv4 profiel. Zorgprofiel vv4 betreft beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging. Vv5 betreft bescherm wonen met intensieve dementiezorg. Vv6 is bedoeld voor cliënten die intensieve verzorging en verpleging nodig hebben.

Het CIZ heeft een rol als poortwachter. Dit betekent dat niet alle aanvragen voor een hoger zorgprofiel automatisch leiden tot een positief besluit voor het zorgprofiel waarvoor een indicatie is aangevraagd. Als het CIZ kijkt naar de afgegeven indicatiebesluiten dan is een iets genuanceerder beeld zichtbaar dan bij de aanvragen. Het aantal afgegeven indicatiebesluiten vv4 daalt vanaf de tweede helft van 2019, maar minder dan het aantal aanvragen vv4. Het kan voor aanvragers ingewikkeld zijn om in te schatten wat het best passende zorgprofiel is. Het CIZ benoemt dat er geen harde scheidslijn is waarop een cliënt overgaat van bijvoorbeeld een vv4 naar een vv5 of een vv6 indicatie. Als er sprake is van een wijziging in de gezondheidssituatie, kan een (her)indicatie worden aangevraagd. Aan de hand van de aard en de ernst van deze wijziging wordt bepaald of het zorgprofiel nog steeds best passend is, dan wel of een ander, hoger, zorgprofiel beter past bij de wijzigende omstandigheden. Dit kan ertoe leiden dat sommige aanbieders een ander zorgprofiel aanvragen, bijvoorbeeld vv5, maar dat het CIZ besloot om een vv4 af te geven. De CIZ-analyse van het aantal besluiten is opgenomen in bijlage 3.

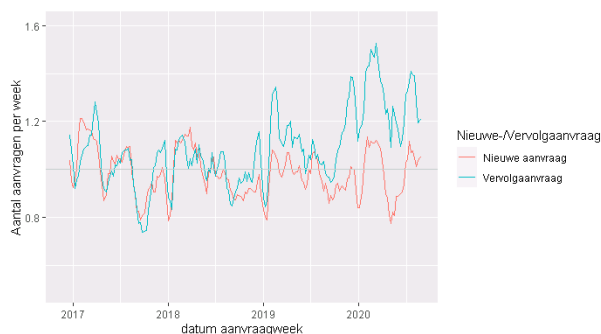
Om meer inzicht te krijgen in de stijging van het aantal vv5 en vv6 aanvragen door externe zorgprofessionals, heeft het CIZ in figuur 4 en 5 in beeld gebracht of de aanvraag een nieuwe aanvraag of een vervolgaanvraag betreft.

Figuur 4 – Aantallen aanvragen 5VV per week, gestandaardiseerd (2017 = 1) Voor aanvragen 'Extern zorgaanmelder'



Bron CIZ

Figuur 5 – Aantallen aanvragen 6VV per week, gestandaardiseerd (2017 = 1) Voor aanvragen 'Extern zorgaanmelder'



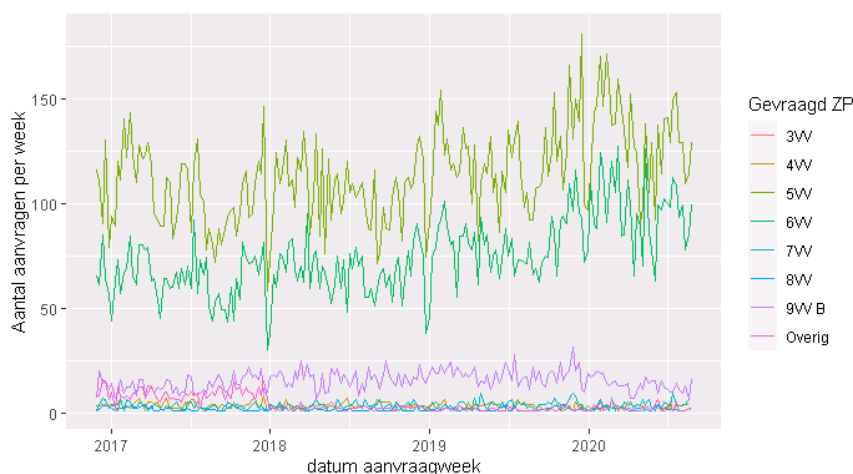
Bron CIZ

Volgens het CIZ stijgt het aantal vervolgaanvragen al voor de bekendmaking van de tarieven in juli 2019. Vanaf eind 2018 is er sprake van een toename van het aantal vervolgaanvragen.

Het CIZ geeft aan dat er vanaf de tweede helft van 2019 meer aanvragen voor vv5 zijn, van zowel nieuwe cliënten als cliënten die al een Wlz indicatie (vaak een vv4) hadden. Voor zorgprofiel vv6 ziet het CIZ dat de groei in het aantal aanvragen vv6 voornamelijk wordt veroorzaakt door vervolgaanvragen.

Voor cliënten met een indicatie voor een vv4 profiel, wordt bij een herindicatie meestal een vv5 of een vv6 aangevraagd. In welke mate ook andere zorgprofielen worden aangevraagd, heeft het CIZ in onderstaande figuur inzichtelijk gemaakt.

Figuur 6 – Aantallen aanvragen naar zorgprofiel (ZP), volgend op aanspraak 4VV
Voor aanvragen 'Extern zorgaanmelder'



Bron CIZ

Uit bovenstaande figuur wordt duidelijk dat voor cliënten met een vv4 profiel ook andere profielen (vv7, vv8 vv9 en overig) worden aangevraagd bij een herindicatie, maar minder vaak dan een vv5 of vv6 profiel.

De stijging van het aantal vv7 besluiten vanaf begin 2019 kan volgens het CIZ worden verklaard door het feit dat zij in 2019 een "Factsheet vv07¹⁴" hebben gepubliceerd. Het CIZ geeft aan dat er veel onduidelijkheid was over wanneer een vv7 mag worden aangevraagd. In het verleden had dit tot gevolg dat veel aanvragen voor een vv7 werden afgewezen. Middels deze factsheet is geprobeerd deze onduidelijkheid weg te nemen. Het CIZ ziet vanaf deze periode ook meer besluiten voor de vv7.

De NZa herkent het geschetste beeld van het CIZ in de eigen data. Op basis van de beschikbare gegevens hebben we het hierboven geschetste beeld gekwantificeerd. We zien dat de daling van vv4 indicaties samengaat met een stijging van vv5 en vv6 indicaties. In totaal wordt ongeveer 81% van de daling opgevangen door een boven verwachte stijging van vv5 en vv6 indicaties, waarbij de verhouding 2/3 stijging vv5 en 1/3 stijging vv6 is. Voor een toelichting op deze benadering, verwijzen we naar bijlage 4.

We zien dat de stijging in vv5 indicaties vanaf 1 juli 2019 samengaat met een boven verwachte stijging van nieuwe cliënten (voor ongeveer 60%) en door cliënten die doorstromen vanuit vv4 (ongeveer 40%).

¹⁴ <https://www.ciz.nl/zorgprofessional/meer-informatie/factsheet-vv07>

De boven verwachte stijging vanaf 1 juli 2019 van vv6 cliënten komt voornamelijk door cliënten die doorstromen vanuit vv4 (ongeveer 85%), en voor een beperkter deel door nieuwe cliënten (ongeveer 15%). Voor een toelichting op deze benadering, verwijzen we u graag door naar bijlage 5.

Duiding gesignaleerde trends zorgaanbieders en zorgkantoren

Zorgkantoren en zorgaanbieders herkennen op basis van eigen analyses het beeld dat minder vaak een vv4 wordt aangevraagd en in plaats daarvan vaker een vv5 of vv6. De afgelopen jaren is het beleid in de ouderenzorg erop gericht om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. De zorgvraag van cliënten, wanneer zij in de Wlz komen, is hierdoor de afgelopen jaren toegenomen en complexer geworden. Dat is terug te zien in de indicaties. Cliënten wachten langer met het aanvragen van een Wlz indicatie, waardoor een hoger zorgprofiel wordt aangevraagd. Daarnaast merken zorgaanbieders dat cliënten vaak met een lagere indicatie intramuraal worden opgenomen dan hun daadwerkelijke zorgvraag. Pas wanneer cliënten vanuit huis verhuizen naar een instelling wordt duidelijk wat de daadwerkelijke problematiek is. In sommige gevallen betekent dit dat relatief snel na opname in een instelling een herindicatie moet worden aangevraagd. Ook het CIZ herkent dat cliënten met een zwaardere zorgvraag in de Wlz komen. Doordat het CIZ het functioneren van cliënten scoort, is zichtbaar dat de zorgzwaarte binnen de profielen toeneemt.

De keuze van de cliënt speelt ook een belangrijke rol. Voor veel mensen is het verpleeghuis de allerlaatste optie, voor als het echt niet anders kan. Daarnaast hebben diverse zorgaanbieders en zorgkantoren in interviews laten weten dat de eigen bijdrage die de cliënt in de Wlz gaat betalen door de cliënt als drempel wordt ervaren om een indicatie voor de Wlz aan te vragen. Gevolg hiervan is dat cliënten langer zorg blijven ontvangen vanuit de Zvw en dus zwaarder instromen in de Wlz.

Deze ontwikkelingen staan in principe los van de tariefherijking. De tariefherijking lijkt de verschuiving van een vv4 naar hogere zorgprofielen wel te hebben versterkt. Zorgaanbieders geven aan dat de bekendmaking van de nieuwe tarieven op 1 juli 2019 vanuit bedrijfsvoering perspectief een prikkel is geweest om kritischer te gaan kijken of de cliënten die in de instelling verblijven een indicatie hebben die best passend is bij de zorgvraag van de cliënt. Als er sprake is van een wijziging in de gezondheidssituatie, wordt er veelal een (her)indicatie aangevraagd. Daarnaast wordt na de tariefherijking aan de voorkant (dus voor opname) kritischer gekeken welke indicatie wordt aangevraagd. Dit verklaart de daling die zichtbaar is in het aantal nieuwe aanvragen vv4.

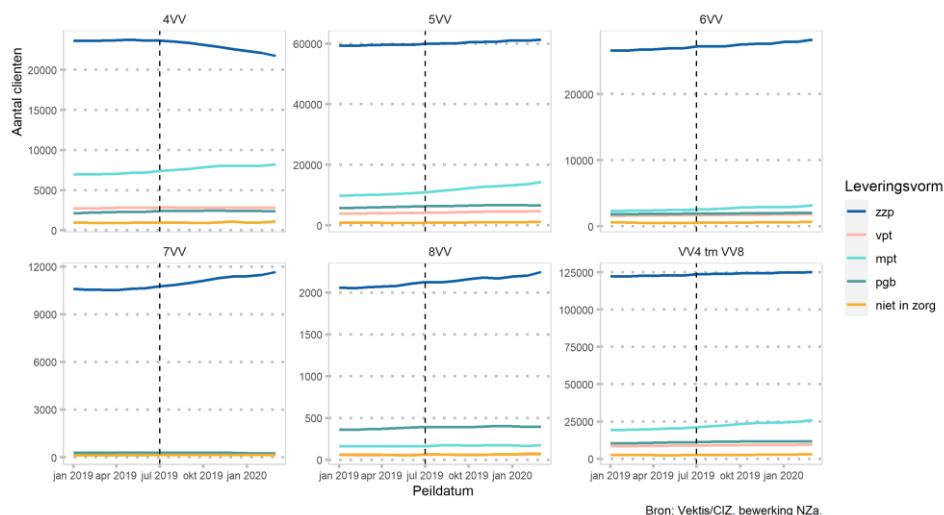
Zorgkantoren herkennen de verschillen tussen regio's en ook tussen aanbieders binnen de regio's. Het effect van een hele grote zorgaanbieder is groot op het regiobeeld: wanneer een grote zorgaanbieder herindicaties gaat aanvragen, drukt dat op het beeld van de hele regio.

4.2 Trends in zorglevering

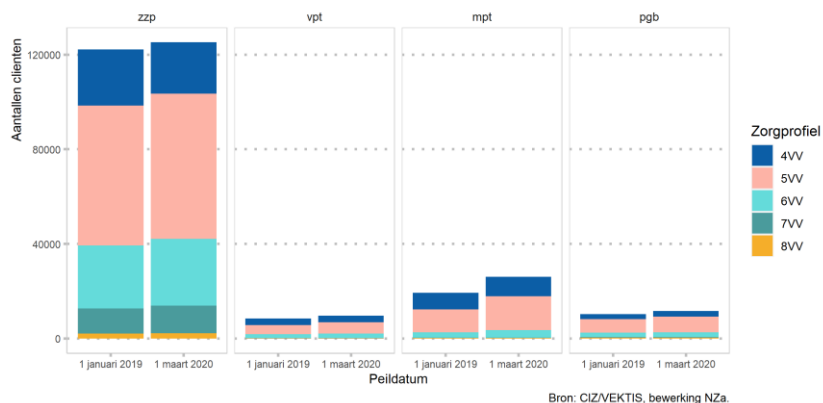
Behalve ontwikkelingen op het gebied van indicaties, hebben wij in dit onderzoek gekeken naar trends in de zorglevering. Binnen de Wlz kunnen cliënten zorg ontvangen via drie leveringsvormen: zorgzwaartepakketten (zzp), volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt). Naast zorg in natura kunnen cliënten ook kiezen voor een persoonsgebonden budget (pgb).

Figuren 7 en 8 laten de ontwikkelingen in leveringsvorm per zorgprofiel zien.

Figuur 7 – Aantallen cliënten per zorgprofiel per leveringsvorm 1 januari 2019 – 1 maart 2020



Figuur 8 – Aantallen cliënten per leveringsvorm per zorgprofiel 1 januari 2019 en 1 maart 2020



We zien in figuur 7 dat op 1 januari 2020 nog steeds veel cliënten met een vv4 indicatie verblijfszorg ontvangen, namelijk 22.360 cliënten. Het aantal cliënten met een vv4 indicatie en leveringsvorm zpz neemt wel af.

In figuur 8 is te zien dat tussen 1 januari 2019 en 1 maart 2020 het aantal cliënten met leveringsvorm zpz en zorgprofiel vv4 is afgenomen met 1.890. Voor de andere zorgprofielen zien we wel een toename van het aantal cliënten dat verblijfszorg ontvangt. Dit is in lijn met de trends die we op het gebied van de indicatiestelling zien.

Als we kijken naar de leveringsvorm mpt zien we dat voor de meeste profielen, met uitzondering van vv7 en vv8, geldt dat er sprake is van een stijging van deze leveringsvorm. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat wanneer cliënten op de wachtlijst staan, zij vaak overbruggingszorg krijgen via mpt. Verderop in het onderzoeksrapport gaan we hier dieper op in. Ook voor cliënten met een vv4 indicatie zien we een stijging van het aantal cliënten dat gebruikt maakt van mpt zorg, namelijk een stijging van 1.280 cliënten tussen 1 januari 2019 en 1 maart 2020.

Opvallend is dat de leveringsvorm vpt nauwelijks een toename laat zien zowel totaal, als voor het zorgprofiel vv4. Voor vv4 t/m vv8 zien we een geringe stijging van 1.290 cliënten die gebruik maken van de leveringsvorm vpt. Hiervan hebben 110 cliënten een vv4 zorgprofiel. Zorgaanbieders en zorgkantoren geven aan dat de zorg aan cliënten in toenemende mate thuis geleverd wordt. Het zou dan ook passen bij dit beeld als, naast een toename van mpt, ook een toename van vpt zichtbaar zou zijn.

Duiding gesignaleerde trends zorgaanbieders en zorgkantoren

Bij de zorginkoop van zorgkantoren is de indicatie van de cliënt leidend. Zorgkantoren sturen niet gericht op een vaste mix in het zorgaanbod. Sommige zorgkantoren sturen wel op een verhouding zorg met en zonder behandeling. Het beleid van de overheid en de zorgkantoren is erop gericht om zorg in de thuissituatie te stimuleren. In het zorginkoopbeleid van zorgkantoren zijn prikkels ingebouwd om leveringsvormen vpt en mpt uit te breiden, maar ook om mogelijkheden van deeltijdverblijf en logeren te vergroten.

Als de verblijfs capaciteit niet evenredig groeit met het aantal indicaties, leidt een toename van het aantal indicaties tot een verschuiving in de geleverde verblijfszorg. Deze verschuiving is in de periode 2017 t/m 2020 ook zichtbaar.

Zorgkantoren en zorgaanbieders hebben in de interviews een aantal ontwikkelingen benoemd die het zorgaanbod mede bepalen:

- *Mogelijkheden/beperkingen van een zorgaanbieder:* Sommige zorgaanbieders kunnen niet alle zorgprofielen leveren, omdat zij bijvoorbeeld geen specialist ouderengeneeskunde in dienst hebben. Deze zorgaanbieders richten zich op specifieke zorgprofielen. In deze situatie bepaalt de mogelijkheid van de zorgaanbieder het zorgaanbod. Zo zijn er kleinere, relatief nieuwe aanbieders die zich met name richten op stabielere cliënten, dat zijn vaak de klanten met een indicatie vv4 of soms vv5. Vaak omdat de expertise voor het leveren van de meer complexe zorg nog ontbreekt of omdat de zorg voor hogere zzp's niet door deze aanbieders te organiseren is.
- *Mogelijkheden om zzp zorg anders te organiseren:* Voor cliënten met een indicatie voor lagere zorgprofielen hebben zorgkantoren en zorgaanbieders in de regel meer mogelijkheden de zorg op een verantwoorde manier anders (via mpt of vpt) te organiseren dan voor cliënten met een hoger zorgprofiel. Zorgkantoren geven aan dat hierin regionale verschillen zichtbaar zijn. In bijvoorbeeld stedelijke gebieden is zorg via (ongeclusterd) vpt goed te leveren, mits er geschikte woningen zijn. Op plekken waar de reistijd langer is, is ongeclusterd vpt niet doelmatig te organiseren. Zorgkantoren verwijzen voor het inzicht in regionale verschillen naar de regioanalyses die zorgkantoren op de eigen websites hebben gepubliceerd. Ook zorgaanbieders geven aan dat het organiseren van (ongeclusterd) vpt vaak lastig te organiseren is. Ook laten zij weten dat financiële prikkels en innovatiemogelijkheden ontbreken om (ongeclusterd) vpt goed vorm te geven.
- *Financiële prikkels:* Financiële prikkels spelen volgens zorgaanbieders en zorgkantoren door de compensatie in het kwaliteitsbudget nog een beperkte rol. Het financiële effect van de tariefherijking is door de compensatie via het kwaliteitsbudget nog niet voelbaar bij de zorgaanbieders.
 - a. Voor zorgaanbieders die een mix van cliënten met verschillende zorgprofielen in huis hebben, wordt de tariefdaling van de vv4 daarnaast gecompenseerd met een tariefstijging voor andere zorgprofielen.
 - b. Voor zorgaanbieders die vooral cliënten met een zzp vv4 in zorg hebben, geldt de mogelijkheid tot substitutie niet. Deze zorgaanbieders kunnen met compensatie via het kwaliteitsbudget de bedrijfsvoering geleidelijk aanpassen aan de nieuwe situatie.

Reactie LOC op gesignaleerde trends

Wanneer zorg meer thuis wordt geleverd, is het vanuit cliëntperspectief belangrijk om ook hier kwaliteit van zorg niet uit het oog te verliezen. Dat betekent onder andere dat cliënten en hun naasten moet worden gevraagd wat goede zorg is.

Ook kan de omgeving van een cliënt (familie, vrienden, maar ook buurtgenoten) worden betrokken om goede zorg te leveren. Vanuit cliëntperspectief is het van belang dat de overgang van Zvw naar Wlz vloeiend is. Tusseloplossingen lijken nog onvoldoende van de grond te komen: plekken waar ouderen elkaar kunnen ontmoeten, waar een hulpverlener nabij is, waar fysieke veiligheid gewaarborgd wordt met bijvoorbeeld een portier. Van belang is dat zorgaanbieders samen met gemeenten, woningbouwcorporaties, zorgkantoren en zorgverzekeraars onderzoeken wat de mogelijkheden zijn.

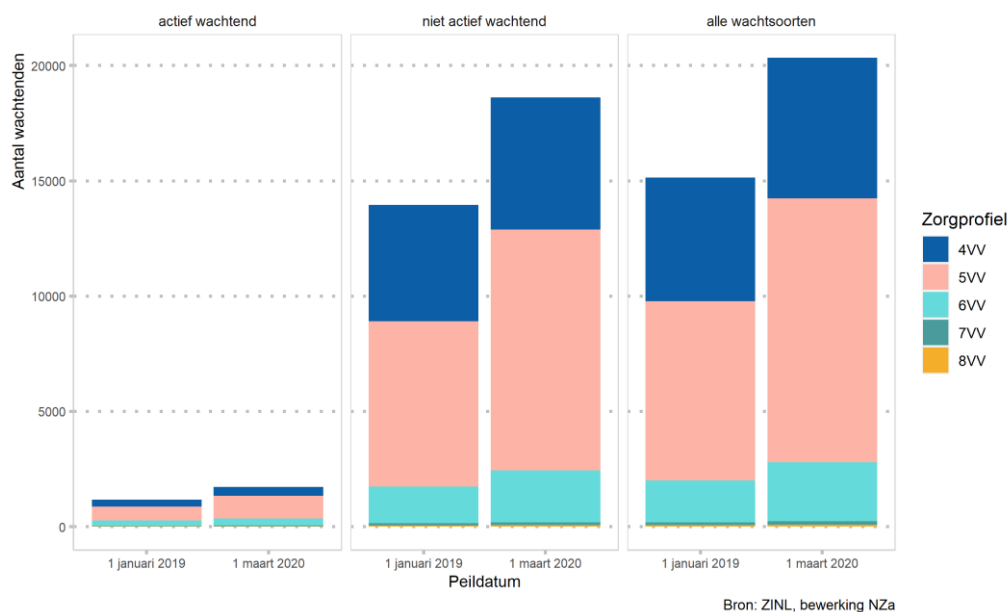
Alle geïnterviewde partijen onderschrijven de noodzaak om de ontwikkelingen in de zorglevering te blijven monitoren.

4.3 Trends in wachtlijsten

Naast de ontwikkelingen in (her)indicaties en zorgaanbod, hebben we ons ook gericht op de trends in wachtlijsten. Als het gaat om wachtlijsten, wordt in de registratie door het Zorginstituut Nederland (ZINL) op dit moment onderscheid gemaakt in zes soorten wachtenden:

- Actief wachtend korter dan treeknorm met zorg (awktmz)
- Actief wachtend korter dan treeknorm zonder zorg (awktzz)
- Actief wachtend langer dan treeknorm met zorg (awltmz)
- Actief wachtend langer dan treeknorm zonder zorg (awltzz)
- Niet actief wachtend met zorg (nawmz)
- Niet actief wachtend zonder zorg (nawzz)

Figuur 9 – Aantallen wachtenden per wachtsoort¹⁵ per zorgprofiel 1 januari 2019 en 1 maart 2020



Uit figuur 9 blijkt dat de groep niet actief wachtenden veruit de grootste groep wachtenden is. Dit zijn cliënten die hebben aangegeven uitsluitend bij de zorgaanbieder of locatie van eerste voorkeur te willen gaan wonen. Het kan zijn dat de cliënt al wel overbruggingszorg ontvangt (niet actief wachtend met zorg). Dit is tijdelijke Wlz-zorg thuis of in een andere instelling dan de voorkeursaanbieder.

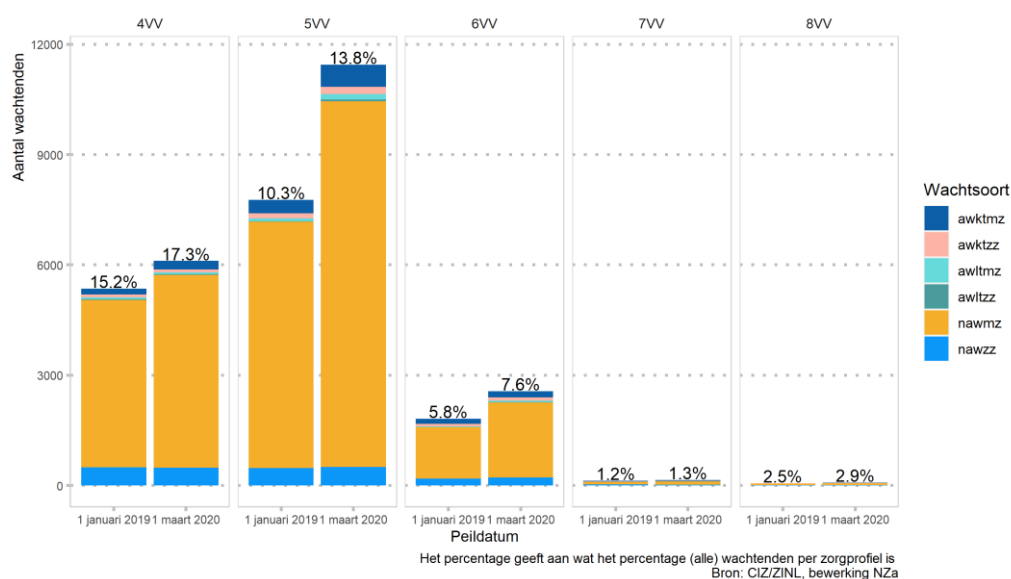
¹⁵ In deze figuur zijn alle wachtsoorten met 'actief wachtend' samengevoegd, idem voor 'niet actief wachtend'.

Een kleiner deel van de wachtenden is actief wachtend. De cliënt heeft dan direct zorg in een zorginstelling nodig. Deze cliënt kan geplaatst worden bij een voorkeursaanbieder- of locatie, maar als daar geen plek is, regelt het zorgkantoor elders een plaats¹⁶.

Verdeling van de profielen over de wachtlijsten

In figuur 10 is een totaal beeld geschetst van de ontwikkeling van wachtenden begin 2019 en begin 2020¹⁷. De staven geven het absoluut aantal wachtenden weer. Het percentage geeft aan wat het percentage wachtenden per zorgprofiel is. De kleuren geven de onderverdeling van wachtsoort weer.

Figuur 10 – Aantallen en percentage¹⁸ wachtenden per zorgprofiel per wachtsoort 1 januari 2019 en 1 maart 2020



Figuur 10 laat zien dat het aantal wachtenden op de wachtlijst is toegenomen sinds 1 januari 2019; dit geldt voor ieder profiel. Ook laat de figuur zien dat de stijging voor de vv4 profielen niet afwijkt van die voor de andere profielen. In totaal stijgt het aantal wachtende vv4 met 750. Het percentage wachtenden binnen de groep cliënten met een vv4 indicatie stijgt van 15,2% naar 17,3% tussen 1 januari 2019 en 1 maart 2020.

Opvallend aan de figuur is dat bij vv5 een flinke toename zichtbaar is van het aantal wachtenden, namelijk 3.670 tussen 1 januari 2019 en 1 maart 2020. Zowel procentueel als in absolute aantallen neemt het aandeel vv5 cliënten op de wachtlijsten toe.

De stijging van het aantal wachtenden vv6 is absoluut gezien gelijk aan de stijging van het aantal wachtenden vv4, namelijk 750. Omdat het aantal cliënten dat een vv6 indicatie heeft lager is dan het aantal cliënten met een vv4 indicatie is de stijging van vv6 relatief dus wel hoger. Op 1 januari 2019 was 5,8% van het aantal cliënten met een vv6 indicatie wachtend. Op 1 maart 2020 is dit gestegen tot 7,6%.

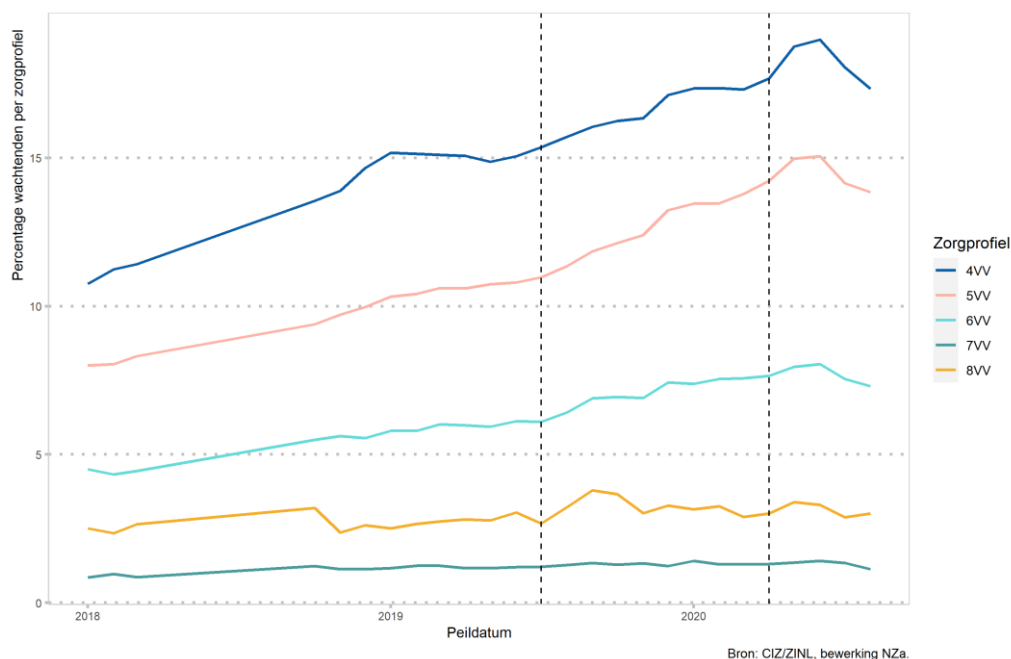
¹⁶ Bron: <https://istandaarden.nl/veelgestelde-vragen/vragen-wachtlijstinformatie>

¹⁷ Als peildatum is 1 maart 2020 gekozen, omdat dit de meest recente datum is voordat de effecten van corona zichtbaar worden.

¹⁸ Het percentage geeft aan wat het percentage (alle) wachtenden per zorgprofiel is. Het percentage is als volgt berekend: aantal wachtenden / aantal indicaties

In de volgende figuur is het percentage wachtenden per profiel weergegeven.

Figuur 11 – Percentage wachtenden per zorgprofiel 1 januari 2019 - 1 augustus 2020¹⁹



Uit figuur 11 wordt duidelijk dat vv4 het hoogste percentage wachtenden heeft van alle profielen. De figuur laat ook zien dat bij geen van de zorgprofielen trendbreuken optreden door de tariefherijking. De trendmatige ontwikkeling van vv4 volgt die van vv5 en vv6. De stijging in wachtlijsten wordt voornamelijk veroorzaakt door een stijging van de niet actief wachtenden met zorg.

Duiding gesignaleerde trends wachtlijsten

Ook zorgkantoren en zorgaanbieders signaleren dat de grootste groep wachtenden de niet actief wachtende cliënten zijn.

Zorgkantoren geven aan dat zij actief sturen op het feit dat urgentie bepalend is voor opname, en niet de indicatie van de cliënt. Zorgaanbieders onderschrijven dit, hun opnamebeleid is gebaseerd op urgentie. Over het algemeen geldt, volgens de geïnterviewden, dat vv4 cliënten langer thuis kunnen blijven wonen en dus minder snel worden opgenomen in een verpleeghuis. Mocht er voor deze cliënten toch een opname nodig zijn, bijvoorbeeld omdat het sociale netwerk wegvalt, blijken deze cliënten goed te plaatsen bij aanbieders. Het feit dat cliënten met een vv4 langer thuis wonen, heeft tot gevolg dat, wanneer sprake is van een opname, dit vaak een crisisopname betreft. Zorgaanbieders geven ook aan dat zij op dit moment uitdagingen ervaren als het gaat om het stabiliseren en er behoefte is aan mogelijkheden voor observatie en diagnostiek van cliënten in crisis. In bijlage 6 lichten we dit verder toe.

Zorgkantoren hebben contact met cliënten op de wachtlijsten om zo te bepalen of de status op de wachtlijst nog passend is bij de zorgvraag en wens van de cliënt. Dit geldt zowel voor cliënten op de wachtlijst met de status actief wachtend als voor cliënten met de status niet actief wachtend.

Zorgaanbieders en zorgkantoren geven aan dat de cliënten op de lijst niet actief wachtend vaak overbruggingszorg krijgen, meestal via mpt.

¹⁹ Wachtlijstdata april t/m september 2018 ontbreken. De lijn is evenredig doorgetrokken tussen maart en oktober 2018.

Uit gesprekken die zorgkantoren en zorgaanbieders met cliënten voeren, blijkt dat cliënten vaak tevreden zijn met deze zorg, maar er toch voor kiezen om op de wachtlijst te staan. Cliënten zijn vaak in de veronderstelling dat ze dan eerder opgenomen worden als hun zorgsituatie achteruit gaat.

In regio's waar lange wachtlijsten zijn, is een beeld zichtbaar dat de opnames urgenter zijn en dat deze cliënten een zwaardere zorgvraag hebben (vv5 of hoger). Dat betekent niet dat cliënten met een vv4 niet worden opgenomen. Als een cliënt met vv4 opgenomen moet of wil worden, dan moet de aanbieder wel opnemen. Door sommige zorgkantoren wordt hier ook actief op gestuurd: dit maakt onderdeel uit van de inkoopagenda van gesprekken tussen zorgkantoor en zorgaanbieders.

Ook wat betreft actief wachtenden houden zorgkantoren steeds meer vinger aan de pols. In sommige regio's is een taskforce actief met het actualiseren van de wachtlijsten: zo wordt er gekeken welke cliënten de meest urgente zorgvraag hebben en wordt de wachtlijst ook opgeschoond. Dit om de wachtlijst zo precies mogelijk te houden.

Landelijk beleid heeft tot gevolg dat de wachtlijststatus wordt aangepast. De minister van VWS geeft aan²⁰ dat *"het voorstel is om vanaf 1-1-2021 te gaan werken met de volgende indeling:*

- *Urgent plaatsen (plaatsing uiterlijk binnen 4 weken, zo mogelijk bij voorkeursaanbieder)*
- *Actief plaatsen (plaatsing zo spoedig mogelijk, liefst bij de voorkeursaanbieder)*
- *Wacht op voorkeur (actief monitoren door zorgkantoren en zorgaanbieder en plaatsing als plek bij voorkeursaanbieder beschikbaar komt of de zorgvraag van de cliënt verandert)*

Daarnaast zullen de cliënten worden geregistreerd die geen opnamewens hebben en zelf zullen aangeven wanneer bemiddeling nodig is en opgestart kan worden (wacht uit voorzorg). Door de aanpassingen in de wachtlijstregistratie verwachten zorgkantoren beter zicht te krijgen op de daadwerkelijke behoefte van de wachtende cliënt. Daarmee kunnen de zorgbemiddelingsactiviteiten gericht worden ingezet voor cliënten die echt een opnamewens of opname-urgentie hebben".

De invoering van de nieuwe wachtlijststatussen en de daarbij horende classificaties per 1-1-2021 moet ervoor zorgen dat zorgkantoren de cliënten efficiënter en cliëntgerichter kunnen bemiddelen door het beschikbaar komen van accurate en gedetailleerde wachtlijstinformatie over een cliëntsituatie.

Daarnaast kijken zorgkantoren gericht naar de toekomstige capaciteitsopgave. Zorgkantoren staan voor een uitdaging om samen met de zorgaanbieders ook in de toekomst verantwoorde zorg te organiseren voor cliënten met alle zorgprofielen.

²⁰ Voortgangsrapportage project wachtlijsten en capaciteit verpleeghuizen (bijlage bij Kamerbrief over stand van zaken zorg aan ouderen d.d. 10 juni 2020)
<https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/publicaties/2020/06/10/voortgangsrapportage-project-wachtlijsten-en-capaciteit-verpleeghuizen>

5. Conclusies

Het doel van het onderzoek was de (gedrags)effecten van de tariefherijking voor de verpleeghuiszorg in beeld te brengen. Hierbij is specifiek gekeken of cliënten met een vv4 profiel minder snel zorg krijgen ten opzichte van cliënten met een zwaardere zorgvraag.

De tariefverlaging van zzp en vpt vv4 heeft in de periode 1 juli 2019 tot 1 maart 2020 niet het effect gehad dat de wachtlijstontwikkeling bij mensen met een vv4 indicatie ongunstiger verloopt ten opzichte van cliënten met een zwaardere zorgvraag.

Al tenminste drie jaar stijgt het aantal mensen dat wacht op verpleeghuiszorg²¹. Van alle wachtenden heeft de grootste groep een vv5 indicatie. Het zorgprofiel vv5 is ook het meest geïndiceerde profiel. Wanneer we kijken naar het percentage wachtenden per zorgprofiel, heeft de groep van mensen die zijn geïndiceerd met een vv4 profiel het hoogste percentage wachtenden vergeleken met andere profielen. Dit verschil is er al jaren, waardoor we niet kunnen concluderen dat dit verschil samengaat met de tariefherijking van vv4. Dat mensen met een vv4 profiel vaker op een wachtlijst zijn geplaatst, komt waarschijnlijk doordat vv4 een instaprofiel is, waarbij de noodzaak of urgentie tot opname lager is dan bij de hogere profielen (vv5 tot en met vv10). Cliënten met een vv4 geven vaker de voorkeur aan een combinatie van professionele en informele zorg thuis in plaats van opname in een willekeurig verpleeghuis. Bijvoorbeeld omdat de plek van voorkeur in het gewenste verpleeghuis nog niet beschikbaar is.

De tariefherijking heeft in de periode 1 juli 2019 - 1 maart 2020 geen significante verschuivingen zichtbaar gemaakt in de hierboven beschreven wachtlijsttrends. Ook niet voor de profielen waar de maximumtarieven van de bijbehorende prestaties zijn gestegen. Daarnaast is er altijd een vangnet voor individuele cliënten doordat zorgkantoren en aanbieders actief contact onderhouden met cliënten die op de wachtlijsten (actief en niet actief wachtenden) staan, waardoor zij goed zicht hebben op de zorgvraag en mate van urgentie.

Dat wil niet zeggen dat we helemaal geen effecten zien.

We horen en zien dat een significante tariefverlaging, zoals bij zzp en vpt vv4, samengaat met:

- een daling van het aantal nieuwe aanvragen vv4 door zorgaanbieders. In vergelijking met de jaren daarvoor is die neerwaartse trend duidelijk zichtbaar;
- een prikkel bij aanbieders om na te gaan of nog sprake is van een juiste indicatie;
- een stijging in de aanvragen van een herindicatie naar een vervolgprofiel;
- een afvlakking van de groei van het aantal vv4 indicaties sinds de bekendmaking van de nieuwe tarieven en daarna een dalende trend, die ook in 2020 wordt voortgezet;
- een afname in het aantal cliënten met een vv4 indicatie dat verblijfszorg in een verpleeghuis ontvangt;
- een toename in het aantal cliënten dat zorg thuis ontvangt via mpt.

Het is aannemelijk dat de tariefherijking een grote of versterkende rol heeft gehad in de verschuiving van de vv4 naar de hogere zorgprofielen.

²¹ Brief Tweede Kamer capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg, 23 september 2019, 1569063-194200-LZ en Stand van zaken zorg aan ouderen in het verpleeghuis en thuis, 10 juni 2020, 1700636-206525-LZ

We zien dat een significante tariefverhoging, zoals bij zzp vv7 en vv8, samengaat met een stijging van het aantal cliënten met een indicatie en een stijging van het aantal cliënten dat vv7 en vv8 zorg ontvangt. Een andere verklaring voor de gesignaleerde stijging zou de factsheet kunnen zijn waarin het CIZ verduidelijkt wanneer een cliënt in aanmerking komt voor profiel vv7. Het effect op de wachtlijst voor andere zorgprofielen is klein, omdat het hier gaat om geringe aantallen.

6. Beleidsaanbevelingen

Naar aanleiding van het onderzoek doen wij enkele beleidsaanbevelingen.

Blijven monitoren van ontwikkelingen in indicaties, zorglevering en wachtlijsten

Op basis van deze korte onderzoeksperiode hebben we geen aanwijzing kunnen vinden dat cliënten met een vv4 profiel geen toegang hebben tot zorg. Er treden vooralsnog geen ongewenste selectie-effecten op. Omdat we niet kunnen uitsluiten dat dit kan veranderen, willen we de ontwikkelingen nauw blijven volgen via monitors. Dit mede omdat we in deze onderzoeksperiode zien dat de wachtlijsten als geheel toenemen. We blijven daarbij toetsen wat dit betekent voor partijen en de manier waarop de bekostiging is ingericht.

Integrale benadering ouderenzorg: belang van passende zorg

Vanuit het perspectief van ouderen is het van belang dat de overgang van Zvw-Wmo naar Wlz ofwel de overgang van thuis naar het verpleeghuis vloeiend is. Tussenoplossingen lijken nog onvoldoende van de grond te komen: plekken waar ouderen elkaar kunnen ontmoeten, waar een hulpverlener nabij is, waar veiligheid gewaarborgd wordt. Een meer integrale benadering van ouderenzorg kan helpen om die verantwoordelijkheid goed te beleggen. Meer gelijkvormige bekostigingssystemen over de Zvw en Wlz heen kunnen hierin ondersteunend zijn. In vervolgadvisies zullen we hier concreter en dieper op ingaan.

Nieuw kostenonderzoek nodig als de sector is ingegroeid in het kwaliteitskader verpleeghuiszorg

Omdat het kwaliteitskader geen onderdeel kon zijn van het kostenonderzoek Wlz 2016-2018, achten wij een geactualiseerd kostenonderzoek in de (nabije) toekomst, wanneer de sector is ingegroeid in het kwaliteitskader, noodzakelijk. Daarin kan onder andere de meting van het personeel op de groep/de locaties voor het vaststellen van de verdeelsleutel van deze kosten van zorgpersoneel over de profielen worden meegenomen. Bij een nieuwe tariefherijking zal de NZa, zoals gebruikelijk, oog hebben voor de effecten en implementatie van de nieuwe tarieven in de bedrijfsvoering van zorgaanbieders.

Keuzes nodig ten aanzien van de positionering van het (geclusterd en ongeclusterd) vpt

Tijdens ons onderzoek is gebleken dat er in het veld onduidelijkheid bestaat over de positionering van het (ongeclusterde en geclusterde) vpt. Verschillende beleidsdoelstellingen van het ministerie van VWS en zorgkantoren, zoals het stimuleren van langer thuis wonen en de verbetering van de kwaliteit van verpleeghuiszorg, vragen om heldere keuzes van het ministerie van VWS ten aanzien het onderscheid tussen geclusterd en ongeclusterd vpt. Zolang het onderscheid niet gemaakt wordt, kan de bekostiging daar niet op aansluiten en kan dit belemmerend werken om de beleidsdoelstellingen te realiseren. De NZa denkt graag mee met de oplossingsrichtingen.

Bijlage 1: Interviewvragen

Interviewvragen aan het CIZ

- Welke trends in indicaties ziet het CIZ in de periode 2017 t/m 2020? En welke verklaring heeft het CIZ hiervoor?
- In hoeverre is in de periode 2017 t/m 2020 iets veranderd aan de inhoud van de zorgprofielen? Mogelijk een andere inhoudelijk omschrijving kan leiden tot andere indicering?
- Ziet het CIZ een verschil in het verloop tussen nieuwe indicaties en herindicaties?
- Ziet het CIZ een verschuiving na de tariefherijking? Hoe verloopt dit over de tijd heen?
- Welke ontwikkeling ziet het CIZ in profielen die worden aangevraagd? Zijn er bepaalde profielen waarvoor meer (of juist minder) indicaties worden aangevraagd?
- Ziet het CIZ een verschil in het verloop tussen aanvragen nieuwe indicaties en herindicaties?
- In hoeverre herkent het CIZ zich in de bevindingen van de NZa?

Interviewvragen aan zorgkantoren

- Welke trends ziet het zorgkantoor in klantvragen (aangevraagde (her)indicaties)?
 - Ziet het zorgkantoor daarbij een afwijkend patroon voor bepaalde zorgprofielen (bijvoorbeeld vv4)?
 - Signaleert het zorgkantoor daarbij ook regionale verschillen?
 - Welke verklaring heeft het zorgkantoor hiervoor?
- Welke trends ziet het zorgkantoor in het zorgaanbod?
 - Ziet het zorgkantoor daarbij een afwijkend patroon voor bepaalde zorgprofielen (vv4)?
 - Signaleert het zorgkantoor daarbij ook regionale verschillen?
 - Zijn er ook opvallende verschillen tussen individuele zorgaanbieders waar te nemen?
 - Welke verklaring heeft het zorgkantoor hiervoor?
 - Voert het zorgkantoor hierbij specifiek beleid? En zo ja, welk beleid?
- Welke trends ziet het zorgkantoor in de ontwikkeling van wachtlijsten, specifiek voor vv4? En welke verklaring heeft het hiervoor?
- Is het zorgkantoor al in gesprek gegaan met aanbieders over gesignaleerde verschuivingen? Wat zijn hiervan de bevindingen?
- In hoeverre heeft het beleid van zorgkantoren (bijvoorbeeld zo veel mogelijk thuis blijven wonen) effect op de verschuivingen in zorgprofielen/leveringsvormen? Nemen lagere zzp's (bijvoorbeeld vv4) daarin een bijzondere positie in?
- Het CIZ heeft van sommige zorgaanbieders het signaal ontvangen dat de vv4 minder wordt ingekocht door zorgkantoren. In hoeverre herkent het zorgkantoor dit beeld?
- Heeft het zorgkantoor zicht op in hoeverre de wachtlijstcliënten overbruggingszorg krijgen? Is er een verschil in profielen?
- In hoeverre herkent het zorgkantoor zich in de bevindingen van de NZa?

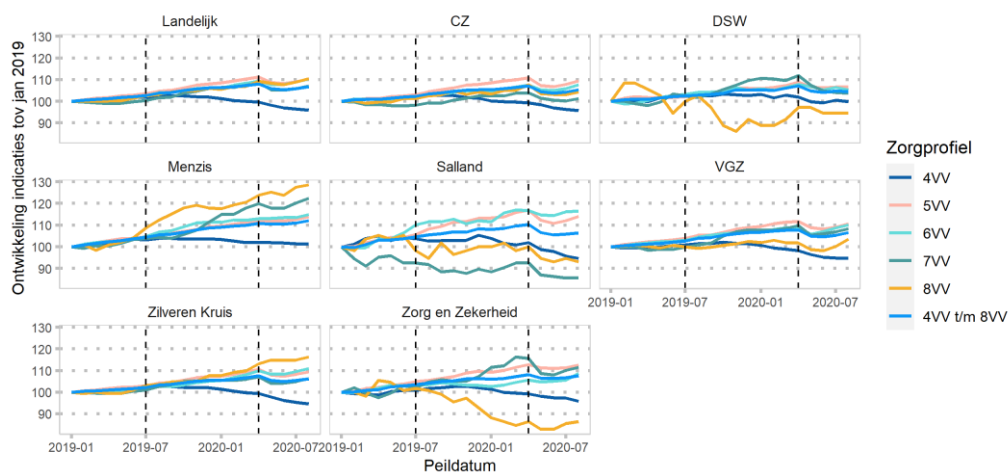
Interviewvragen aan zorgaanbieders

- Welke trends ziet de zorgaanbieder in de klantvragen ((her)indicaties)? En welke verklaring ziet hij hiervoor? Zijn er verschillen zichtbaar tussen de profielen?
- Zijn er veranderingen in zorgzwaarte zichtbaar bij de zorgaanbieder? Past de zorgaanbieder het beleid hierop aan?
- Zijn er specifieke overnames geweest bij de zorgaanbieder?
- Hoe ziet het opnamebeleid eruit?
 - o Komt het vaak voor dat mensen met een urgentie bepaling worden opgenomen?
 - o Hebben bepaalde groepen voorrang? En hebben bepaalde groepen (bijvoorbeeld lage zzp's) juist geen voorrang?
- Wordt er binnen de (overkoepelende) stichting een uniform opnamebeleid gevoerd of zijn er verschillen tussen locaties?
- Hoe wordt het (eventuele) verschil in wachttijden tussen de verschillende profielen verklaard?
- In hoeverre heeft het beleid bijvoorbeeld om zo veel mogelijk thuis te blijven wonen effect op de verschuivingen in zorgprofielen/leveringsvormen? Neemt vv4 daarin een bijzondere positie in?
- Hebben er wijzigingen in personeelsbestand plaatsgevonden?
- Het CIZ heeft van sommige zorgaanbieders het signaal ontvangen dat de vv4 minder wordt ingekocht door zorgkantoren. Herkent u dit beeld?
- Wanneer worden herindicaties aangevraagd?
- In hoeverre herkent de zorgaanbieder zich in de bevindingen van de NZa?

Bijlage 2: Indicaties per Wlz-uitvoerder

In onderstaande figuur wordt de procentuele ontwikkeling van het aantal indicaties per Wlz-uitvoerder weergegeven.

Figuur 12 – Ontwikkeling aantal indicaties per Wlz-uitvoerder²² ten opzichte van januari 2019 (januari 2019– augustus 2020)

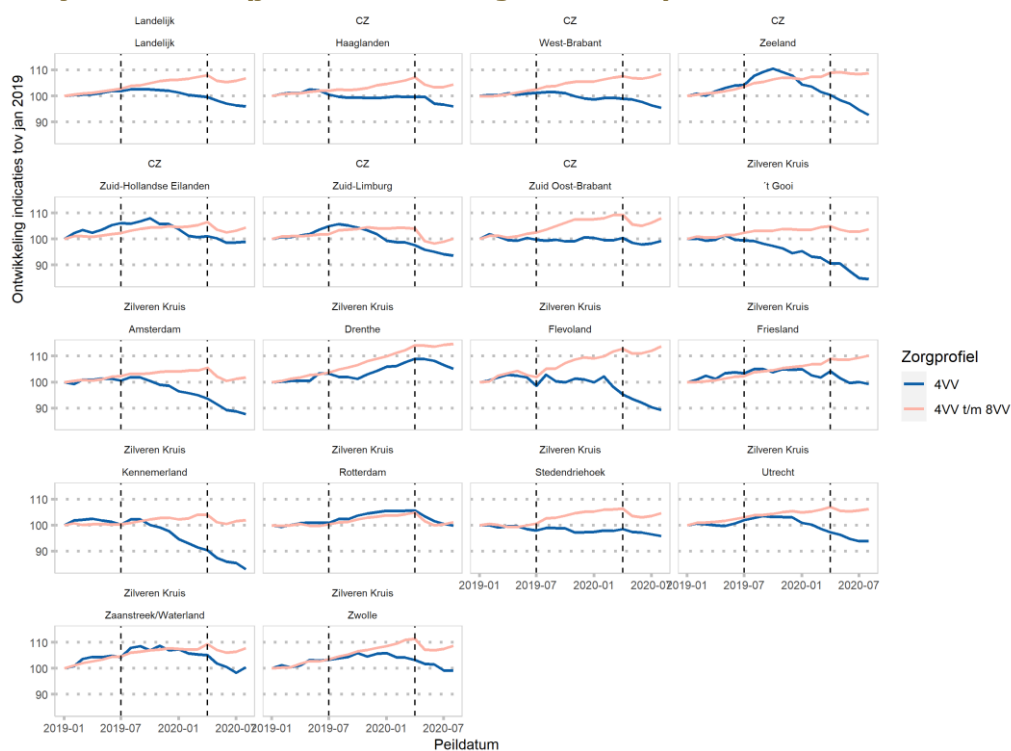


Figuur 12 laat zien de procentuele ontwikkelingen van het aantal indicaties bij de Wlz-uitvoerders grofweg dezelfde trend volgen. Het beeld van iedere Wlz-uitvoerder laat zien dat het aantal vv4 indicaties daalt, waar de vv5 en vv6 indicaties toenemen. Ook het aantal vv7 indicaties neemt toe bij de meeste Wlz-uitvoerders, behalve bij Salland, daar is sprake van een daling. Ook vv8 laat een wat grilliger patroon zien: een duidelijke daling is zichtbaar bij bijvoorbeeld Zorg en Zekerheid en DSW. Bij de vier grote Wlz-uitvoerders (CZ, Zilveren Kruis, VGZ en Menzis) is echter een (lichte) stijging van het aandeel vv8 indicaties zichtbaar.

In de figuren 13a en 13b is de procentuele ontwikkeling vanaf 1 januari 2019 van het aantal indicaties voor vv4 en alle profielen (vv4 t/m vv8) per zorgkantoorregio weergegeven. Ook is het landelijk beeld toegevoegd als referentiekader.

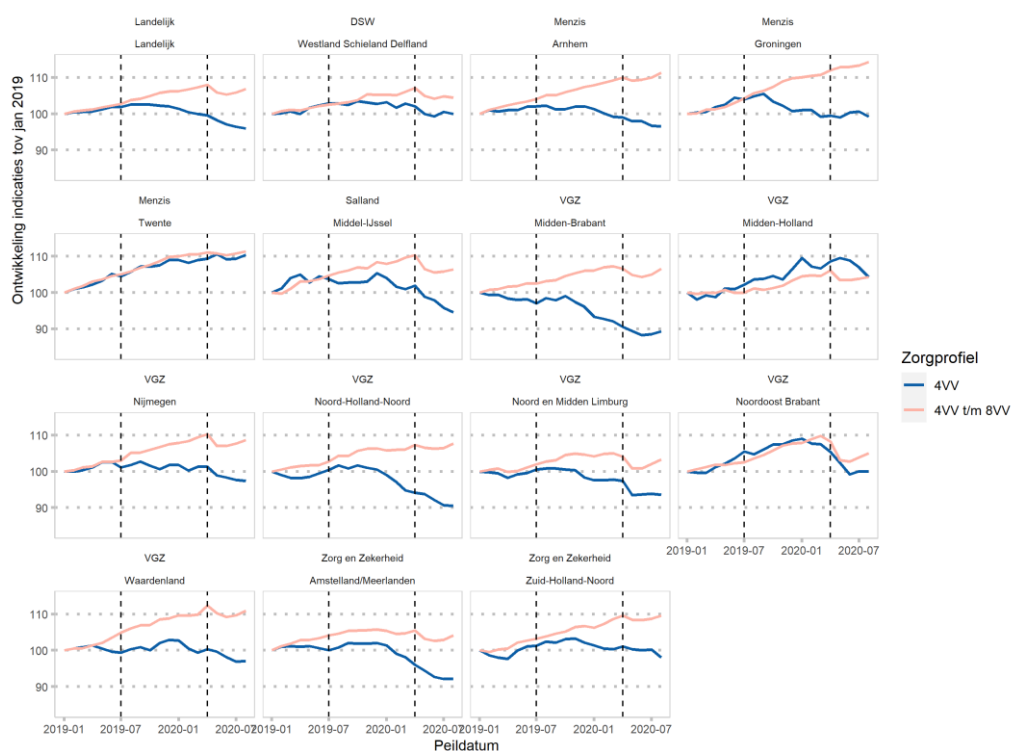
²² Op basis van initieel zorgkantoor ingedeeld

Figuur 13a – Ontwikkeling aantal indicaties per zorgkantoor²³ ten opzichte van januari 2019 (januari 2019 – augustus 2020)



Bron: CIZ, bewerking NZa.

Figuur 13b – Ontwikkeling aantal indicaties per zorgkantoor²⁴ ten opzichte van januari 2019 (januari 2019 – augustus 2020)



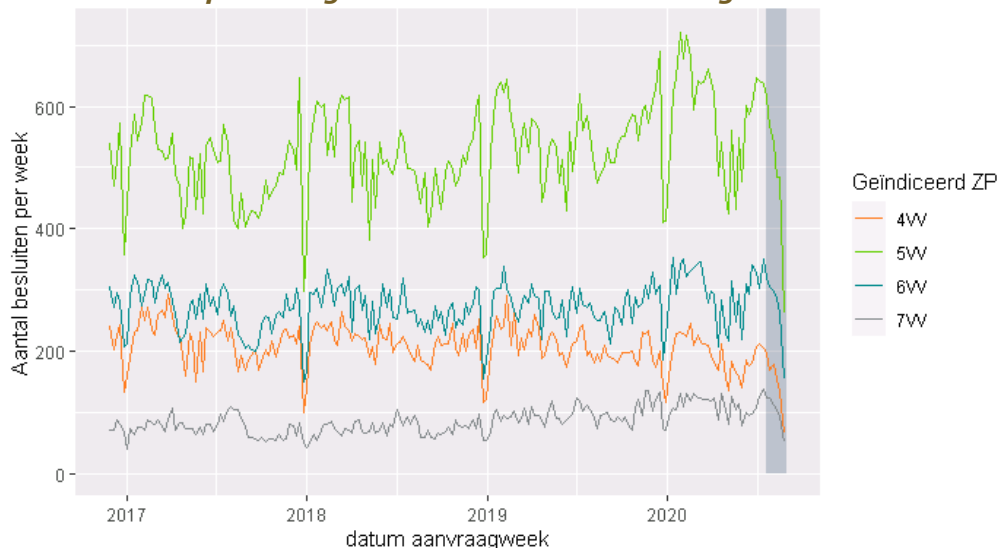
Bron: CIZ, bewerking NZa.

²³ Op basis van initieel zorgkantoor ingedeeld

²⁴ Op basis van initieel zorgkantoor ingedeeld

Bijlage 3: Indicatiebesluiten CIZ

Figuur 14 – Aantallen besluiten 4VV, 5VV, 6VV en 7VV
Alle besluiten op aanvragen met kenmerk 'Extern Zorgaanmelder'



Bron CIZ

Het aantal besluiten vv4 daalt vanaf tweede helft 2019, maar minder dan het aantal aanvragen vv4. Daarnaast is vanaf het begin 2019 een stijging van het aantal besluiten vv7 zichtbaar.

Figuur 15 – Aantallen besluiten 4VV, 5VV, 6VV
Alle besluiten op aanvragen zonder kenmerk 'Extern Zorgaanmelder'



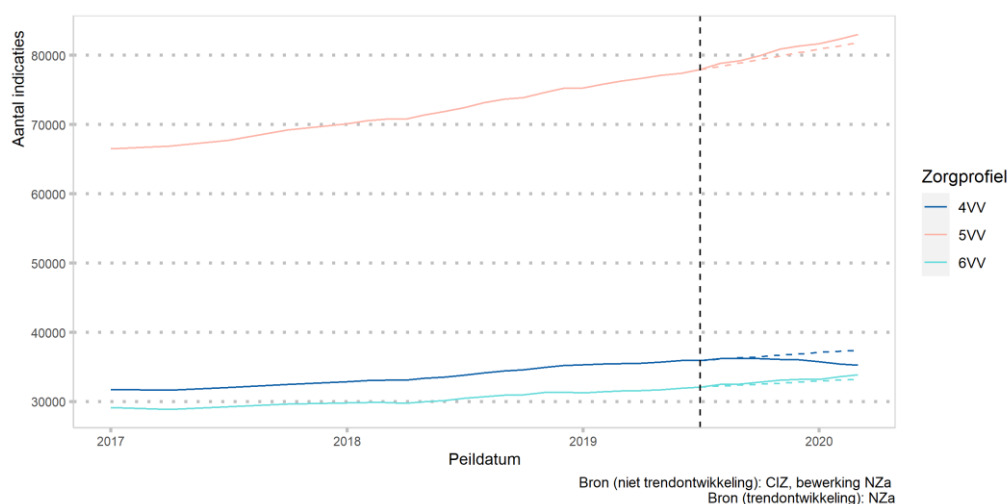
Bron CIZ

Het aantal besluiten vv4 op aanvragen die niet via zorgaanbieders komen is constant gebleven; ook ten opzichte van zorgprofielen vv5 en vv6.

Bijlage 4: Verwachte indicaties bij ongewijzigd beleid

Om de afname van het aantal vv4 indicaties en de toename van vv5 en vv6 indicaties te kwantificeren, hebben wij een benadering gemaakt van welke aantallen indicaties verwacht konden worden bij ongewijzigd beleid. Deze is weergegeven in onderstaande figuur. Als basis voor deze benadering is de trendmatige groei in de 12 maanden voor de publicatie van de tariefherijking gebruikt (juli 2018 t/m juni 2019). Deze trendmatige groei is doorgetrokken naar latere maanden na 1 juli 2019 (de stippellijn in de figuur).

Figuur 16 – Aantal indicaties + trendontwikkeling 1 januari 2019 – 1 maart 2020



Op peilmoment 1 maart 2020²⁵ geldt het volgende:

- Verschil tussen werkelijke en verwachte vv4 indicaties: -2170
- Verschil tussen werkelijke en verwachte vv5 indicaties: 1150
- Verschil tussen werkelijke en verwachte vv6 indicaties: 600

Als we aannemen dat de daling van vv4 wordt opgevangen door een stijging van vv5 en vv6, blijft er een totale afname van 420 over. Oftewel, 81% van de daling van vv4 wordt opgevangen door een stijging van vv5 en vv6. De verhouding is hierbij 2/3 stijging vv5 en 1/3 stijging vv6. Ongeveer 19% van de daling van vv4 wordt dus niet opgevangen door de verschuiving van vv4 naar vv5 en vv6.

NB

De benadering van de verwachte ontwikkeling in het aantal indicaties per profiel gaat gepaard met onzekerheid. We gaan ervan uit dat een trend uit het verleden (juli 2018 tot juli 2019) verwacht kon worden voor de maanden vanaf juli 2019.

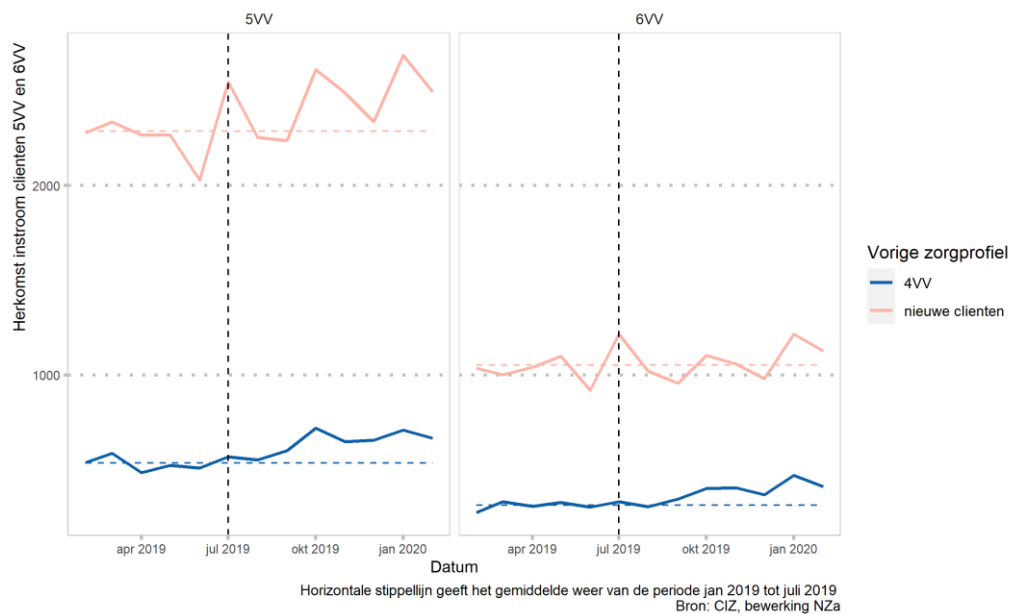
²⁵ Als peilmoment is 1 maart 2020 gekozen, omdat in de maanden erna corona effecten zichtbaar worden. De benadering van het verwachte aantal indicaties per profiel wordt dan minder betrouwbaar.

Bijlage 5: Herkomst instroom indicaties

Zoals in paragraaf 4.1 is toegelicht, gaat de afname van vv4 indicaties samen met een toename van vv5 en vv6 indicaties. Dit kan worden veroorzaakt doordat cliënten vanuit vv4 naar vv5 of vv6 doorstromen, of doordat nieuwe cliënten direct instromen naar een vv5 of vv6 indicaties. Het CIZ geeft aan dat er in de tweede helft van 2019 meer aanvragen voor vv5 zijn, van zowel nieuwe cliënten als cliënten die al een Wlz indicatie (vaak een vv4) hadden. Voor vv6 ziet het CIZ voornamelijk meer aanvragen voor cliënten die al een Wlz indicatie hebben.

Om deze verhouding te kwantificeren, wordt hieronder weergegeven of de toename van vv5 en vv6 cliënten komt door een doorstroom vanuit vv4 of door nieuwe cliënten^{26 27}. De gekozen periode is tot 1 maart 2020 in verband met corona. Er is steeds gekeken naar het zorgprofiel van een cliënt in maand -1. Als de cliënt in maand - 1 geen indicatie heeft, wordt deze cliënt beschouwd als een nieuwe cliënt.

Figuur 17 – Herkomst nieuwe cliënten in zorgprofiel 5VV en 6VV 1 januari 2019 – 1 maart 2020



De stippellijn geeft de gemiddelde instroom weer voor de eerste helft van 2019. De doorgetrokken lijn geeft de werkelijke instroom weer. In de tweede helft van 2019 en het begin van 2020 gaat de werkelijke instroom afwijken van de gemiddelde instroom. Het verschil tussen de doorgetrokken lijn en de stippellijn is de extra instroom. Uit bovenstaande figuur blijkt dat de (boven verwachte) stijging in vv5 komt door een stijging van nieuwe cliënten en door cliënten die doorstromen vanuit vv4. Wanneer we de herkomstgroepen met elkaar vergelijken, blijkt dat de extra instroom voor 40% bestaat uit een toename van cliënten die doorstromen vanuit vv4 en voor 60% door een toename van nieuwe cliënten.

²⁶ Toename van vv5 of vv6 door cliënten die vanuit andere profielen doorstromen is erg klein, daarom laten we die hier buiten beschouwing.

²⁷ Nieuwe cliënten betreft cliënten waarvoor dit het eerste zorgprofiel is, ze zijn dus nieuw in de Wlz-zorg.

De (boven verwachte) stijging van vv6 cliënten komt voornamelijk door cliënten die doorstromen vanuit vv4, en voor een beperkter deel door nieuwe cliënten.

De extra instroom bestaat voor ongeveer 85% uit een toename van cliënten die doorstromen vanuit vv4 en voor 15% door een toename van nieuwe cliënten.

NB:

De berekende verhoudingen zijn tijdsafhankelijk, omdat de instroomlijnen maandelijks fluctueren. Mogelijk zorgt het toevoegen van een langere tijdsperiode voor een andere verhouding. In verband met de onzekerheid van de corona crisis is hier echter gekozen om de periode te beperken tot 1 maart 2020.

We houden in deze berekening geen rekening met uitstroom. De netto maandelijks stijging van het aantal indicaties per zorgprofiel is dus niet gelijk aan de hier berekende instroom.

Bijlage 6: Observatie en diagnostiek binnen crisis vv

Tijdens de interviews is met zorgaanbieders en zorgkantoren gesproken over de (gedrags)effecten die zij zien na de tariefherijking. Aan de hand van de vragen zoals opgesteld in bijlage 1, zijn wij het gesprek met hen aangegaan. De meeste inzichten vanuit deze gesprekken zijn gepresenteerd in het rapport. Er is echter een onderwerp dat bij ieder gesprek met zorgaanbieders naar voren kwam, waar ook aandacht aan moet worden besteed.

Zorgaanbieders hebben aangegeven dat er meer crisisopnames zijn, omdat cliënten langer thuis blijven wonen. Voor zorgaanbieders zorgt dit voor uitdagingen, onder andere op het gebied van de inzet van personeel. Er wordt aangegeven dat het stabiliseren van een cliënt in crisis veel vraagt van het personeel, waardoor andere cliënten niet de aandacht krijgen die zij nodig hebben. Bovendien geven zorgaanbieders aan dat het bij crisisopnames niet altijd duidelijk is wat er aan de hand is met cliënt (zo ontbreekt er soms al een diagnose) en wat hun zorgvraag is wanneer zij op een crisisplek komen. Door verschillende zorgaanbieders wordt daarom gepleit voor een 'stabilisatieafdeling' waar observatie en diagnostiek kan plaatsvinden en waar naar een passende plek voor de cliënten kan worden gezocht.

De NZa is bekend met dit signaal. Onder andere ActiZ heeft dit aangekaart bij het project Onderhoud bekostiging binnen de NZa. Op dit moment wordt binnen dit project onderzoek gedaan naar de noodzaak van observatie en diagnostiek binnen de crisiszorg vv, de omvang van deze benodigde inzet, of er knelpunten zijn om dit te bekostigen, en hoe deze bekostiging vorm te geven.