

Vergaderjaar 2020–2021

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 543

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 25 januari 2021

Met deze brief informeer ik uw Kamer over de adviesrapportage van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over een integrale vergelijking (afgekort als «IV») voor de bekostiging van de verpleeghuiszorg die ik op 22 december 2020 heb ontvangen en is opgenomen als bijlage¹. In dit advies gaat de NZa in op de uitkomsten van de nulmeting die zij heeft uitgevoerd en op de beleidsmatige aspecten die samenhangen met de IV. De NZa adviseert een doorontwikkeling in 2021 op basis van de nulmeting. Zij adviseert om eind 2021 een besluit te nemen over het vervolg van de IV en specifiek over een eventuele vervolgmeting.

Tot mijn grote waardering is de NZa erin geslaagd om – ondanks de grote impact van de corona-uitbraak – dit adviestraject samen met veel betrokken partijen op een zorgvuldige manier vorm te geven.

Hoofdpunten uit deze brief:

- De NZa is bezig met het ontwikkelen van een benchmarkmodel (de IV), waarmee kostenverschillen tussen verpleeghuizen inzichtelijk worden gemaakt. Met de IV onderzoekt de NZa welke kosten aanbieders in vergelijkbare omstandigheden maken om kwalitatief goede verpleeghuiszorg te bieden. Daarvoor is afgelopen jaar een nulmeting gedaan onder verpleeghuizen. Op basis van deze nulmeting, de duiding van de uitkomsten met zorgaanbieders en een consultatie met partijen heeft de NZa een adviesrapport opgeleverd.
- De NZa adviseert om de nulmeting in 2021 verder door te ontwikkelen en aanvullende analyses te doen. De NZa adviseert om nu nog geen vervolgmeting op te starten, maar om eind 2021 op basis van de inzichten uit de doorontwikkeling hierover een beslissing te nemen. Dit kan dan ook gelijk lopen met inzichten uit de Dialoognota ouderenzorg.

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

- Ik neem dit advies van de NZa over, waarbij het gezien de coronacrisis een belangrijke voorwaarde is dat de zorgaanbieders bij de doorontwikkeling van de nulmeting in 2021 zo min mogelijk worden belast.
- Op basis van de nulmeting constateer ik dat er nog spanning bestaat met een aantal toetsingscriteria die ik bij de ontwikkeling heb gesteld: dit betreft onder meer het toepassen van de IV op de integrale kosten van verpleeghuizen (inclusief de kapitaallasten) en het draagvlak binnen de sector.
- Voor de fase van doorontwikkeling in de aanloop naar het besluit over de eventuele vervolgmeting zijn dit belangrijke aandachtspunten.
- De NZa adviseert mij, in het kader van een goede werking van het model van de IV, een wetwijziging in gang te zetten die haar de bevoegdheid geeft om bedrijfsgevoelige informatie van zorgaanbieders te delen met andere zorgaanbieders, zonder toestemming van de desbetreffende zorgaanbieder. Ik zal de voorbereidende werkzaamheden in gang zetten, zodat duidelijk is welke juridische aanpassingen noodzakelijk zijn en wat de implicaties van een dergelijk wetsvoorstel zijn.
- De NZa geeft in overweging om de daadwerkelijke invoering van de IV in de tariefregulering pas plaats te laten vinden als deze gebaseerd kan worden op het structurele niveau voor de kosten behorende bij het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Hierdoor lijkt verder uitstel van de toepassing van de integrale vergelijking in de bekostiging onafwendbaar.

Leeswijzer:

Deze brief gaat in paragraaf 1 in op het verzoek dat ik aan de NZa heb gedaan. Paragraaf 2 geeft vervolgens een toelichting op het model van de IV en de uitkomsten van de nulmeting. In paragraaf 3 ga ik in op het advies van de NZa over de uitkomsten van de nulmeting en de doorontwikkeling. De NZa beschrijft in haar advies een aantal aspecten die samenhangen met de IV. Daar ga ik in het vervolg van mijn brief op in. Dit betreft de volgende paragrafen:

- (4) de relatie tussen tariefstelling en kwaliteit
- (5) transparantie en het delen van informatie
- (6) een toekomstvisie voor integrale en passende ouderenzorg
- (7) de relatie tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de verpleeghuiszorg.

Per onderwerp (4 t/m 7) geef ik na een korte samenvatting van het advies mijn beleidsreactie. Paragraaf 8 gaat tot slot kort in op de beleidsmatige toetsingscriteria die eind 2021 aan de orde zijn bij een besluit over een eventuele vervolgmeting voor de IV.

1. Verzoek aan de NZa

1.1 Verzoek aan de NZa

Via mijn brief van 15 november 2019² heb ik uw Kamer geïnformeerd over mijn verzoek aan de NZa om een nieuw bekostigingsmodel voor de verpleeghuiszorg inclusief bijbehorende impactanalyse te ontwikkelen in de vorm van een integrale vergelijking. Het uitgangspunt bij dit verzoek is dat de NZa onderzoekt of het mogelijk is om per individuele aanbieder een bandbreedte vast te stellen, waarbinnen het zorgkantoor en de zorgaanbieder prijsafspraken maken. Het doel is om hierbij meer rekening te houden met niet-beïnvloedbare (omgevings)factoren waaronder instellingen hun zorg verlenen en om de best presterende instellingen de norm te laten zijn voor de rest. Afgesproken is dat het proces van de

² Kamerstuk 31 765, nr. 455.

ontwikkeling van het nieuwe model met de NZa, ZN, ActiZ en Zorginstituut Nederland (ZIN) frequent op bestuurlijk niveau wordt afgestemd en dat ik op basis van de uitkomsten van de ontwikkeling en een impactanalyse een besluit zal nemen over de vervolgstappen. Bij deze besluitvorming wordt rekening gehouden met de door partijen vooraf vastgestelde beleidsmatige toetsingscriteria die onderdeel uitmaken van mijn verzoek aan de NZa om een integrale vergelijking te ontwikkelen.

1.2 Proces totstandkoming advies

Op 22 december 2020 heb ik het advies van de NZa ontvangen. De NZa heeft hier het afgelopen jaar met een groot aantal betrokkenen bij de verpleeghuiszorg intensief aan gewerkt. De gegevensuitvraag bij zorgaanbieders ten behoeve van de nulmeting voor de IV heeft de NZa eind 2019 uitgevoerd. De uitkomsten heeft de NZa vervolgens in september 2020 samen met zorgaanbieders gedeeld en zij heeft ten slotte partijen geconsulteerd. Zoals ik uw Kamer op 29 mei 2020³ heb gemeld heeft de NZa bij dit proces rekening gehouden met de effecten van de coronacrisis, waardoor de duiding van de uitkomsten op een later moment en in een andere (coronaproof) vorm heeft plaatsgevonden. De NZa heeft zich daarbij ook goed rekenschap gegeven van een aantal bezwaren en vragen die door verschillende zorgaanbieders naar voren zijn gebracht rond de ontwikkeling en invoering van de IV. Ik benadruk dat graag mede in verband met het verzoek van uw Kamer om een afschrift te ontvangen van mijn reactie op de brief van Sevagram, namens meerdere VVT-instellingen in Limburg m.b.t. data uitvraag integrale vergelijking.⁴

Het advies bevat nog geen bijbehorende impactanalyse. De NZa geeft hierover aan dat deze inzichten nog niet volledig zijn. De NZa geeft aan dat zij in 2021, in het kader van de doorontwikkeling van de nulmeting, een aanvullende analyse wil uitvoeren naar de financiële impact van de uitkomsten uit de nulmeting voor zorgaanbieders.

2. Het basismodel en de uitkomsten van de nulmeting

2.1 Wat is de IV (achtergrond)?

Op 25 maart 2019 heeft de NZa een integraal advies uitgebracht voor de bekostiging van de verpleeghuiszorg.⁵ De NZa heeft hierin voorgesteld om samen met zorgaanbieders een proces vast te stellen waarbij een IV tussen zorgaanbieders wordt gedaan. In mei 2019 heb ik de NZa gevraagd om een plan van aanpak op te stellen waarin zij beschrijft op welke wijze zij een IV uitvoert.⁶ De NZa heeft dit plan van aanpak in juli 2019⁷ opgeleverd, inclusief een aanvulling hierop in september 2019 (waarin de NZa een aantal varianten heeft verkend voor de wijze waarop de IV kan worden toegepast).⁸ In dit plan van aanpak heeft de NZa haar idee van een bekostigingsmodel van een IV voor de verpleeghuiszorg verder uitgewerkt.

³ Kamerstuk 34 104, nr. 280.

⁴ Brief van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 20 december 2020. Omdat de zorgen die Sevagram naar voren bracht breder leefden binnen de sector heb ik met Sevagram afgesproken hierover een brief te sturen naar ActiZ, zodat de brancheorganisatie haar leden hier verder over kon informeren. In de bijlagen treft u een afschrift van deze brief aan ActiZ van 3 december 2019 waarin ik inga op de geuite zorgen en het zorgvuldige ontwikkeltraject dat ik met partijen heb afgesproken. Daarmee voldoe ik aan het verzoek van uw Kamer. Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

⁵ Kamerstuk 31 765, nr. 403.

⁶ Bijlage bij Kamerstuk 31 765, nr. 411.

⁷ Kamerstuk 31 765, nr. 433.

⁸ Bijlage bij Kamerstuk 31 765, nr. 455.

Op grond van deze analyse heb ik besloten om -met inachtneming van een aantal beleidsmatige toetsingscriteria- in te stemmen met de ontwikkeling van de IV op basis van de voorkeursmethode van de NZa.

De IV kent drie doelstellingen:

- 1) Borgen dat het kwaliteitskader verpleeghuiszorg tegen de meest efficiënte kosten wordt gerealiseerd;
- 2) Het leveren van zorg volgens het kwaliteitskader verpleeghuiszorg bereikbaar maken voor alle zorgaanbieders;
- 3) Stimuleren van leren en verbeteren tussen zorgaanbieders op het gebied van doelmatigheid door verschillen inzichtelijk te maken.

De IV is een methode om tarieven vast te stellen op basis van een vergelijking tussen kosten van instellingen. Met de IV wordt rekening gehouden met de omstandigheden waarin zorgaanbieders zorg leveren. Er wordt inzichtelijk gemaakt welke kosten verpleeghuizen in vergelijkbare situaties maken en welke verpleeghuizen op een efficiënte manier zorg leveren. De uitkomsten van de IV zijn drieledig:

- 1) De methode wijst voor elk zorgaanbieder een of meer zorgaanbieders aan die vergelijkbare zorg in vergelijkbare situaties tegen de minste kosten kunnen leveren. Dit zijn de zogenoemde «peers»;
- 2) De kosten van de peer(s) zijn voor de vergelijkbare zorgaanbieders de minimale kosten om aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg te kunnen voldoen;
- 3) Voor elke aanbieder wordt een efficiëncyscore berekend. Deze scores zijn uitgedrukt als percentage van minimale kosten ten opzichte van de eigen kosten van de zorgaanbieder.

Op basis van deze uitkomsten kan de NZa voor elke aanbieder een bandbreedte met een minimumtarief en maximumtarief vaststellen, waarbinnen het zorgkantoor en de zorgaanbieder prijsafspraken maken. Het minimumtarief moet toereikend om de redelijkerwijs te maken kosten voor verpleeghuiszorg volgens het kwaliteitskader verpleeghuiszorg, te leveren.

2.2 Wat zijn de uitkomsten van de nulmeting?

In 2019 is de NZa samen met het veld gestart met een nulmeting. Deze

data uitvraag is benut voor de ontwikkeling van een basismodel. De NZa heeft dit proces op een zorgvuldige wijze georganiseerd en begeleid. Ik ga in het vervolg in op de aanpak en de uitkomsten van de nulmeting.

- De NZa heeft voor de nulmeting bij 325 zorgaanbieders de personele en materiële kosten en de productiegegevens over 2018 opgevraagd op basis van een gestandaardiseerd format. Dit betrof alle zorgaanbieders waarvan bekend was dat ze in 2018 voor meer dan 1 miljoen euro aan omzet hadden voor zorg die valt onder het kwaliteitskader verpleeghuiszorg (VV zzp/vpt 4 t/m 10).
- Er zijn 286 zorgaanbieders die gegevens hebben aangeleverd («templates»). De kwaliteit van de aangeleverde data van zorgaanbieders was niet altijd volledig en/of van onvoldoende kwaliteit om te worden meegenomen in de nulmeting. Uiteindelijk zijn al deze 286 zorgaanbieders meegenomen in de analyse. Daarbij zijn er 109 aanbieders, waarvan de aangeleverde kostengegevens van voldoende kwaliteit waren, meegenomen in de referentieset. De referentieset bevat de potentiële «peers». De NZa heeft op basis van de ingevulde formats personele kosten bijgeschat, omdat de kosten die in 2018 zijn gemaakt niet op het structurele niveau zitten om aan het kwaliteitskader te voldoen. De bijgeschatte kosten bedragen gemiddeld ongeveer 20% van de totale kosten.

- Op basis van de nulmeting zijn de aanbieders gekoppeld aan 34 peers. Deze 34 peers beogen meer inzicht te geven in de minimale kosten die nodig zijn om zorg te kunnen leveren volgens het kwaliteitskader verpleeghuiszorg.
- Voor elk van de 109 zorgaanbieders is een efficiëncyscore berekend, waarbij de 34 peers een efficiëncyscore hebben van 1 omdat zij zorg leveren tegen de laagst mogelijke kosten. Uit deze analyses kwam naar voren dat de efficiëncyverschillen tussen de peers en de gemiddelde zorgaanbieder ongeveer 7% zijn. Dit betekent dat de gemiddelde kosten ongeveer 7% hoger zijn dan de kosten van de peers.

Om te komen tot een vergelijking, is er een aantal modelkeuzes gemaakt. Uit het adviesrapport blijkt dat het basismodel dat in de nulmeting van de IV is gebruikt alleen kijkt naar de kosten die een zorgaanbieder maakt om een bepaalde combinatie van productie te leveren. Ook is de NZa in de nulmeting uitgegaan van het geheel van kosten en productie horend bij de verpleeghuiszorg. Deze omvatte niet alleen zorg die valt onder de reikwijdte van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg (VV zzp/vpt 4 t/m 10), maar ook eventueel aanverwante productie (bij veel zorgaanbieders bijvoorbeeld eerstelijnsverblijf of geriatrische revalidatie). Ten slotte zijn de kosten van het vastgoed en inventaris in de nulmeting buiten beschouwing gebleven en is een «bijschatting» gedaan voor de personele meerkosten. Deze modelkeuzes resulteren in het basismodel dat in de nulmeting van de IV is gebruikt. De NZa noemt dit het basismodel omdat het bij de doorontwikkeling verder kan worden uitgebreid (met bijvoorbeeld factoren zoals de sociaaleconomische status van de wijk waar zorg geleverd wordt).

Naar aanleiding van het basismodel en de nulmeting heeft de NZa geconcludeerd dat de IV een bruikbare methode is om de bovengenoemde uitkomsten te verkrijgen (koppeling met peers, de minimale kosten per aanbieder en de efficiëncyscore). De NZa geeft verder aan dat de richting en grootte van de gevonden efficiëncyverschillen van 7% een goede eerste indruk bieden en dat er dus potentiële verbeterruimte is. Om echter uitspraken te kunnen doen over het effect van niet beïnvloedbare factoren (zoals de regio waar de zorg geleverd wordt of specifieke doelgroepen) op de scores, en om het minimumkostenniveau of eventueel tariefeffect vast te kunnen stellen wordt aangegeven dat het noodzakelijk is om op individueel niveau de data te verbeteren en om meer zicht te hebben op de werkelijke kosten die het kwaliteitskader verpleeghuiszorg met zich meebrengt.

De uitkomsten van de nulmeting zijn na de analysefase met de zorgaanbieders geduid. Zorgaanbieders geven aan dat de uitkomsten nog moeilijk te interpreteren zijn. Dit heeft er o.a. mee te maken dat (a) kosten zijn bijgeschat, (b) de referentieset gebaseerd is op een beperkt aantal instellingen waardoor niet alle regio's voldoende vertegenwoordigd zijn in de dataset en (c) vanwege het feit dat de zorgaanbieder alleen inzicht heeft in zijn eigen uitkomsten. Zorgaanbieders hebben deze nog niet kunnen vergelijken met andere zorgaanbieders, onder andere vanwege de juridische beperkingen hieromtrent (zie ook paragraaf 5).

Partijen die hebben meegedaan aan de consultatiefase geven aan dat de nulmeting en rapportage interessante en bruikbare informatie geven, maar dat er ook nog verschillende open vraagstukken zijn. Zij constateren met de NZa dat de toepassing in de regulering niet alleen om doorontwikkeling op verschillende onderwerpen vraagt, maar ook om heldere (politieke) afwegingen. Ook zien zij dat het belangrijk is om een relatie tussen de bekostiging en kwaliteit te leggen, maar dat de invulling daarvan op dit moment nog lastig blijkt. Het onderzoek onderstreept

volgens alle betrokkenen de grote complexiteit van de IV. Tot slot geeft de NZa in haar advies aan dat door de betrokken partijen de noodzaak voor een integrale benadering van de ouderenzorg is benadrukt.

De NZa geeft aan dat de duiding met zorgaanbieders en ook de consultatiefase met partijen een breed scala aan signalen en inzichten gaf over hoe de nulmeting is ervaren door zorgaanbieders en andere stakeholders. De uitkomsten en de verkregen input hebben bijgedragen aan het opstellen van een voorstel voor de vervolgstappen die zijn opgenomen in het adviesrapport.

3. Advies NZa over uitkomsten nulmeting

Advies NZa

De NZa concludeert dat verdere doorontwikkeling noodzakelijk is om de IV te kunnen gebruiken in de regulering. De IV kan een belangrijk hulpmiddel zijn om bijvoorbeeld verschillen tussen aanbieders inzichtelijk te maken en helpt daarmee zorgaanbieders om van elkaar te leren en te verbeteren. De NZa adviseert in verband met de druk op de zorg door het coronavirus dit jaar geen nieuwe data uitvraag te doen. Daarbij geeft zij aan dat een nieuwe data uitvraag in 2021 maar beperkte meerwaarde zou hebben omdat de kosten nog niet op het structurele niveau van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg liggen en doordat de gegevens over kosten en kwaliteit over 2020 als gevolg van de crisis niet representatief zijn. In plaats van een vervolgmeting wil de NZa een doorontwikkeling van de nulmeting uitvoeren zodat op die manier gezamenlijk kan worden gewerkt aan de openstaande vraagstukken en aan de begrijpelijkheid van de IV.

- 1) De NZa geeft aan dat uit de duiding van de nulmeting onder meer is gebleken dat er een breed gedragen behoefte bestaat aan:
- 2) inzichten op regionaal niveau en analyses van de financiële impact van de IV;
- 3) handvatten voor de toepassing van de IV;
- 4) het verlagen van de administratieve lasten en het verbeteren van de datakwaliteit.

Deze drie elementen wil de NZa meenemen in de verdere doorontwikkeling van de IV op basis van de gegevens uit de nulmeting. Onderstaand worden deze drie onderdelen uit het advies kort samengevat, waarna ik mijn beleidsreactie geef op dit advies om in 2021 een doorontwikkeling van de nulmeting uit te voeren.

De NZa geeft voorts aan met mij in gesprek te willen over:

- inzet om te komen tot transparantie over kwaliteit;
- in gang zetten benodigde wetswijzigingen (tariefsoort en gegevensuitwisseling);
- integrale benadering ouderenzorg;
- toepassen IV op integrale kosten verpleeghuizen (inclusief kapitaallasten).

In het vervolg van mijn brief zal ik nog afzonderlijk ingaan op deze aspecten.

3.1 Inzicht op regionaal niveau en financiële impactanalyse

De NZa geeft in het advies aan dat zij in de doorontwikkeling aan de slag wil met het vraagstuk om meer inzicht te geven op regionaal niveau. Om zorgvuldige conclusies over regionale effecten te kunnen trekken, is het van belang dat alle regio's op een goede manier worden vertegenwoordigd in de analyse. De NZa geeft aan dat het daarvoor wenselijk is

om te proberen de data-kwaliteit verder te verbeteren of (als dat niet lukt) om de analyse toe te spitsen op de regio's waarover wel voldoende informatie beschikbaar is. De uitkomsten kunnen vervolgens in regionaal overleg nader worden geduid.

Verder is, zoals hiervoor aangegeven, nog geen impactanalyse uitgevoerd. De NZa geeft aan dat aanvullend onderzoek nodig is om meer inzicht te krijgen in de financiële impact van de IV voor individuele aanbieders. In de huidige nulmeting zijn behalve de personele en materiële kosten van verpleeghuiszorg ook de kosten van aanverwante productie meegenomen. Om te komen tot de minimale kosten, die nodig zijn voor het kwaliteitskader verpleeghuiszorg (exclusief deze aangrenzende productie), is het noodzakelijk om de kosten op een juiste wijze te splitsen. De NZa geeft aan dat het moeilijk en administratief belastend is om de kosten van andere zorg (bij veel zorgaanbieders bijvoorbeeld thuiszorg, eerstelijnsverblijf of geriatrische revalidatie) nauwkeurig uit te sluiten, zodat dit nadere afstemming vergt met experts uit de sector.

3.2 Handvatten voor de toepassing van de IV

Zoals hiervoor ook aangegeven is in de duiding en de consultatiefase naar voren gekomen dat partijen de IV als complex ervaren en dat dit een belemmering vormt om de uitkomsten een rol te laten spelen bij de zorginkoop en bij het leren en verbeteren door zorgaanbieders. De NZa wil daarom in de doorontwikkeling samen met het veld handvatten opstellen om de uitkomsten van de IV op een passende en eenvoudige manier te kunnen gebruiken (bijvoorbeeld door middel van een praktische pilot).

3.3 Het verlagen van de administratieve lasten en het verbeteren van de datakwaliteit

De NZa wil in de doorontwikkeling onderzoek doen naar de vermindering van administratieve lasten bij de IV voor de verpleeghuiszorg. Hierbij wil zij onder meer kijken naar de mogelijkheden om de gegevensuitvraag minder belastend te maken. Dat kan door gebruik te maken van openbare informatiebronnen zoals DigiMV en de gegevens uit het KiK-V traject (Keteninformatie Kwaliteit Verpleeghuiszorg). Ook wil de NZa bezien of voor kleinere zorgaanbieders de uitvraag kan worden beperkt en vereenvoudigd.

Beleidsreactie

Ik onderschrijf de conclusie van de NZa dat verdere doorontwikkeling noodzakelijk is om een besluit te nemen over of en hoe de uitkomsten van IV te kunnen gebruiken. Dit komt naar voren uit het advies waarin een breed scala aan signalen, inzichten en beleidsmatige aspecten die samenhangen met de IV op een duidelijke en overzichtelijke wijze is opgenomen. Ik ben het daarnaast ook met de NZa eens dat de aandacht van bestuurders en zorgverleners, zeker nu we te maken hebben met een coronacrisis, vooral uit moet gaan naar het leveren van veilige en verantwoorde zorg, zodat een nieuwe data uitvraag niet opportuun is.

Ik neem daarom het advies van de NZa over en verzoek haar om in 2021 verder te gaan met de doorontwikkeling van de nulmeting, op de onderdelen die bovenstaand beschreven zijn. Zo kan verder gewerkt worden aan openstaande vraagstukken en aan de robuustheid en uitlegbaarheid van de IV. Ik zal de NZa vragen een plan van aanpak op te stellen voor deze doorontwikkeling van de nulmeting, waarbij het uitgangspunt is dit een minimale belasting zal vormen voor de zorgaanbieders.

Eind 2021 zal het kabinet vervolgens een besluit nemen over het vervolg van het ontwikkeltraject van de IV met inachtneming van de beleidsmatige toetsingscriteria. De NZa geeft aan dat het voor de hand ligt om de IV pas een plek in de regulering te geven als de integrale vergelijking kan worden gebaseerd op een jaar waarin de sector is ingegroeid in het kwaliteitskader. Dat is het geval in het jaar 2022. Dit leidt er naar verwachting wel toe dat de IV niet in 2023, wat nog de verwachting was toen ik uw Kamer op 29 mei 2020⁹ informeerde, maar pas op een later moment kan worden gebruikt in de tariefregulering. De keuze om pas eind 2021 een besluit te nemen over een eventuele vervolgmeting leidt dus niet tot vertraging.

Ik wil hierbij wel een viertal aspecten benoemen die in het advies zijn opgenomen en die ik van belang vind voor een zorgvuldig ontwikkelproces.

- (1) In het advies geeft de NZa aan dat zij de doorontwikkeling wil gebruiken om de administratieve lasten te verlagen en de datakwaliteit wil verbeteren. Deze intentie ondersteun ik volledig; het streven naar zo laag mogelijke administratieve lasten vormt ook één van de toetsingscriteria. Ik constateer echter ook dat er een spanningsveld bestaat tussen enerzijds de beperking van de administratieve lasten en anderzijds de robuustheid van het model. In paragraaf 8 kom ik hierop terug.
- (2) Zoals hiervoor ook aangegeven houdt het basismodel nog geen rekening met exogene factoren zoals de wijk of de regio waarin de zorg wordt geleverd. Het gebruik van IV voor de tariefregulering vereist wel dat rekening wordt gehouden met die factoren. Een zorgaanbieder kan immers slechts als zogenoemde «peer» voor andere zorgaanbieders worden aangewezen indien hij vergelijkbare zorg in vergelijkbare situaties levert.
- (3) Verder is nog een vervolgstap nodig om de aangrenzende zorg zoals eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatie af te splitsen van het basismodel.
- (4) Tot slot heeft de NZa op basis van de ingevulde formats kosten bijgeschat omdat de kosten die in 2018 zijn gemaakt niet op het structurele niveau zitten om aan het kwaliteitskader te voldoen. De bijgeschatte kosten bedragen ongeveer 20% van de totale kosten. Een dergelijke bijstelling zal over het jaar 2022 naar verwachting niet meer nodig zijn, zoals hiervoor uiteengezet.

4. Relatie tariefstelling en kwaliteit

Advies NZa

De IV moet leiden tot bandbreedtes die voor alle aanbieders van verpleeghuiszorg hoog genoeg zijn om zorg te leveren volgens het geldende kwaliteitskader verpleeghuiszorg. De bandbreedtes moeten de redelijkerwijs te maken kosten voor de zorgverlening dekken. Het advies van de NZa laat zien dat de relatie tussen tariefstelling en kwaliteit op dit moment nog moeilijk kan worden gelegd. Voordat een IV kan worden gebruikt om individuele bandbreedtetarieven per aanbieder vast te stellen is en blijft het een belangrijk toetsingscriterium dat duidelijk moet zijn hoe, op grond van welke informatie en door welke partij is bepaald dat een zorgaanbieder voldoet aan het kwaliteitskader verpleeghuiszorg of niet. Zonder voldoende inzicht in de kwaliteit kan immers niet worden bepaald of een aanbieder zorg levert volgens het kwaliteitskader en dus model kan staan voor andere aanbieders. Daarmee ontbreekt de basis voor een integrale vergelijking.

⁹ Kamerstuk 34 104, nr. 280.

In haar advies geeft de NZa aan dat een eerste stap bij de IV kan zijn om de tarieven te baseren op zorgaanbieders die geen maatregel hebben gekregen van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: IGJ). Maar de NZa geeft aan dat het duidelijk is dat dit niet meer kan zijn dan een bescheiden eerste stap, aangezien de lat van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg hoger ligt dan de lat die de IGJ in beginsel hanteert bij haar toezicht op de basisveiligheid.

Beleidsreactie

Ik vind het, gelijk de ambitie van de NZa, belangrijk om meer transparantie over de kwaliteit van de verpleeghuiszorg per zorgaanbieder te krijgen. Zoals de NZa aangeeft vergt dit dat het veld actief aan de slag is met het verzamelen en bruikbaar maken van hiervoor benodigde informatie. Een eerste grote stap hiertoe wordt gezet met het programma Keteninformatie Kwaliteit Verpleeghuiszorg (KIK-V), waarin de NZa, zorgkantoren, de IGJ, zorgaanbieders, het Zorginstituut en VWS participeren. Doel van het programma is het stroomlijnen van de uitwisseling van kwaliteitsinformatie, het beter afstemmen van nieuwe uitvragen en het meer hergebruiken van informatie. Alles met het oog op een betere (informatie)kwaliteit in de verpleeghuiszorg en minder administratieve lasten.

Aanvullend hierop zal ik de stuurgroep kwaliteitskader verpleeghuiszorg vragen om op basis van deze informatie over de kwaliteit van geleverde verpleeghuiszorg meer inzicht te geven in welke mate zorgaanbieders voldoen aan het kwaliteitskader. Dit om te voorkomen dat een aanbieder die lage kosten heeft maar zorg levert die niet voldoet aan het niveau van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg ten onrechte wordt aangewezen als meest efficiënte aanbieder («peer»). Op basis hiervan kan worden bezien of het mogelijk is om voldoende inzicht te krijgen in de kwaliteit per zorgaanbieder, zodat de NZa deze inzichten kan gebruiken bij de verdere ontwikkeling van de IV.

5. Transparantie en delen van informatie

Advies NZa

De NZa geeft aan dat alle partijen waarbij zij de nulmeting en het conceptadvies heeft geconsulteerd de IV (te) complex vinden. Dit hangt volgens de betrokkenen samen met vragen over de werking van het model, de techniek en de beperkte data-kwaliteit. Ook is aangegeven dat de grote complexiteit voor een deel komt door het gebrek aan transparantiemogelijkheden (omdat de wettelijke mogelijkheden daarvoor nog beperkt zijn). Er is door partijen opgeroepen tot complexiteitsreductie om de begrijpelijkheid van het model en de uitkomsten te vergroten.

De NZa geeft aan dat het voor het realiseren van de doelstellingen van de IV belangrijk is om meer gegevens uit het model te kunnen delen. Dit geldt voor zowel de doorontwikkeling van het model, het leren en verbeteren op basis van het model en – te zijner tijd – de onderbouwing van de tarieven. De NZa adviseert daarom om een wettelijke basis te creëren voor het delen van informatie die noodzakelijk is voor het model van de IV en de wetswijziging tijdig in gang te zetten.

Beleidsreactie

In het eerder opgestelde plan van aanpak voor de IV van de NZa was niet voorzien dat het voor de ontwikkeling van het model van de IV cruciaal zou zijn om bedrijfsvertrouwelijke informatie te delen met alle andere

zorgaanbieders. In de latere uitwerking van de varianten heeft de NZa aangegeven dat de mogelijkheden hierin zullen worden verkend. Het is op dit moment niet toegestaan dat de NZa herleidbare (bedrijfs)vertrouwelijke gegevens over een zorgaanbieder verstrekt aan andere partijen dan die zorgaanbieder zelf.

Uit het adviesrapport volgt dat de voorgestelde doorontwikkeling van de nulmeting in 2021 mogelijk is zonder deze wetswijziging.

Het opvolgen van het advies betekent dat concurrentiegevoelige informatie van een zorgaanbieder aan andere zorgaanbieders moet worden verstrekt. Die informatie kan de mededinging op de zorgverleningsmarkt beïnvloeden. De NZa vermeldt in haar advies dat op grond van het huidige mededingingsbeleid van de Autoriteit Consument en Markt (ACM) de zorgaanbieders in principe geen concurrentiegevoelige informatie mogen delen. De verstrekking door de NZa vindt plaats zonder dat de betrokken zorgaanbieder daarvoor zijn toestemming hoeft te hebben gegeven. De zorgaanbieder heeft vaak economische belangen bij bescherming van zijn bedrijfsvertrouwelijke informatie. Het in gang zetten van het wetsvoorstel vereist dat de (potentiële) inbreuk op de mededinging en op het economisch belang van zorgaanbieder opweegt tegen het belang van de informatiedeling.

De doelen van die informatiedeling zijn:

- a) de verdere ontwikkeling van het model voor de IV;
- b) het leren en verbeteren op basis van de uitkomsten van de IV model;
- c) het mogelijk gebruik van de uitkomsten van de IV voor de tariefregulering (er bestaat immers nog geen zekerheid of hiertoe kan worden besloten);

De verdere ontwikkeling van het model voor de IV en het leren en verbeteren op basis van de uitkomsten van de IV bevorderen de efficiency van de zorgaanbieders.

Het oordeel van de ACM over de inbreuk op de mededinging speelt een rol bij de bovenbedoelde belangenafweging. De EU-regelgeving moet bovendien niet in de weg staan aan de uitwisseling van concurrentiegevoelige gegevens. Ik zal de voorbereidingen laten treffen voor het maken van de bovenbedoelde belangenafweging, zodat duidelijk is welke juridische aanpassingen noodzakelijk zijn en wat de implicaties van een dergelijk wetsvoorstel zijn.

6. Toekomstvisie voor integrale en passende ouderenzorg

Advies NZa

De NZa adviseert om de ouderenzorg integraal te benaderen. Deze brede aanpak is nodig om de uitdagingen van de ouderenzorg (zoals de sterk toenemende zorgvraag samen met de personeelskrapte) meer het hoofd te kunnen bieden en helpt bij een aantal vraagstukken die een rol spelen bij de integrale vergelijking (zoals het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en de daarbij lopende discussies over personeelsinzet).

Bij de verdere uitwerking van de integrale ouderenzorg en bij de doorontwikkeling van de integrale vergelijking, is het belangrijk dat de trajecten bij elkaar aansluiten en elkaar versterken¹⁰. De NZa geeft aan dat de IV zich nu richt op de verpleeghuiszorg (omdat het kwaliteitskader verpleeghuiszorg dat ook doet). Daarnaast wordt in het advies gerefereerd aan het

¹⁰ Dat betekent dat daarbij ook rekening moet worden gehouden met ontwikkelingen bij de wijkverpleging.

advies van het ZIN en de NZa over gelijkgerichte samenwerking en passende zorg (adviesrapport «Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú»¹¹).

Beleidsreactie

Ik vind het belangrijk om de ouderenzorg vanuit een breed perspectief te bekijken. Het aantal ouderen neemt de komende decennia toe. Het aandeel 75-plussers in de bevolking zal stijgen van acht procent nu naar bijna twaalf procent in 2030. In 2030 zullen er ruim twee miljoen 75-plussers zijn, zo'n 600.000 meer dan nu. De groep 85-plussers, die relatief veel zorg nodig heeft, zal toenemen van circa 380.000 mensen nu, tot bijna 540.000 mensen in 2030.¹²

Deze toename van het aantal ouderen stelt ons voor de vraag hoe we de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid ook in de toekomst kunnen borgen. De komende maanden ga ik hierover het gesprek aan met het veld op grond van de dialoognota ouderenzorg. Deze dialoognota bevat verschillende maatregelen om de zorg en ondersteuning aan (kwetsbare) ouderen in de toekomst te kunnen borgen. Begin 2021 zal deze dialoognota breed in consultatie gaan. Dit consultatieproces loopt tot maart. Op basis van de consultatie wordt de dialoognota aangepast en na de verkiezingen openbaar gemaakt als input voor een nieuw kabinet.¹³ Het brede maatschappelijke debat stopt daarmee niet en wordt gedurende 2021 gefaciliteerd door een externe partij. Ik vind het belangrijk om de IV in dit bredere perspectief te plaatsen, zodat de bekostiging ondersteunend is aan de gewenste beleidsontwikkelingen.

7. Tariefregulering: relatie kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Advies NZa

In haar adviesrapport geeft de NZa aan dat er, teneinde de doelen van de IV goed tot hun recht te laten komen in de tariefregulering, vooraf een heldere politieke keuze moet worden gemaakt ten aanzien van de publieke belangen betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit.

Zorgaanbieders zijn juridisch gebonden aan de eisen van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Het voldoen aan dat kwaliteitskader maakt onderdeel uit van de goede verpleeghuiszorg die de zorgaanbieders dienen te leveren. De tarieven moeten daarom voldoende hoog zijn om de redelijkerwijs te maken kosten voor goede verpleeghuiszorg te kunnen dekken. Dit maakt volgens de NZa dat de spanning binnen de zogenoemde driehoek van kwaliteit, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg sneller zichtbaar wordt.

In haar adviesrapport geeft de NZa aan dat het verankeren van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg aan veel onderdelen van een reguleringsmodel raakt. Een reguleringsmodel is een samenhangend geheel van activiteiten en verantwoordelijkheden van de NZa maar ook door andere organisaties. Hierin spelen naast de tarieven van de NZa, bijvoorbeeld ook de inkooprol van het zorgkantoor en de macrobeheersing van de zorguitgaven vanuit het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Wanneer blijkt dat voor de macro beschikbaar gestelde middelen het kwaliteitskader verpleeghuiszorg niet meer geborgd kan worden,

¹¹ Kamerstuk 31 765, nr. 536.

¹² Bijlage bij Kamerstuk 31 765, nr. 511 Oud en zelfstandig in 2030. Aangepast REISadvies, Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen, 2 juli 2020.

¹³ Zie Kamerstuk 35 570 XVI, nr. 180, Stand van zaken moties en toezeggingen VWS kerst 2020.

bijvoorbeeld door onverwachte volumegroei of door structurele kostenverhogingen in de sector, zal de verhouding (balans) tussen de driehoeken door de politiek heroverwogen moeten worden.

De NZa geeft aan dat in het bekostigingssysteem niet alle principes volledig leidend kunnen zijn. Een IV kan alleen tot zijn recht komen wanneer dit weloverwogen gebeurt en wanneer (vooraf) heldere politieke keuzes worden gemaakt welke publieke belangen (betaalbaarheid, toegankelijkheid en/of kwaliteit) leidend zijn. Deze keuze blijkt volgens de NZa niet uit de beleidsmatige toetsingscriteria.

De NZa wijst er verder op dat het kwaliteitskader verpleeghuiszorg ongeclusterde zorg uitsluit, maar dat het onderscheid tussen geclusterde zorg (waarbij de zorgverlening die wordt geleverd meer aansluit bij de intramurale zorgverlening, maar dan op basis van het scheiden van wonen en zorg) en niet-geclusterde zorg vpt (waarbij de zorgverlening die wordt geleverd verspreid is in de wijk en meer aansluit bij de thuiszorg) bij de leveringsvorm volledig pakket thuis (vpt) niet wordt gemaakt. De NZa adviseert keuzes te maken ten aanzien van dit onderscheid. De NZa geeft aan dat zolang dit onderscheid niet gemaakt wordt, de bekostiging daar niet op aansluit, hetgeen belemmerend kan werken om de beleidsdoelstellingen, zoals het stimuleren van langer thuis wonen en het verbeteren van de kwaliteit van verpleeghuizen, te realiseren.

Beleidsreactie

Een betaalbare, toegankelijke en kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg is cruciaal voor de Nederlandse samenleving. In het beleid staat de borging van deze publieke belangen daarom centraal. Daartoe worden door de overheid publieke randvoorwaarden gesteld aan de verschillende partijen in de zorg, opdat een zo goed mogelijke balans tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid kan worden gevonden. Bij het afwegen van nieuwe beleidsopties zal het telkens gaan om het vinden van een juiste balans tussen de verschillende publieke belangen.

De NZa geeft in het adviesrapport aan dat de politiek de balans in de driehoek kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid moet overwegen indien het budgettaire Wlz-kader ontoereikend zou zijn om het kwaliteitskader verpleeghuiszorg te borgen. Ik zie dit genuanceerder, omdat de vigerende macrobeheersing van het Wlz-kader en de voorwaarden die hierbij gelden met de komst van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg niet zijn veranderd. De contracteer ruimte voor de Wlz moet tarieven mogelijk maken waarmee een zorgaanbieder dekking krijgt voor de redelijkerwijs door hem te maken kosten (kwalitatieve ondergrens) en de contracteer ruimte moet ruimte bieden voor de inkoop van voldoende zorg om het recht op Wlz-zorg van verzekerden tijdig, binnen redelijke termijn (de zgn. Treeknormen), te realiseren.¹⁴

Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg noch een toekomstige IV brengt in deze twee voorwaarden voor de contracteer ruimte verandering. De redelijkerwijs te maken kosten in verband met het kwaliteitskader verpleeghuiszorg behoren tot de redelijkerwijs te maken kosten voor de zorgverlening. Wel zal de IV beperkingen opleveren ten aanzien van de mate waarin zorgkantoren bij de tariefafspraken kunnen korten op de NZa-tarieven, omdat er immers geen tarieven mogen worden afgesproken onder het minimumtarief voor de betreffende aanbieder. Bij een door de NZa genoemde onverwachte volumegroei zal ik – rekening houdend met

¹⁴ Kamerstuk 34 104, nr. 304.

het kwaliteitskader verpleeghuiszorg – een afweging maken of het budgettaire kader moet worden verhoogd.

Ik onderschrijf de constatering van de NZa dat een IV alleen tot zijn recht kan komen wanneer dit weloverwogen gebeurt. Het is daarom van belang dat verder wordt gewerkt aan een model dat voldoet aan de beleidsmatige toetsingscriteria, zoals deze zijn opgenomen in de bijlage bij mijn voornoemde brief aan de Tweede Kamer van 15 november 2019 (Kamerstuk 31 765, nr. 455). In de navolgende paragraaf zal ik hier nog verder op ingaan.

In de tweede voortgangsrapportage van het «project wachtlijsten en capaciteit verpleeghuizen»¹⁵ ben ik ingegaan op het vraagstuk over geclusterd en ongeclusterd vpt. Daarbij heb ik de aanbeveling overgenomen om keuzes te maken ten aanzien van de positionering van het geclusterd en ongeclusterd vpt. Dat betekent dat ik graag samen met de NZa naar oplossingsrichtingen kijk om onderscheid te maken tussen deze vormen van vpt en wil bezien wat dit betekent voor de bekostiging van deze prestaties.

8 Beleidsmatige toetsingscriteria

Omdat bekostiging van verpleeghuiszorg op basis een IV een belangrijke wijziging betekent van de huidige systematiek heb ik bij mijn verzoek aan de NZa een aantal beleidsmatige toetsingscriteria gesteld om te bepalen of en welke vervolgstappen gezet kunnen worden in de toepassing van de IV in de bekostiging. Deze criteria hebben betrekking op achtereenvolgens (1) de rollen en verantwoordelijkheden van partijen in het stelsel, (2) een zorgvuldige invoering, (3) de gehanteerde gegevens en administratieve lasten, (4) uitlegbare uitkomsten en (5) het toezicht door de NZa.

In haar advies gaat de NZa uitgebreid op deze toetsingscriteria in. De NZa heeft zich ingespannen om zoveel mogelijk te kunnen voldoen aan de gestelde criteria.

Uit het advies komt naar voren dat er voor een aantal toetsingscriteria sprake is van een spanningsveld, waarbij het de vraag is of deze alle naar tevredenheid kunnen worden opgelost. In paragraaf 3 van deze brief ben ik hier ook deels op ingegaan. Een finaal oordeel over het voldoen aan (alle) toetsingscriteria is op dit moment nog niet aan de orde. Ik zal hierop terugkomen bij mijn besluit over het doorgaan van een eventuele vervolgmeting eind 2021.

Een belangrijk criterium dat betrekking heeft op de rollen en verantwoordelijkheden gaat over het inzicht in de kwaliteit. Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg is leidend bij de ontwikkeling en toepassing van de IV. De kwaliteit is geen onderdeel van de IV, maar vormt het uitgangspunt waar alle zorgaanbieders in de verpleeghuiszorg (op termijn) aan moeten voldoen. Duidelijk moet zijn hoe, op grond van welke informatie en door welke partij is bepaald dat een zorgaanbieder voldoet aan het kwaliteitskader of niet. Zoals de NZa aangeeft in haar advies dienen op dit vlak nog belangrijke stappen te worden gezet. Zoals hiervoor aangegeven heb ik de stuurgroep kwaliteitskader verpleeghuiszorg gevraagd het voortouw te nemen bij het transparanter maken van de kwaliteit.

Een criterium dat hoort bij een zorgvuldige invoering betreft het meenemen van de kapitaallasten in de IV. Omdat de kapitaallasten volledig in de tarieven zijn opgenomen en deze volledig onder de

¹⁵ Kamerstuk 31 765, nr. 541.

contracteerruimte vallen, moeten de kapitaallasten ook worden meegenomen in het model van de IV. De NZa bevestigt in haar advies dat een integrale vergelijking in principe naar de integrale kosten van verpleeghuiszorg moet kijken, inclusief de kapitaallasten. Een verpleeghuis kan namelijk substitueren tussen de inkomsten en uitgaven aan zorg respectievelijk kapitaal.

De NZa geeft echter ook aan dat het meenemen van de kapitaallasten in de IV tot een sterke stijging zal leiden van de administratieve lasten van zorgaanbieders. Dit hangt samen met het volgende. Om de kapitaallasten mee te kunnen nemen in de IV zal de NZa inzicht moeten verwerven in de kosten en kwaliteit van het vastgoed. Dat betekent een uitbreiding van de gegevensuitvraag. Ook betekent het dat er voor de gegevensuitvraag een standaardisatie moeten worden doorgevoerd bij alle zorgaanbieders van afschrijvingskosten en boekwaardes van vastgoed.

Als de kapitaallasten in de IV buiten beschouwing worden gelaten, wordt in feite alleen naar de doelmatigheid van personele en materiële kosten van de productie gekeken. Dat zal leiden tot minder nauwkeurige conclusies omtrent de doelmatigheid van de bedrijfsvoering, aangezien dan geen rekening wordt gehouden met de effecten van substitutie tussen de uitgaven voor zorg en vastgoed. Uit het eerdere kostenonderzoek van de NZa blijkt dat hierin belangrijke verschillen zijn tussen zorgaanbieders¹⁶. In de huidige bekostiging ontvangen verpleeghuizen een integraal tarief voor zorg en vastgoed vanuit de contracteerruimte. Zorgaanbieders kunnen daarbij substitueren tussen de inkomsten voor zorg en de inkomsten voor vastgoed. Dat maakt het mogelijk voor zorgaanbieders om in bepaalde jaren extra te sparen voor toekomstige investeringen in vastgoed of om juist in bepaalde jaren een groter deel van het integrale tarief in te zetten voor zorg. Er ontstaat daarom een vertekening van het totale kostenbeeld (en dus de doelmatigheid) per zorgaanbieder indien de gegevensuitvraag en IV beperkt blijft tot alleen de personele en materiële kosten.

Een vertekend beeld van de doelmatigheid is ook mogelijk indien geen objectief onderscheid kan worden gemaakt tussen enerzijds de zorg die valt onder het kwaliteitskader verpleeghuiszorg en anderzijds aanpalende zorg, zoals geriatrische revalidatiezorg of wijkverpleging. De zorgkosten worden door veel zorgaanbieders niet gescheiden geregistreerd en zijn daarmee ook niet te toetsen aan de boekhouding. Zorgaanbieders die vervolgens bij een gegevensuitvraag te weinig kosten toerekenen aan verpleeghuiszorg kunnen ten onrechte worden aangemerkt als doelmatig. Dat zou kunnen leiden tot een uitholling van de kwaliteit. Zorgaanbieders die teveel kosten hebben toegerekend aan verpleeghuiszorg kunnen andersom onterecht als ondoelmatig worden aangemerkt. Ik zal de NZa vragen om inzicht te geven in de orde grootte van de potentiële vertekening van de kosten voor verpleeghuiszorg als deze niet op een uniforme manier kunnen worden gescheiden.

9. Slot

Ik wil de NZa nogmaals complimenteren voor het vele werk dat zij met het veld heeft verzet en de zorgvuldigheid waarmee ze dit advies heeft voorbereid. De NZa heeft de afgelopen tijd met de veldpartijen onderzoek gedaan naar de mogelijke ontwikkeling van een integrale vergelijking voor de verpleeghuiszorg. Een integrale vergelijking kan een bijdrage leveren aan het leren en verbeteren in de sector. Eind 2021 zal er op basis van een

¹⁶ Zie bijvoorbeeld hoofdstuk 6 in Verantwoordingsdocument Prestaties en tarieven langdurige zorg – Fase 2: van kosten naar tarieven – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).

vervolgadvies van de NZa en op basis van inzichten uit de consultatie van de Dialoognota ouderenzorg een besluit worden genomen over het vervolg. Via deze route werken we aan een toegankelijke en betaalbare verpleeghuiszorg die voldoet aan het kwaliteitskader. Dat is van groot belang voor alle kwetsbare ouderen die hier nu en in de toekomst een beroep op zullen doen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H.M. de Jonge