

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

>Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Nederlandse Zorgautoriteit  
T.a.v. mevrouw dr. M.J. Kaljouw  
Postbus 3017  
3502 GA UTRECHT

**Directoraat Generaal  
Langdurige Zorg**  
Directie Langdurige Zorg  
Sturing, Financiering en  
Informatie

**Bezoekadres:**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34

[www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)

**Inlichtingen bij**

Datum 14 november 2019  
Betreft Reactie op "Uitwerking varianten integrale vergelijking"

**Kenmerk**  
1601410-197559-LZ

**Bijlage(n)**  
1

**Uw brief**

Nr 0344869/531186

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.*

Geachte mevrouw Kaljouw,

Hartelijk dank voor uw brief van 10 september 2019, waarmee u – in aanvulling op uw eerdere plan van aanpak- een analyse aanbiedt van een viertal methoden voor toepassing van de integrale vergelijking van verpleeghuizen.

**Uw voorkeursmethode**

U heeft deze methoden conform mijn verzoek vergeleken op basis van een aantal criteria die betrekking hebben op de gevolgen voor zorgaanbieders, zorgkantoren, juridische aspecten, macro-budgettaire impact en draagvlak. Op grond daarvan spreekt u de voorkeur uit voor methode 1, waarbij de NZa de tarieven per aanbieder reguleert op basis van de uitkomsten van de integrale vergelijking en de zorgkantoren op basis daarvan onderhandelen. Binnen deze tariefregulering dient substantiële ruimte te zijn voor de zorgkantoren om met de zorgaanbieders te onderhandelen over passende tarieven en de invulling van de efficiencyopdracht. Bij deze methode kan naar uw oordeel het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg tegen de laagst mogelijke kosten worden gerealiseerd.

U geeft aan dat het van belang is om op korte termijn helderheid te hebben over de methode waarmee het model van de integrale vergelijking zal worden toegepast, zodat het voor zorgaanbieders duidelijk is waarvoor de uitgevraagde gegevens zijn bedoeld.

**Mijn besluit**

Op grond van uw analyse heb ik besloten om –met inachtneming van de toetsingscriteria- in te stemmen met de ontwikkeling van de integrale vergelijking op basis van uw voorkeursmethode 1. Binnen voorkeursmethode 1 hebben zorgkantoren een belangrijke rol bij het realiseren van het kwaliteitskader tegen de laagste kosten. Zij moeten met zorgaanbieders afspraken maken om ervoor te zorgen dat minder efficiënte aanbieders hun zorg doelmatiger gaan leveren.

### **Zorgvuldige voorbereiding**

Ik heb uw analyse besproken in bestuurlijke overleggen met ZN en ActiZ. Voor alle partijen is duidelijk dat de invoering van de integrale vergelijking een ingrijpende wijziging van de bekostiging van de intramurale verpleeghuiszorg met zich meebrengt. Ik vind het daarom belangrijk dat de invoering hiervan zorgvuldig wordt voorbereid en afgestemd met alle relevante partijen. Het ontwikkeltraject staat nog aan het begin; er dient nog veel te worden onderzocht voor de integrale vergelijking kan worden toegepast. Ik zal daarom een aantal bestuurlijke overleggen met u, ActiZ en ZN inplannen om de voortgang en de uitkomsten van de integrale vergelijking te bespreken. Deze bestuurlijke overleggen fungeren tevens als go/no go momenten op basis waarvan ik een besluit zal nemen in hoeverre bijsturing wel of niet nodig is. In lijn met de verantwoordelijkheidsverdeling tussen VWS en de NZa zal ik op basis van de uitkomsten van de integrale vergelijking besluiten over de toepassing ervan. Het daadwerkelijk invoeren van dit model vergt een afzonderlijk besluit van mij, dat op grond van de Wmg zal worden voorgehangen bij de Tweede Kamer.

### **Beleidsmatige toetsingscriteria**

Zoals met u, ZN en ActiZ is afgesproken, zullen tussentijdse resultaten, nadere uitwerkingen en besluiten over de concrete toepassing van de uitkomsten van de integrale vergelijking in de bekostiging telkens worden getoetst aan een aantal beleidsmatige criteria. In de bijlage treft u (een toelichting op) deze criteria aan.

Op basis van de uitkomsten en de impactanalyse zal ik rekening houdend met de genoemde beleidsmatige toetsingscriteria een besluit nemen welke stappen in 2020 en 2021 gezet kunnen worden voor de beoogde invoering per 2022.

### **Wetswijziging**

Zoals u aangeeft is wetswijziging nodig om de integrale vergelijking te kunnen toepassen bij de tariefstelling en de zorginkoop. Dit betreft wetswijziging van de Wlz om gegevensuitwisseling tussen de NZa, Wlz uitvoerders en zorgaanbieders mogelijk te maken. Dat is van belang omdat dit model uitgaat van het leren en verbeteren in de sector en dit alleen bereikt kan worden als er transparantie is over de uitkomsten van de integrale vergelijking. Daarnaast is deze transparantie noodzakelijk voor zorgkantoren, zodat zij goede afspraken kunnen maken over de efficiëntieopdracht en deze ook kunnen vertalen naar een individuele prijsafspraken. U gaat hierover tevens in overleg met de ACM om te onderzoeken tot welk detailniveau gegevens mogen worden gedeeld. Daarnaast is wijziging nodig van de Wmg om het mogelijk te maken dat de NZa nieuwe tariefsoorten (zoals minimum- of maximumtarieven respectievelijk bandbreedtetarieven) per aanbieder kan bepalen.

Ik zal de voorbereidingen voor deze wetswijzigingen in gang zetten. Gegeven de benodigde tijdsduur van dit wetstraject verwacht ik dat de integrale vergelijking vanaf 2022 stapsgewijs zijn effect op de tarieven kan hebben. Dit vereist dat zorgkantoren voldoende tijd hebben om hiermee rekening te houden in het inkoopbeleid 2022 (dat op 1 juni 2021 wordt gepubliceerd) en de NZa bij de tariefstelling voor 2022 (die op 1 juli 2021 wordt gepubliceerd). Ik wil de komende periode samen met u en de veldpartijen verkennen hoe de sturing op een goede besteding van de beschikbare middelen via het zorginkoopbeleid 2021 verder kan worden verbeterd.

**Nulmeting**

Ik stel het op prijs dat u, zoals u aangaf in uw brief, de gegevensuitvraag die u onlangs bent gestart, wilt benutten om ervaring op te doen met een nulmeting voor de integrale vergelijking. Het is voor de ontwikkeling van het model en het draagvlak van partijen van belang dat via die weg wordt gewerkt aan een integrale vergelijking die voldoet aan de beleidsmatige criteria die zijn opgenomen in de bijlage bij deze brief.

**Directoraat Generaal  
Langdurige Zorg**  
Directie Langdurige Zorg  
Sturing, Financiering en  
Informatie

**Tot slot**

Ik hecht er hierbij aan om op te merken dat het van belang is dat VWS en de NZa elkaar goed op te hoogte houden van de ontwikkelingen. Hierover zullen nog nadere afspraken worden gemaakt. Ik wens u tot slot veel succes bij de verdere uitwerking van het model van de integrale vergelijking waarvan u zoals besproken de uitkomsten met een bijbehorende impactanalyse uiterlijk 15 maart 2020 zal opleveren. Dit geeft alle betrokken partijen voldoende tijd voor overleg, besluitvorming en voorbereiding voor een zorgvuldige en verantwoorde implementatie van de stappen die in 2021 en daarna gezet kunnen worden.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

Hugo de Jonge

## Bijlage bij brief

Reactie op "Uitwerking varianten integrale vergelijking"  
met kenmerk 1601410-197559-LZ

### **Beleidsmatige toetsingscriteria bij beoordeling uitkomsten integrale vergelijking**

De besluitvorming over de toepassing van een integrale vergelijking (verder: IV) in de bekostiging van de verpleeghuiszorg vergt een zorgvuldige afweging van alle betrokken belangen. In lijn met de verantwoordelijkheidsverdeling tussen VWS en de NZa bepaalt de Minister van VWS het beleid (en daarmee de toepassing van het door de NZa in het plan van aanpak geschetste model) en stelt daarbij de kaders vast. De NZa is verantwoordelijk voor de uitvoering. Voorafgaande aan de daadwerkelijke invoering van het model van de integrale vergelijking is o.a. wetswijziging en een aanwijzing nodig. Mede daarom is het van belang dat VWS en de NZa elkaar goed op te hoogte houden van de ontwikkelingen. Daarom heeft VWS met de bestuurlijke partners onderstaande criteria vastgelegd.

#### **0. Algemeen**

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

#### **1. Rollen en verantwoordelijkheden**

- 1.1 De rollen en verantwoordelijkheden van betrokken partijen (NZa, zorgkantoren, Zorginstituut) blijven ongewijzigd. Dit betekent dat er voor zorgkantoren substantiële ruimte moet blijven om binnen het budgettaire kader op basis van maatwerk tariefafspraken te maken met zorgaanbieders. Het is niet aanvaardbaar als deze ruimte door de werking van de IV marginaal wordt. De NZa zal concreet in beeld brengen hoe dit structureel kan worden geborgd door de verschillende systeempartijen,

waarbij rekening gehouden wordt met het budgettaire kader en de wijze waarop de NZa toezicht gaat houden. Bij de vormgeving van de substantiële ruimte kan worden onderzocht welke rol een lump sum en/of een regionaal investeringsbudget voor zorgkantoren hierbij kan spelen. De NZa geeft, na overleg en afstemming met de zorgkantoren, een concrete uitwerking aan het begrip 'substantiële ruimte'.

- 1.2 Het resultaat moet aansluiten bij de visie op de rol van de zorgkantoren, zoals opgenomen in het programma Thuis in het verpleeghuis en de brieven aan de Tweede Kamer over de veranderende rol van zorgkantoren (zoals verwoord in Kamerbrieven d.d. 9 april 2018 en d.d. 6 februari 2019). De toepassing van de integrale vergelijking moet hierbinnen passen.
- 1.3 De NZa houdt rekening met bestaande wet- en regelgeving en treedt in overleg met VWS om te beoordelen of eventuele wijzigingen noodzakelijk zijn. Voor de gegevensuitwisseling tussen NZa, zorgkantoren en zorgaanbieders en voor individuele (bandbreedte)tarieven is wetswijziging vereist. VWS zet de procedure voor wetswijziging in gang en houdt de NZa op de hoogte. De NZa borgt via het ontwikkelingsproces met het veld dat juridische procedures tegen de specifieke tarieven per zorgaanbieder zoveel mogelijk worden voorkomen.
- 1.4 Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is leidend bij de ontwikkeling en toepassing van de integrale vergelijking. De kwaliteit is geen onderdeel van de integrale vergelijking, maar vormt het uitgangspunt waar alle zorgaanbieders in de verpleeghuiszorg (op termijn) aan moeten voldoen. Zorgaanbieders dienen in de structurele situatie te voldoen aan het kwaliteitskader. Duidelijk moet zijn hoe, op grond van welke informatie en door welke partij is bepaald dat een zorgaanbieder voldoet aan het kwaliteitskader of niet.

## **2. Zorgvuldige invoering**

- 2.1 Het ontwikkelen en toepassen van de integrale vergelijking verloopt via een evolutionair, gefaseerd proces. Op deze wijze is VWS tijdig geïnformeerd en kan VWS, in overleg met de bestuurlijke partners (NZa, ZN en ActiZ), tijdens het proces waar dit nodig blijkt bijsturen. Daarbij vindt steeds een toetsing plaats aan de in dit document geformuleerde criteria. De NZa en VWS stemmen af op welke momenten er go- of no-go-beslissingen genomen moeten worden en op basis van welke informatie dit kan gebeuren.
- 2.2 De NZa richt het ontwikkelingsproces van de IV zo in, dat continue toetsing aan de criteria in dit document geborgd wordt. Dit dient te passen in het tijdschema dat de minister aan de Tweede Kamer heeft geschetst in reactie op de motie-Hermans, waarbij de uitkomsten met de bijbehorende impactanalyse uiterlijk 15 maart 2020 worden opgeleverd.<sup>1</sup>
- 2.3 Onderdeel van de ontwikkeling vormt een nulmeting met concrete gegevens van een voldoende representatief aantal zorgaanbieders. Daarbij

---

<sup>1</sup> Kamerstuk TK2018-2019, 31765, nr. 424 en brief VWS aan Tweede Kamer van 30 augustus 2019 (kenmerk 1570344-194325-LZ).

worden de resultaten voorgelegd aan de zorgaanbieders voor herkenbaarheid en het testen van het model.

- 2.4 Afhankelijk van de vraag wanneer wetswijziging gereed is, kan worden gezien of de resultaten van de nulmeting ook volledig kunnen worden gedeeld met alle zorgkantoren en zorgaanbieders, of dat hiervoor toestemming moet worden georganiseerd. Om de herkenbaarheid bij zorgkantoren te kunnen toetsen is het noodzakelijk dat zij inzicht krijgen in de resultaten van tenminste een representatief deel van de zorgaanbieders.
- 2.5 Partijen (VWS, NZa, ZN en ActiZ) stemmen de externe communicatie rond deze besluitvorming onderling af om te voorkomen dat onduidelijkheid gaat bestaan over ambities en ontwikkelstappen enerzijds en zaken waarover besloten is anderzijds.
- 2.6 De NZa berekent voorafgaand aan elk jaar de herverdelingseffecten en adviseert VWS over een zorgvuldige tariefsaanpassing, zodat de herverdelingseffecten van jaar op jaar aanvaardbaar zijn, VWS besluit over de maximaal aanvaardbare tariefmutatie van jaar op jaar, zodat dit voorspelbaar en haalbaar is voor zorgaanbieders.
- 2.7 De stappen die worden gezet ten aanzien van de IV moeten aansluiten bij de bestuurlijke afspraken die in het voorjaar van 2019 gemaakt zijn over de ingroei naar het kwaliteitskader. Voor 2022 en latere jaren is de samenhang met de reeds gepubliceerde indicatieve tarieven voor 2021 van belang in verband met de strategische personeelsplanning van zorgaanbieders (die nu uitgaat van de gepubliceerde tarieven voor 2021 die aansluiten bij € 2,1 miljard).
- 2.8 Indien zorgaanbieders nog onvoldoende personeel hebben aangenomen om te voldoen aan het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg moeten zorgkantoren een korting op het tarief kunnen opleggen. De vastgestelde regelgeving moet dusdanig zijn, dat voor zorgaanbieders die achterlopen in het aannemen van extra personeel een redelijkerwijs kostendekkend tarief kan worden afgesproken dat in lijn is met hun personele inzet.
- 2.9 Het systeem van de zorgzwaartebekostiging en de contracteerruimte als financieel beheersinstrument blijven bestaan. De NZa onderzoekt hoe deze samenhang er precies uitziet. De uitkomsten van de integrale vergelijking worden gekoppeld met het verdeelmodel. Hierbij mogen er geen ongewenste effecten voor de zorgkantoren ontstaan om aan hun zorgplicht te voldoen.
- 2.10 Omdat de kapitaallasten volledig in de tarieven zijn opgenomen en deze volledig onder de contracteerruimte vallen, worden de kapitaallasten ook meegenomen in het model van de integrale vergelijking. Zorgaanbieders dragen eigen verantwoordelijkheid voor hun vastgoed. Het vastgoed dient te voldoen aan de eisen die het kwaliteitskader hieraan stelt. Daarbij wordt rekening gehouden met het feit dat de kapitaallasten op korte termijn niet of slechts beperkt zijn te beïnvloeden.

### **3. Gehanteerde gegevens**

- 3.1 De NZa streeft naar zo laag mogelijke administratieve lasten van de IV. Deze mogen niet hoger zijn ten opzichte van het reguliere kostenonderzoek voor de onderbouwing van Wlz-tarieven. De lasten worden verder zoveel mogelijk beperkt door de uitvraag af te stemmen met de sector en aansluiting te zoeken bij KIK-V en de daar te ontwikkelen methode van bronontsluiting.
- 3.2 De gehanteerde data dienen valide en compleet te zijn. Hierbij dient het aspect van fraudegevoeligheid worden meegenomen.
- 3.3 De zorgaanbieders zitten tot 2022 nog in de ingroefase van het kwaliteitskader. Dat betekent dat ze volgens de bestaande beleidstheorie nog niet volledig kunnen voldoen aan de normen van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Dit werkt door in de kostengegevens van de aanbieders, die daardoor nog niet op het niveau van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg hoeven te liggen. Partijen (NZa, ActiZ, ZN, ZINL en IGJ) ontwikkelen gezamenlijk een lijn hoe hiermee om te gaan, waarover de NZa zal rapporteren.

### **4. Uitlegbare uitkomsten**

- 4.1 De uitkomsten dienen herkenbaar te zijn bij de veldpartijen. NZa streeft ook naar voldoende medewerking van een grote groep zorgaanbieders bij de ontwikkeling.
- 4.2 Om draagvlak te creëren voor het model biedt de NZa inzicht over wat wordt verstaan onder de beïnvloedbare en niet beïnvloedbare factoren. Duidelijk moet zijn welke factoren op welke wijze concreet zijn meegenomen in de tariefstelling.
- 4.3 De uitkomsten moeten uitlegbaar en inzichtelijk zijn voor zorgaanbieders. De besluiten bieden concrete handvatten voor leren en verbeteren van de organisatie en de bedrijfsvoering. Het is noodzakelijk dat zorgaanbieders en zorgkantoren weten waarop ze kunnen sturen en waarop de efficiëntiescore van de NZa is gebaseerd.

### **5. Toezicht NZa**

- 5.1. Prikkels voor doelmatigheid (realiseren van efficiencyopdracht) en mogelijkheden voor macrobeheersing moeten in het model goed geborgd zijn. Het is dus van belang dat zorgkantoren vanuit het model voor de IV informatie krijgen op welke beïnvloedbare factoren zij concreet kunnen sturen bij de zorgaanbieders om de efficiencyopdracht te realiseren. Het is aan de zorgkantoren zelf te bepalen hoe zij deze informatie aanwenden in de inkoopgesprekken.
- 5.2. Het moet voor de zorgkantoren ook duidelijk zijn wat de NZa als toezichthouder op de zorgkantoren verwacht. Een heldere toezichtvisie van de NZa op de zorgkantoren is daarbij onmisbaar. De NZa levert die visie voordat de minister een definitief besluit neemt over de toepassing van de integrale vergelijking.