



Nederlandse
Zorgautoriteit

Onderzoeksrapport

Inzet additionele middelen verpleeghuizen

vervolgonderzoek doelmatigheid verpleeghuizen

Inhoud

Managementsamenvatting	5
1. Samenvatting	7
1.1 Verdelingsdeterminanten nader onderzocht	7
1.2 De determinant regio	7
1.3 De determinant psychogeriatric en somatiek	8
1.4 Verdeling op basis van zorgzwaarte	9
1.5 Middelen voor verpleeghuizen	10
2. Inleiding	11
3. De regiodeterminant: vooral zorgzwaarte biedt aanknopingspunten	13
3.1 Bevindingen eerste onderzoek	13
3.2 Aanvullende dataverzameling en analyse	14
3.3 Verschil tussen geïndiceerde en geleverde zorg per regio	15
3.4 Formatie cliëntgebonden personeel	15
3.5 Deskundigheidsniveau van de personeelsformatie	18
3.6 Tussenconclusie	19
3.7 Zorgzwaarteverschillen tussen regio's	20
4. Het onderscheid tussen psychogeriatric en somatiek	25
5. Inzet van extra middelen gebaseerd op ZZP's	27
5.1 Extra middelen voor cliënten in ZZP 7 tot en met 10	27
5.2 Uitwerking	28
5.3 Middelen bestemd voor verpleeghuizen	28
5.4 Verdeling ZZP's 7 tot en met 10 per verpleeghuis	29
Bijlage A – Brief VWS vervolgvragen	31
Bijlage B - Brief NZa beantwoording vervolgvraag 1	35
Bijlage C - Analyse t.b.v. vervolgvraag 1	39
Bijlage D – Aanbiedingsbrief Staatssecretaris t.b.v. 'rapport Inzet additionele middelen verpleeghuizen nader onderzocht'	43

Managementsamenvatting

Aanleiding

'Doelmatigheid verpleeghuizen in relatie tot de normen voor verantwoorde zorg', het rapport van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), heeft geleid tot een tweetal vervolgvragen van de Staatssecretaris (Bijlage A). De eerste vraag is inmiddels per brief beantwoord (Bijlage B). De tweede vervolgvraag is uitgewerkt in het conceptrapport 'Inzet additionele middelen verpleeghuizen nader onderzocht'. De in het eerste onderzoek gevonden determinanten zorgzwaarte, regio en verhouding tussen psychogeriatric en somatiek zijn nader geanalyseerd op bruikbaarheid voor de verdeling van extra middelen.

Conclusies vervolganalyse

Uit de vervolganalyse blijkt de determinant zorgzwaarte het meest onderscheidend te zijn. Daarmee is zij de meest geschikte indicator voor de verdeling van extra middelen. Het eerste onderzoek gaf reeds aan dat verpleeghuizen met relatief zware cliëntgroepen een hogere productiviteit hebben. Door het koppelen van extra in te zetten middelen aan zorgzware cliëntgroepen, hogere zorgzwaartepakketten (ZZP's), komen de middelen terecht bij de efficiëntere verpleeghuizen. Tevens wordt door deze koppeling tegemoet gekomen aan regionale verschillen. Zorgzwaarte blijkt namelijk een onderscheidende factor tussen zowel zorgaanbieders onderling als tussen regio's te zijn. In de grote steden is bijvoorbeeld een hoger gemiddelde zorgzwaarte geconstateerd dan in overige delen van het land. Dit geldt in mindere mate ook voor de verhouding tussen psychogeriatric en somatiek. De determinanten regio en verhouding tussen psychogeriatric en somatiek sec blijken minder geschikt te zijn als directe indicator voor de verdeling van extra middelen. Uit de vervolganalyse komt voor deze determinanten namelijk geen duidelijk patroon naar voren, waardoor beide moeilijk operationaliseerbaar zijn.

Aanbevelingen/Advies vanuit directie Zorgmarkten Care

De NZa adviseert, vooruitlopend op de zorgzwaartebekostiging in 2008, de extra middelen voor verpleeghuizen in 2007 te verdelen op basis van ZZP's. Vanaf 2007 leveren zorgaanbieders hun cliëntpopulatie uitgedrukt in ZZP's aan bij de NZa. De verdeling van de extra middelen kan vanaf juli 2007 plaatshebben op basis van de gescoorde ZZP's. De middelen kunnen worden gekoppeld aan de hoge ZZP's, ZZP 7 tot en met 10 van de V&V. Op deze manier komen de middelen terecht bij de verpleeghuizen en worden zij per verpleeghuis verdeeld naar rato van het aandeel zorgzware cliënten.

De NZa zal deze methodiek in overleg met het Ministerie van VWS en betrokken partijen nader uitwerken in het eerste kwartaal van 2007. Voorwaarde is dat de zorgaanbieders hun cliënten conform de NZa beleidsregels hebben gescoord in termen van ZZP's.

Aandachtspunt hierbij is dat de beschikbaar gestelde middelen zijn bestemd voor verpleeghuizen. Echter, door de modernisering van de AWBZ, i.c. de functiegerichte bekostiging, zijn de verpleeghuizen als

zodanig niet meer identificeerbaar in de financiering. Dit geldt ook voor de ZZP-systematiek. De ZZP's 7 t/m 10 worden, weliswaar in veel mindere mate, tevens door verzorgingshuizen geleverd.

1. Samenvatting

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft in juni 2006 het rapport 'Doelmatigheid verpleeghuizen in relatie tot verantwoorde zorg onderzocht' uitgebracht. Eén van de aspecten van dit onderzoek betrof de vraag waarom het ene verpleeghuis wel in staat is met de beschikbare middelen de noodzakelijke zorg te leveren en het andere verpleeghuis niet. Als mogelijke oorzaken hiervoor worden genoemd regionale aspecten, zorgzwaarte en verhouding tussen psychogeriatricie en somatiek. Het rapport constateert tevens dat er een verschil van gemiddeld 3,9 uur per week per cliënt bestaat tussen geïndiceerde en geleverde zorg. De NZa heeft zich op het standpunt gesteld dat verpleeghuizen dit verschil gedeeltelijk zelf kunnen overbruggen door de productiviteit te verhogen. Voorts acht de NZa de inzet van additionele middelen à € 250 miljoen nodig.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft dit advies gedeeltelijk opgevolgd. In een brief aan de Tweede Kamer (20 september 2006) heeft zij additionele middelen in het vooruitzicht gesteld, maar een geringer bedrag dan de NZa had berekend. Ook is de Staatssecretaris van mening dat de middelen tijdelijk worden ingezet. Het verhogen van de productiviteit is een voorwaarde waaraan verpleeghuizen moeten voldoen om voor extra middelen in aanmerking te komen.

Op verzoek van de Staatssecretaris heeft de NZa zich gebogen over de vraag hoe de additionele middelen het beste kunnen worden verdeeld. Deze notitie beschrijft de resultaten van het vervolgonderzoek op basis waarvan de NZa een advies zal uitbrengen aan de Staatssecretaris.

1.1 Verdelingsdeterminanten nader onderzocht

Het aanvullend onderzoek sluit aan op de conclusie van het eerdere onderzoek dat voor de verdeling van middelen de determinanten zorgzwaarte, regio of verhouding tussen psychogeriatricie en somatiek bruikbaar zijn. Nader onderzoek was nodig om een correct gebruik van deze determinanten mogelijk te maken. Tijdens het aanvullend onderzoek bleek voor een betere analyse van de determinant regio een uitbreiding van het onderzoek naar de verschillen in ingezette deskundigheidsniveaus noodzakelijk.

Het eerste onderzoek is gebaseerd op de gemiddeld geïndiceerde zorg op landelijk niveau. Herijking van de getrokken conclusies heeft in dit aanvullend onderzoek plaatsgevonden via een aanvullende gegevensset met indicaties per verpleeghuis. Dit heeft niet geleid tot afwijkende conclusies.

1.2 De determinant regio

Om na te gaan op welke wijze de regiodeterminant kan worden gebruikt, is een aantal regionale verschillen nader in kaart gebracht.

Uit het eerste onderzoek bleek dat in de ene regio het verschil tussen de geïndiceerde en de geleverde zorg aanzienlijk groter is dan in de andere regio. Dit blijkt ook uit de analyse in het aanvullende onderzoek. De

oorzaak ligt vooral in verschillen in de geïndiceerde zorg en minder in de verschillen in de geleverde zorg. Er is geen regionaal patroon te onderkennen, bijvoorbeeld Randstadregio's versus overige regio's. Een vergelijkbare spreiding doet zich ook voor binnen de regio's tussen de individuele verpleeghuizen.

In de tweede plaats zijn gegevens over de formatieomvang en deskundigheidsmix van het cliëntgebonden personeel geanalyseerd. De gedachte was dat eventuele regionale verschillen in formatieomvang en deskundigheidsmix kunnen worden veroorzaakt door regionale omstandigheden waarop het verpleeghuis geen invloed heeft. Hierbij is vooral gedacht aan de arbeidsmarktsituatie.

De formatieomvang van het cliëntgebonden personeel verschilt inderdaad per regio, maar hierin is geen regionaal patroon te onderkennen. Evenmin is een eenduidig verband te leggen met de arbeidsmarktsituatie. Dit komt omdat de opbouw van de formatie niet alleen door de arbeidsmarkt wordt bepaald, maar ook door de zorgzwaarte van de cliënten, de efficiency van de instelling en de door het management van de instelling gemaakte beleidskeuzes. Een eventuele regionale arbeidsmarktproblematiek is minder goed zichtbaar in de gegevensset (jaren 2004 en 2005) omdat deze toen minder urgent was dan in 2006.

Dezelfde conclusie geldt voor de deskundigheidsmix van het cliëntgebonden personeel en de opbouw van de formatie naar deskundigheidsniveau. In de ene regio zijn duidelijk meer medewerkers van een hoger deskundigheidsniveau werkzaam dan in de andere regio. Hiervoor zijn meer oorzaken aan te geven, bijvoorbeeld het aantal leerlingen of de inzet van zorgassistenten. Er is geen specifiek patroon zichtbaar. De deskundigheidsmix is, los van de regio, overigens wel te gebruiken als voorwaarde of ijkpunt bij de inzet van extra middelen. Er bestaan nu geen normen voor de opbouw van de formatie naar deskundigheidsniveau. In de normen voor verantwoorde zorg zijn minimale eisen opgenomen over de formatieopbouw in verpleeghuizen.

Tot slot zijn de regionale verschillen in zorgzwaarte nader in kaart gebracht. Evenals in het eerste onderzoek is er sprake van aanzienlijke zorgzwaarteverschillen, zowel per regio als in individuele verpleeghuizen. Zo is de zorgzwaarte in de grote steden hoger dan gemiddeld.

Concluderend is zorgzwaarte de beste verklaringsfactor voor de regionale verschillen. Dit betekent dat de regiodeterminant kan worden meegenomen via een middelenverdeling op basis van zorgzwaarte per verpleeghuis. Tevens kan op grond hiervan ook aan de gesignaleerde problematiek in de grote steden financieel tegemoet worden gekomen.

1.3 De determinant psychogeriatricie en somatiek

Uit het aanvullend onderzoek blijkt in de eerste plaats dat meer dan de helft van de verpleeghuiscliënten te maken heeft met een gecombineerde problematiek: zowel psychogeriatricie als somatiek. Toch blijkt dat in verpleeghuizen met overwegend psychogeriatricische cliënten het verschil tussen geleverde en geïndiceerde zorg duidelijk groter is dan in verpleeghuizen met overwegend somatische cliënten. Opvallend is dat

ook de gemiddelde zorgzwaarte, gemeten volgens de ZOZ-score¹, hoger is in verpleeghuizen met overwegend psychogeriatrische cliënten. Regionale verschillen zijn daarbij niet zichtbaar.

De determinant verhouding tussen psychogeriatricie en somatiek is onderscheidend. Echter, het operationaliseren van deze determinant als indicator stuit op problemen. Het huidige onderscheid komt bijvoorbeeld niet meer specifiek terug in de bekostigingssystematiek op basis van zorgzwaartepakketten (ZZP's). De onderbouwing van de ZZP's houdt rekening met de onderliggende grondslag per cliënt. Deze onderliggende onderbouwing is geen bekostigingsparameter en wordt derhalve niet geregistreerd. Dit betekent dat extra registratie en gegevensaanlevering nodig zouden zijn om na te gaan voor welk deel van de cliënten een toeslag van toepassing is. In 2007 is het misschien nog mogelijk om het aantal toegelaten psychogeriatrische bedden als basis te gebruiken, maar dit is een systeem dat sterk uitgaat van een historische situatie die geen recht meer doet aan de werkelijke verdeling. Daarnaast zijn er signalen van onder meer de Inspectie Gezondheidszorg, dat instellingen juist voor somatische cliënten meer middelen inzetten door te 'bezuinigen' op de zorg voor psychogeriatrische cliënten. Deze 'substitutie' zou kunnen suggereren dat extra middelen voor psychogeriatrische cliënten hun doel niet bereiken.

Concluderend is zorgzwaarte ook een goede verklaringsfactor voor het onderscheid tussen psychogeriatricie en somatiek. Dit betekent dat deze determinant tevens wordt meegenomen via een middelenverdeling op basis van zorgzwaarte per verpleeghuis.

1.4 Verdeling op basis van zorgzwaarte

De determinant zorgzwaarte blijkt de meest onderscheidende determinant te zijn op basis van dit nader onderzoek.

Om deze determinant nader te operationaliseren, is eerst onderzocht of het mogelijk is om een uitspraak te doen over het verschil tussen geïndiceerde en geleverde zorg per ZZP. Dit is gedaan door omrekening van de zorgzwaartegegevens uit het eerste onderzoek² naar ZZP's. Het is duidelijk dat een dergelijke uitspraak per ZZP indicatief is, zolang de werkelijke ZZP-scores niet bekend zijn. Bovendien leveren de analyses van de ZOZ-gegevens per verpleeghuis geen aanwijzingen op dat het verschil tussen geleverde en geïndiceerde zorg voor de ene zorgzwaartegroep groter is dan voor de andere. Uit deze ZOZ-gegevens blijkt duidelijk dat voldoende zorgtijd voor zwaardere cliënten ook ten goede komt aan lichtere cliënten. Het blijkt dat verpleeghuizen met een relatief zware cliëntgroep een hogere productiviteit van het cliëntgebonden personeel hebben dan verpleeghuizen met een relatief lichte cliëntgroep.

Een verdeling van de extra middelen op basis van zorgzwaarte is mogelijk via bijvoorbeeld een toeslag per verpleeghuis voor het aandeel cliënten in de ZZP's 7 tot en met 10. Verpleeghuizen met een aandeel hoger dan gemiddeld kunnen dan bijvoorbeeld een toeslag ontvangen voor elk procent meer cliënten in deze ZZP's. De ZZP's 7 tot en met 10,

¹ Zorgbehoeftemeting OuderenZorg (ZOZ), een instrument (ontwikkeld door Van Loveren & Partners) voor het meten van lichamelijke zorgbehoefte en psychosociale problematiek, sinds 2001 gebruikt in verpleeg- en verzorgingshuizen.

² Berekend met behulp van de ZOZ-gegevens

de zorgzware cliënten, komen in elk verpleeghuis voor, slechts de mate waarin kan verschillen.

Omdat de NZa volgend voorjaar de beschikking heeft over de gescoorde ZZP-gegevens per instelling, liggen hier mogelijkheden om dit criterium te operationaliseren. Hiermee wordt reeds geanticipeerd op de invoering van de ZZP's. Vanaf 1 juli 2007 zouden de voor 2007 beschikbare middelen kunnen worden ingezet. Voorwaarde is dat de zorgaanbieders hun cliënten conform de NZa-beleidsregels hebben gescoord in termen van ZZP's.

In feite wordt hiermee al een begin gemaakt met het beschikbaar stellen van middelen aan instellingen die anders pas in 2008 extra middelen ontvangen vanuit het herallocatietraject. Instellingen met een bovengemiddelde zorgzwaarte ontvangen daarmee al voor de invoering van de ZZP's extra middelen om de bovengemiddelde zorg te kunnen leveren.

Door de middelen op deze wijze te verdelen, wordt ook de regiodeterminant meegenomen. Immers, in regio's met veel verpleeghuizen met een zware cliëntgroep komt ook een groter deel van de middelen terecht. De determinant verhouding tussen psychogeriatricie en somatiek kan desgewenst worden meegenomen door bijvoorbeeld een differentiatie in de verdeling van extra middelen aan te brengen naar de betreffende ZZP's, zodanig dat voor ZZP 7, waar sprake is van zwaardere psychogeriatricische of psychische problematiek, een extra toelage wordt gegeven.

1.5 Middelen voor verpleeghuizen

Het doelmatigheidsonderzoek richtte zich uitdrukkelijk op de verpleeghuizen. Alle gegevens, bijvoorbeeld over de productiviteit, de indicaties en de hoeveelheid geleverde zorg, hebben betrekking op verpleeghuizen. Ook het bedrag dat de NZa nodig acht om het verschil tussen geleverde en geïndiceerde zorg geheel te overbruggen, is gebaseerd op het aantal cliënten in verpleeghuizen.

Hieruit voortvloeiend ligt het voor de hand dat de verpleeghuizen de extra middelen inzetten voor cliënten. Als gevolg van de modernisering van de AWBZ komt het onderscheid tussen de sectoren steeds verder te vervallen. Het gericht toekennen van middelen aan verpleeghuizen zal steeds minder gericht kunnen plaatsvinden. De ZZP-methodiek biedt voldoende mogelijkheden om op cliëntniveau het beoogde doel te bereiken. De verpleeghuiscliënten in verzorgingshuizen vallen buiten de scope van dit onderzoek.

2. Inleiding

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft eerder dit jaar onderzoek verricht naar de doelmatigheid van verpleeghuizen in relatie tot de kwaliteit van zorg. Eén van de vraagstukken in dit onderzoek was of verpleeghuizen met de beschikbare budgetten in staat zijn om te voldoen aan de 'opdracht' die zij vanuit de indicatiestelling meekrijgen, dus of zij de geïndiceerde zorg ook kunnen leveren. Uit het onderzoek blijkt dat er verpleeghuizen zijn die hierin slagen, omdat zij buitengewoon efficiënt zijn of een relatief lichte cliëntgroep bedienen. Dit is echter niet het gemiddelde beeld. Het verschil tussen geïndiceerde en geleverde³ zorg bedraagt gemiddeld 3,9 uur per week per cliënt.

De NZa is op grond van het onderzoek van mening dat de verpleeghuizen een deel van dit verschil zelf kunnen en moeten overbruggen door verhoging van de productiviteit. Als verpleeghuizen met een benedengemiddelde productiviteit, deze omhoog brengen naar het niveau van het landelijk gemiddelde, zouden zij 1,4 uur zorg per cliënt per week extra kunnen leveren. De NZa heeft de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) voorgesteld om de resterende 2,5 uur te overbruggen door het beschikbaar stellen van additionele middelen. Daartoe is een bedrag van € 250 miljoen op jaarbasis nodig, zo heeft de NZa berekend.

De Staatssecretaris van VWS heeft laten weten de conclusies van het rapport ter harte te nemen en heeft de NZa verzocht een voorstel te ontwikkelen voor verdeling van extra middelen. Daarbij diende de NZa expliciet rekening te houden met de geconstateerde regionale verschillen tussen zorginstellingen. Daarnaast verzocht zij de NZa aan te geven welke ZZP's voor een tariefsverhoging in aanmerking zouden komen; zo zou onder meer recht kunnen worden gedaan aan de geconstateerde verschillen tussen psychogeriatricie en somatiek.

De vraagstelling van de Staatssecretaris sluit aan bij de bevindingen uit het onderzoek dat vooral de aspecten zorgzwaarte, regio en verhouding tussen psychogeriatricie en somatiek een verklaring bieden voor de verschillen tussen geïndiceerde en geleverde zorg.

De NZa heeft PricewaterhouseCoopers verzocht een aantal nadere analyses uit te voeren. Deze notitie is in concept voorgelegd aan de klankbordgroep die ook het doelmatigheidsonderzoek heeft begeleid. De opbouw van deze notitie is als volgt:

In het eerstvolgende hoofdstuk (3) staat de analyse van de regionale verschillen centraal. In hoofdstuk 4 is de analyse van het onderscheid tussen psychogeriatricie en somatiek opgenomen. Hoofdstuk 5 gaat in op de mogelijkheden voor een verdeling op basis van zorgzwaarte.

³ De geleverde zorg is uitgedrukt in referentietijden, dat zijn gemiddelde tijden daadwerkelijk geleverde zorg, gecorrigeerd voor de cliëntmix. Deze correctie is uitgevoerd omdat de hoeveelheid zorg die een cliënt met een bepaalde zorgbehoefte ontvangt mede afhangt van de zorgzwaarte van de andere cliënten. Een instelling verdeelt de beschikbare tijd over de aanwezige cliënten.

3. De regiodeterminant: vooral zorgzwaarte biedt aanknopingspunten

Dit hoofdstuk bespreekt de mogelijkheden voor een regionale inzet van de extra financiële middelen. Met de term 'regionale inzet' wordt een inzet bedoeld die rekening houdt met de in het eerste onderzoek gevonden regionale verschillen.

3.1 Bevindingen eerste onderzoek

De tabel hieronder geeft een samenvatting van de destijds gevonden regionale verschillen. Een aantal verschillen is benoemd op het aggregatieniveau landsdeel. Er zijn vier landsdelen onderscheiden: noord, zuid, oost en west. Voor dit hogere aggregatieniveau is gekozen omdat er niet voldoende gegevens beschikbaar waren om uitspraken op het niveau van de zorgkantorregio's te doen.

Tabel 3.1: Regionale verschillen verpleeghuiszorg

Vergelijking	Analyseniveau	Uitkomst
Aantal indicaties per 75+'er	Landsdeel	Varieert van 5,0% in oost tot 8,5% in noord. In twee grote steden echter nog hoger (13,3%).
Aantal uren geïndiceerde zorg per cliënt	Landsdeel	Varieert van 24,6 in noord tot 26,7 in west.
Aantal geïndiceerde uren zorg per cliënt	Zorgkantorregio	Forse verschillen. In de vier grote steden is het aantal uren bovengemiddeld, maar dat geldt ook voor een aantal andere regio's, verspreid over het hele land.
Gemiddeld aantal uren geleverde zorg	Zorgkantorregio	Eveneens forse verschillen, maar zonder dat een patroon te ontdekken is.
Zorgzwaarte	Zorgkantorregio	Eveneens forse verschillen, redelijk overeenkomend met geïndiceerde zorg en zorgtijd.
Formatie cliëntgebonden personeel per bed	Landsdeel	Weinig verschil.
Kosten per medewerker cliëntgebonden personeel	Zorgkantorregio	Enig verschil tussen de regio's. In drie van de vier grote steden licht bovengemiddeld, in één grote stad licht benedengemiddeld
Kosten per medewerker overheadpersoneel	Zorgkantorregio	Enig verschil tussen de regio's. In één grote stad bovengemiddeld.
Risicoscores Inspectie Gezondheidszorg	Landsdeel	Weinig verschillen
Cliëntoordeel	Landsdeel	In west duidelijk lager dan in de overige drie landsdelen. Weinig onderling verschil tussen deze drie, maar de score in zuid is het hoogst.
Learning potentials (verpleeghuizen met kwaliteitsscore bij de laagste 25% en financiële score bij de laagste 25%)	Landsdeel	In bijna de helft van de gevallen zijn deze verpleeghuizen gevestigd in het westen van het land

Bron: Rapport Doelmatigheid verpleeghuizen in relatie tot verantwoorde zorg onderzocht, CTG/ZAio juni 2006

Uit de tabel op de vorige bladzijde valt af te leiden dat er voldoende verschillen zijn om de regio in principe te hanteren als basis voor middelenverdeling. Wel is destijds gesteld dat nader onderzoek nodig is om het criterium correct te kunnen toepassen.

3.2 Aanvullende dataverzameling en analyse

Om deze bevindingen uit het eerste onderzoek te kunnen beoordelen en completeren met een regionale analyse van het verschil tussen geïndiceerde en geleverde zorg, was aanvullend onderzoek vereist.

In het eerste onderzoek is namelijk aangenomen dat de geïndiceerde zorg werd geleverd in de regio waar de indicatie was afgegeven, terwijl dat in werkelijkheid niet zo hoeft te zijn. Het onderzoek is destijds uitgevoerd op basis van gegevens waaruit deze informatie niet voorhanden bleek te zijn.

Voor dit aanvullend onderzoek zijn nieuwe data opgevraagd. Via Vektis zijn indicatiegegevens per cliënt verzameld per verpleeghuis. Dit zijn indicatiegegevens gebaseerd op de door de cliënt opgegeven voorkeursinstelling. In eerste instantie is gekozen voor drie regio's. Om de beoordeling te verbeteren is het gegevensbestand vervolgens met vier regio's uitgebreid tot zeven, te weten:

- Friesland
- Rotterdam
- Zwolle
- Arnhem
- Twente
- West-Brabant
- Utrecht

Alle verpleeghuisindicaties in 2005 voor deze regio's zijn meegenomen. De regio's zijn zodanig gekozen dat zowel verstedelijkte als minder verstedelijkte regio's zijn vertegenwoordigd. Verder is gekozen voor regio's waarin een relatief groot aantal verpleeghuizen is gevestigd dat aan de benchmark 2004/2005 heeft deelgenomen, zodat de benchmark gegevens, zorgzwaartegegevens en personeelsgegevens, optimaal konden worden gebruikt.

De analyses toonden aan dat er niet of slechts in geringe mate sprake is van een vertekening van de conclusies uit het eerste onderzoek. Dit betekent een (her)bevestiging van de conclusies uit het eerste rapport. Wel zijn de conclusies hier en daar aangescherpt.

Voor de zeven geselecteerde regio's is achtereenvolgens onderzocht:

- het verschil tussen geïndiceerde en geleverde zorg;
- de formatie cliëntgebonden personeel inclusief de relatie met de salariskosten en het aandeel hiervan in de totale kosten;
- de opbouw van de formatie cliëntgebonden personeel naar deskundigheidsniveau, ofwel de deskundigheidsmix;
- de zorgzwaarte.

3.3 Verschil tussen geïndiceerde en geleverde zorg per regio

Het verschil tussen geïndiceerde en geleverde zorg is in de ene regio aanzienlijk groter dan in de andere. Tabel 2.2 op de volgende bladzijde geeft dit aan.

Tabel 3.2 : Verschil tussen geïndiceerde en geleverde zorg per regio, in uren per week per cliënt

Regio	Geïndiceerde zorg	Geleverde zorg	Vershil
Utrecht	23,06	22,23	0,83
Friesland	23,36	21,09	2,27
West-Brabant	25,83	21,92	3,90
Twente	26,82	22,18	4,64
Arnhem	27,36	22,53	4,82
Zwolle	28,19	21,62	6,57
Rotterdam	28,57	22,31	6,26
Totaal gemiddelde	26,35	21,97	4,08

Bron: Aanvullend onderzoek doelmatigheid verpleeghuizen oktober 2006

De verschillen variëren van 0,83 uur in Utrecht tot 6,26 in Rotterdam en 6,57 in Zwolle. Er blijkt echter geen patroon te zijn, zoals een consequent verschil tussen verstedelijkte en minder verstedelijkte regio's.

Meer nog dan in het eerste onderzoek valt op dat de verschillen in de geleverde zorg tussen de verschillende regio's weliswaar aanwezig zijn, maar veel minder groot zijn dan de verschillen in geïndiceerde zorg. De geleverde zorg varieert van 21,09 uur per cliënt per week tot 22,53 uur en de geïndiceerde zorg van 23,06 uur tot 29,80 uur per cliënt per week. Het kleinere verschil in de geleverde zorg tussen de verschillende regio's, en verpleeghuizen, zou kunnen worden verklaard door het feit dat alle verpleeghuizen min of meer hetzelfde budget per bed hebben.

3.4 Formatie cliëntgebonden personeel

De personeelsformatie per cliënt heeft in dit aanvullende onderzoek uitdrukkelijk aandacht gekregen, omdat regionale verschillen in formatie zouden kunnen voortkomen uit regionale kenmerken. Concreet werd gedacht aan de situatie op de arbeidsmarkt.

Uit het arbeidsmarktonderzoek Regiomarge 2006 van Prismant blijkt dat de grootste tekorten op de arbeidsmarkt in 2010 worden verwacht in Noord- en Zuid-Holland, Utrecht en delen van Noord-Brabant. Voor de regio's Utrecht, Kennemerland en Midden-Brabant komt daar bij, dat de participatiegraad van vrouwen in het arbeidsproces al relatief hoog is en de verwachte uitstroom uit het vmbo-tl⁴ afneemt. Volgens dit onderzoek zullen de verwachte problemen in 2010 daar het grootst zijn. In het oosten van het land worden duidelijk minder grote tekorten verwacht. Omdat de knelpunten zich vooral zullen voordoen bij personeel op niveau

⁴ Voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs, Theoretische Leerweg; een schooltype dat leverancier is voor een groot deel van het zorgpersoneel

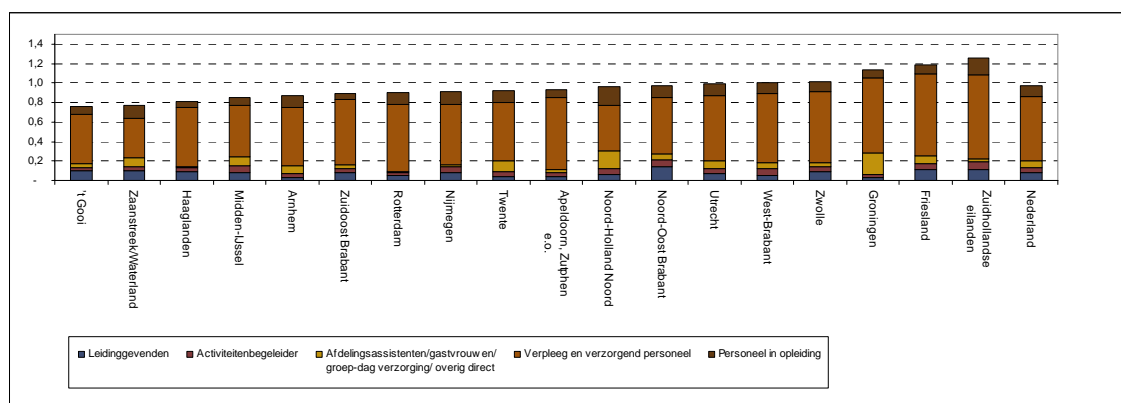
3 en omdat de formatie in verpleeg- en verzorgingshuizen voor een groot deel uit personeel op dat niveau bestaat, zal het tekort door krapte op de arbeidsmarkt in deze sector op termijn duidelijker voelbaar zijn dan in bijvoorbeeld de ziekenhuissector.

Als inderdaad een verband tussen formatie en arbeidsmarkt zou blijken te bestaan, zouden de verpleeghuizen in regio's met een krappe arbeidsmarkt door inzet van extra middelen in staat worden gesteld om via bijvoorbeeld gunstiger arbeidsvoorwaarden, om- en bijscholingstrajecten toch voldoende personeel aan te trekken. Op deze wijze zou een level playing field kunnen worden gecreëerd.

Om de eventuele regionale verschillen in formatie nader te kunnen onderzoeken, zijn de benchmarkgegevens van veertig verpleeghuizen in achttien zorgkantorregio's nader onderzocht.

Figuur 3.1 geeft een overzicht per regio. Duidelijk zal zijn dat het aantal verpleeghuizen per regio gering is, zodat in feite geen conclusies op regioniveau mogen worden getrokken. In dertien regio's zijn slechts één of twee verpleeghuizen onderzocht. De uitkomsten op regioniveau zijn daarom als indicatief te beschouwen.

Figuur 3.1: Formatie cliëntgebonden personeel per bed per regio (indicatief)



Bron: benchmark 2004/2005

De verschillen zijn goed zichtbaar. De formatie cliëntgebonden personeel is gemiddeld 0,99 en varieert van 0,76 tot 1,26. Aanzienlijke verschillen derhalve, die in het doelmatigheidsonderzoek door samenvoeging tot landsdelen niet zichtbaar waren. In de verschillen is echter geen duidelijk patroon te ontdekken. Dat betekent dat het hanteren van regionale verschillen tussen de formatie cliëntgebonden personeel onvoldoende aanknopingspunten biedt.

Een regionaal verschil in formatie kan ook te maken hebben met een verschil in zorgzwaarte van de cliënten. In het eerste onderzoek bleek, op grond van 48 waarnemingen, dat verpleeghuizen met een zware cliëntgroep inderdaad meer cliëntgebonden personeel inzetten. Het verschil met verpleeghuizen met een lichtere cliëntgroep bedroeg echter niet meer dan 3%.

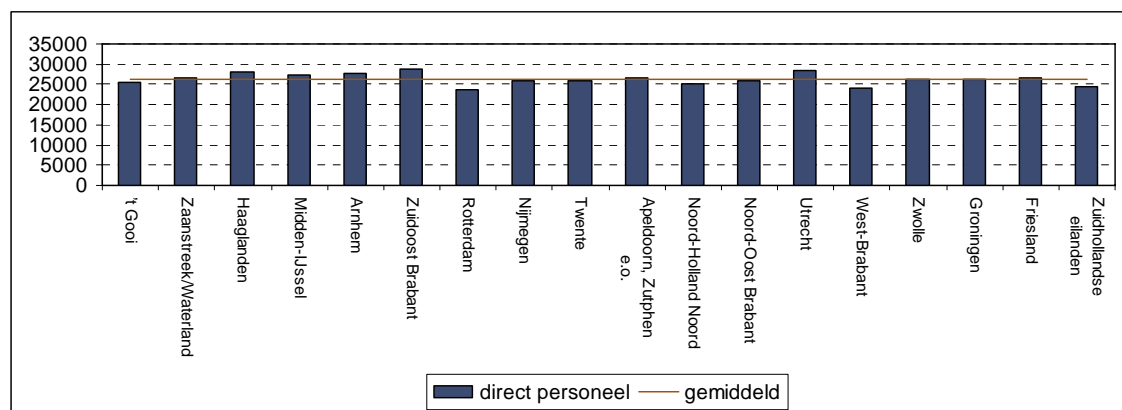
In de tweede plaats kan het verschil te maken hebben met een productiviteitsverschil. Een kleinere maar meer productieve formatie kan evenveel zorg leveren als een grotere maar minder productieve formatie, zodat er minder behoefte is aan extra personeel. In het eerste rapport bleek dat verpleeghuizen de productiviteit meer dan de formatie als

middel inzetten om meer zorg te leveren. In regio's met een hogere zorgzwaarte bleek de productiviteit hoger.

Een verschil in formatie zou ook te maken kunnen hebben met beleidskeuzes van het verpleeghuis. Het is denkbaar dat een verpleeghuis kiest voor kwaliteit, hogere deskundigheidsniveaus, ten koste van kwantiteit (formatieomvang). De NZa heeft deze hypothese getoetst, maar uit de beschikbare gegevens blijkt geen verband: in verpleeghuizen met een relatief groter aandeel kwalificatieniveau 3 en 4 in de formatie is het aantal fte per cliënt niet lager ten opzichte van verpleeghuizen met een relatief groter aandeel kwalificatieniveau 1 en 2 in de formatie.

Deze conclusie blijkt ook uit een analyse van de gemiddelde salariskosten van het cliëntgebonden personeel. Als er verband zou zijn tussen formatie en salariskosten, zouden in regio's met een bovengemiddelde formatie de salariskosten benedengemiddeld moeten zijn. Het figuur 3.2 op de volgende bladzijde toont aan dat dit niet het geval is. Ook hier zijn de uitkomsten per regio indicatief.

Figuur 3.2: Salariskosten cliëntgebonden personeel verpleeghuizen per regio (indicatief)

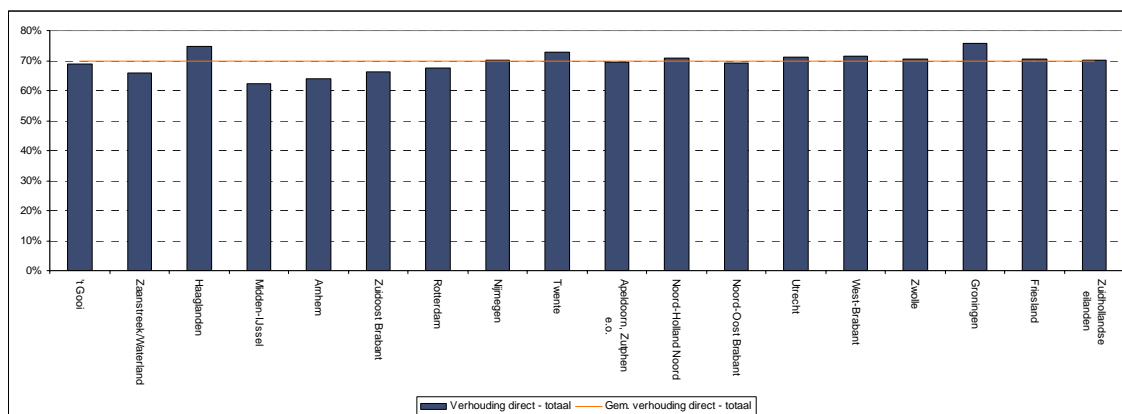


Bron: benchmark 2004/2005

Uit de figuur blijkt verder dat de regionale verschillen niet groot zijn. In Utrecht en Haaglanden zijn de salariskosten iets bovengemiddeld, maar dat geldt ook voor een aantal regio's buiten de Randstad. In Rotterdam zijn de kosten benedengemiddeld.

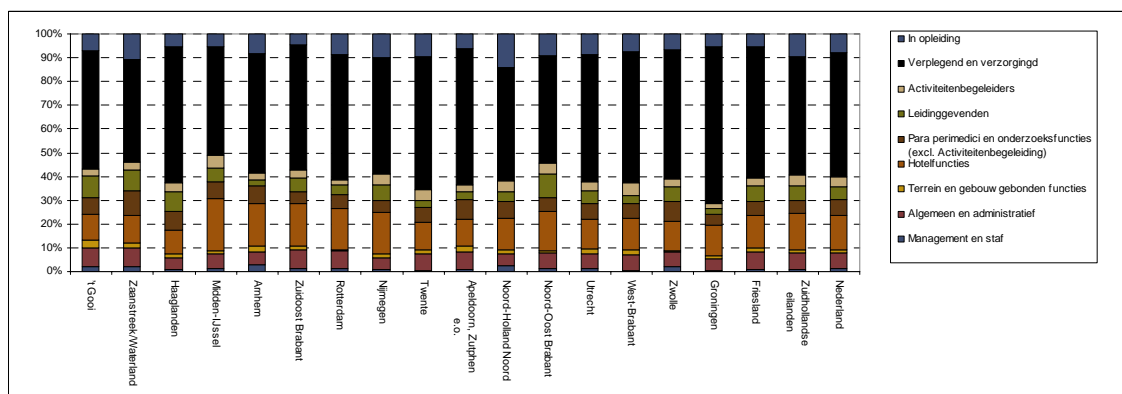
Ten slotte is nog het aandeel kosten van cliëntgebonden personeel in de totale personeelskosten van belang. Dit kan laten zien of het verpleeghuis het geld inzet in het zorgproces of in de organisatie eromheen. Een groot aandeel personele kosten in ondersteunende diensten/overhead zou kunnen betekenen dat instellingen hun formatie cliëntgebonden personeel kunnen vergroten binnen hun totale formatie door het aandeel cliëntgebonden functies te verhogen ten koste van ondersteunende diensten/overhead. Hierbij dient echter nog te worden opgemerkt dat een groot aandeel kosten van cliëntgebonden personeel ook zijn oorzaak kan vinden in een hoge indeling van de cliëntgebonden medewerkers in hun salarisschaal. Figuur 3.3 toont het aandeel kosten van cliëntgebonden personeel in de totale personeelskosten, figuur 3.4 toont de personeelsopbouw naar categorieën cliëntgebonden personeel, ondersteunende diensten en overhead. De cijfers op regioniveau zijn weer indicatief.

Figuur 3.3: Aandeel kosten cliëntgebonden personeel in totale personeelskosten verpleeghuizen per regio (indicatief)



Bron: benchmark 2004/2005

Figuur 3.4: Personeelsopbouw verpleeghuizen per regio (indicatief)



Bron: benchmark 2004/2005

Uit beide figuren is af te lezen dat de verschillen wel aanwezig zijn, maar niet zeer fors zijn. In ieder geval is er geen samenhang met de formatieomvang cliëntgebonden personeel per bed en is er geen patroon (Randstad versus niet-Randstad) te ontdekken.

3.5 Deskundigheidsniveau van de personeelsformatie

Behalve de formatie cliëntgebonden personeel is ook de deskundigheidsmix nader bezien. Regionale verschillen zouden een aangrijpingspunt voor middelenverdeling kunnen zijn, bijvoorbeeld als zou blijken dat het in sommige regio's moeilijk is om personeel van een hoger deskundigheidsniveau aan te trekken.

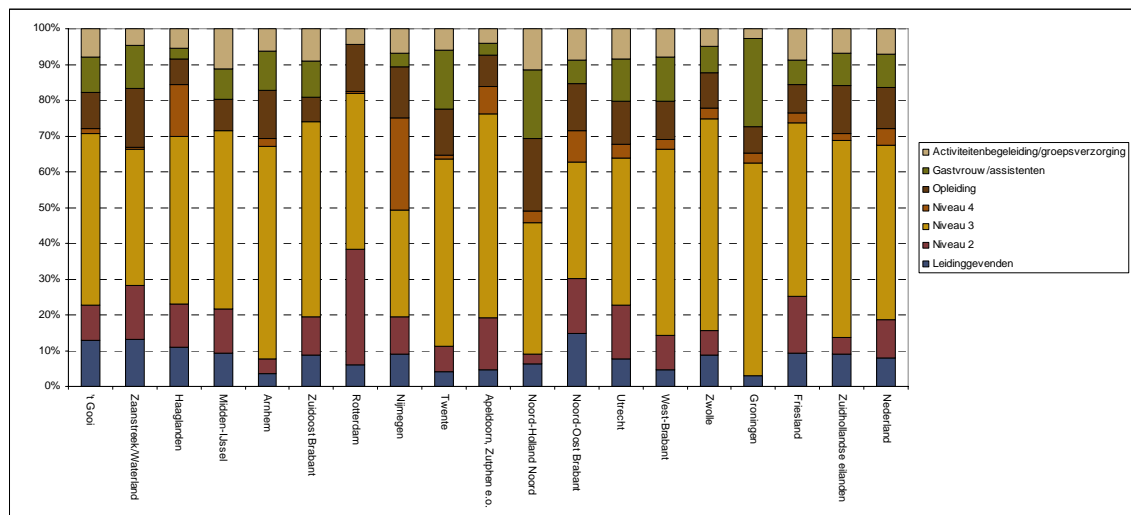
In het Toetsingskader voor verantwoorde zorg (2005) is het volgende opgenomen ten aanzien van gestelde eisen aan de formatieopbouw in een verpleeghuis:

- de mate waarin cliënten de aanwezigheid van voldoende en bekwaam personeel ervaren;
- de mate waarin het personeel bekwaam is in het uitvoeren van voorbehouden en risicovolle handelingen;

— de mate waarin cliënten goede samenwerking en afstemming met ketenpartners ervaren.

Uit de volgende figuur blijkt dat instellingen een verschillende deskundigheidsmix inzetten. In Rotterdam is het aandeel personeel met deskundigheidsniveau 2 erg hoog. Dit zou een mogelijke verklaring kunnen zijn voor de benedengemiddelde salariskosten in figuur 3.2. Uit de benchmark blijkt dat de verpleeghuizen medewerkers op niveau 2 en 3 inzetten voor vergelijkbare werkzaamheden: er vindt substitutie plaats. Ook zetten verpleeghuizen vaak leerlingen of zorgassistenten in. Of de verschillen worden veroorzaakt door regionale arbeidsmarktfactoren, is niet te zeggen. De deskundigheidsmix in de gebieden die in het arbeidsmarktonderzoek Regiomarge 2006 als problematisch in 2010 worden aangemerkt (Noord- en Zuid-Holland, Utrecht en Brabant) vertonen in de geanalyseerde dataset (2004-2005) geen samenhangend patroon.

Figuur 3.5: Opbouw formatie naar deskundigheidsniveau per regio indicatief)



Bron: benchmark 2004/2005

Hoewel voor een toedeling van middelen op basis van deskundigheidsmix per regio weinig aanleiding lijkt, zijn verschillen tussen individuele verpleeghuizen dermate substantieel om te kunnen dienen als eigenstandige indicator. Eenvoudiger is echter om de factoren formatie en deskundigheidsmix mee te nemen in het uiteindelijke verdelingsvoorstel. Het Ministerie zou aan verpleeghuizen die extra middelen ontvangen, dan de voorwaarde moeten stellen dat zij de middelen zodanig inzetten dat het gemiddelde deskundigheidsniveau wordt verhoogd, voor zover dit aandeel nu benedengemiddeld zou zijn.

3.6 Tussenconclusie

Op grond van de analyses tot nu toe, in combinatie met het feit dat het om een beperkt aantal waarnemingen gaat waardoor de cijfers per regio indicatief zijn, luidt de conclusie dat het regiocriterium bezien vanuit het verschil tussen geïndiceerde en geleverde zorg en personeelsformatie/deskundigheidsmix geen eenduidig en zelfstandig aangrijpingspunt voor verdeling van middelen biedt. Er is geen duidelijke verklaring voor regioverschillen te vinden en er is geen koppeling te maken met arbeidsmarktproblematiek in 2010. Wat dit laatste betreft: de benchmark gegevens dateren uit 2004 en 2005, een periode waarin

geen sprake was van een krappe arbeidsmarkt in de zorg. Dat nu geen duidelijke aanwijzingen worden gevonden, betekent daarom niet dat de arbeidsmarktsituatie per regio geen rol zou kunnen spelen.

De formatie per cliënt zou, los van de regio's en per verpleeghuis bezien, een zelfstandige basis voor verdeling van middelen kunnen zijn. Het is echter de vraag hoe deze factor zou moeten worden gebruikt.

Ook de deskundigheidsmix kan een zelfstandige factor zijn. Deze is bruikbaar als indicator voor de besteding van de ingezette middelen.

3.7 Zorgzwaarteverschillen tussen regio's

Tot besluit van de regionale analyses zijn de zorgzwaarteverschillen nader onderzocht. Het eerste onderzoek had reeds aangetoond dat de zorgzwaarte tussen regio's aanzienlijk verschilt en de zorgzwaarte in de grote steden bovengemiddeld hoog is.

Om deze verschillen nader te operationaliseren met het oog op een mogelijke verdeling van extra middelen, zijn de in het eerste onderzoek gebruikte zorgzwaartescores van 24.000 cliënten omgerekend naar ZZP's. Een dergelijke omrekening naar ZZP's resulteert in een schatting van een mogelijke verdeling van ZZP's en dient uitsluitend om de toepassing van de determinant zorgzwaarte in de ZZP-systematiek ten behoeve van dit onderzoek te analyseren. De zorgzwaartescores, afkomstig uit de Zorgbehoeftemeting OuderenZorg (de ZOZ), zijn over het jaar 2005 beschikbaar voor 147 verpleeghuizen en 24.000 cliënten. De cliënten zijn ingedeeld in een van de zestien zorgbehoeftegroepen uit de ZOZ.

De omrekening⁵ als volgt uitgevoerd. Via de benchmark verpleeg- en verzorgingshuizen is per ZOZ-cliëntgroep bekend hoeveel tijd gemiddeld is besteed aan zorg en behandeling. De cliënten zijn vervolgens op basis van zorgtijden ingedeeld bij de ZZP die qua zorgtijd overeenkwam met de daadwerkelijk verleende zorg. Hierbij zijn drie correcties doorgevoerd:

- omdat de daadwerkelijke zorgtijd per ZOZ-groep alleen de direct cliëntgebonden tijd betreft en de ZZP's uitgaan van direct én indirect cliëntgebonden tijd, is de cliëntgebonden tijd per ZOZ-groep verhoogd met de gemiddelde indirect cliëntgebonden tijd conform ZZP-systematiek (opslag 18%);
- omdat daadwerkelijk gemeten zorgtijd per ZOZ-groep inclusief huishoudelijke verzorging is en deze AWBZ-functie in de ZZP's buiten beschouwing wordt gelaten, is de tijd die voor de betreffende zorgbehoeftegroep is besteed aan huishoudelijke verzorging, op de totale zorgtijd in mindering gebracht;
- bijzondere doelgroepen zoals cliënten met een CVA of met het syndroom van Korsakov evenals palliatiefterminale cliënten kunnen in de ZOZ niet worden onderscheiden van andere groepen met vergelijkbare zorgzwaarte. Al deze cliënten vallen in de zwaarste ZOZ-groep, ZOZ 16. Omdat het aandeel van deze cliënten in het totaal van ZOZ 16 klein is, is aan de gemiddelde zorgbehoefte in deze groep niet

⁵ Bij de beschreven omrekening dient te worden opgemerkt dat een werkelijke toedeling van cliënten naar ZZP's vindt plaats op basis van de beperkingen van de cliënt. In dit onderzoek is slechts sprake van een schatting. Hoe de werkelijke verdeling van cliënten over de ZZP's er uit zal zien, is pas inzichtelijk als alle instellingen hebben gescoord.

af te zien of een bijzondere doelgroep aanwezig is. Bij de omrekening van ZOZ naar ZZP's zijn deze cliënten daarom niet terug te vinden in de ZZP's 8 en 10, waar zij qua zorgwaarde thuishoren. Deze cliënten zijn ondergebracht in de groep ZZP 7, 8.

Rekening houdend met deze correcties ontstaat het indicatieve beeld, zoals weergegeven in Tabel 3.3. In het overzicht ontbreekt ZZP 10, omdat de betreffende cliënten in de ZOZ niet zijn te onderscheiden.

Tabel 3.3: Indicatieve verdeling cliënten verpleeghuizen over ZZP's (omgerekend vanuit zorgwaarde)

REGIO	1	2	3	4	5,6	7,8	9
Groningen	0,0%	0,1%	3,8%	17,9%	54,0%	21,9%	2,2%
Friesland	0,0%	0,1%	5,9%	16,1%	52,5%	23,6%	1,8%
Drenthe	0,2%	2,6%	7,1%	14,2%	52,2%	19,7%	3,9%
Zwolle	0,0%	0,2%	8,4%	10,7%	43,5%	22,8%	14,5%
Twente	0,0%	0,0%	4,7%	15,7%	52,8%	25,2%	1,5%
Apeldoorn, Zutphen e.o.	0,0%	0,0%	11,0%	17,0%	51,1%	18,2%	2,7%
Arnhem	0,0%	0,0%	3,9%	13,4%	56,5%	25,7%	0,5%
Nijmegen	0,0%	0,1%	8,4%	15,6%	50,3%	22,0%	3,5%
Utrecht	0,0%	0,1%	6,3%	15,3%	53,1%	24,2%	1,0%
Flevoland	0,0%	0,0%	20,3%	21,4%	36,5%	18,8%	3,0%
't Gooi	0,0%	0,1%	6,6%	17,7%	52,5%	19,2%	3,9%
Noord-Holland Noord	0,0%	0,0%	5,2%	18,9%	53,3%	20,6%	2,0%
Kennemerland	0,0%	0,0%	7,5%	16,9%	52,4%	19,8%	3,4%
Zaanstreek/Waterland	0,0%	0,0%	7,6%	15,1%	66,5%	8,2%	2,6%
Amsterdam	0,0%	0,0%	8,3%	17,8%	36,9%	32,5%	4,5%
Amstelland, Meerlanden	0,0%	0,0%	2,4%	10,2%	58,5%	25,5%	3,4%
Zuid-Holland Noord	0,0%	0,0%	4,7%	13,3%	48,0%	27,8%	6,2%
Haaglanden	0,0%	0,1%	9,1%	17,1%	50,0%	22,2%	1,5%
Delft Westland Oostland	0,0%	0,0%	15,2%	12,2%	47,5%	23,2%	1,9%
Midden-Holland	0,0%	0,2%	4,7%	16,0%	48,6%	27,5%	3,0%
Rotterdam	0,0%	0,1%	7,6%	13,9%	49,9%	27,5%	1,0%
Nieuwe Waterweg Noord	1,3%	0,0%	18,1%	20,9%	37,3%	11,0%	11,4%
Zuidhollandse eilanden	0,0%	0,0%	2,9%	7,2%	46,3%	32,2%	11,5%
Waardenland	0,0%	0,3%	3,9%	10,3%	45,6%	36,6%	3,4%
Zeeland	0,0%	0,0%	0,6%	9,7%	45,5%	43,5%	0,6%
West-Brabant	0,0%	0,2%	5,6%	15,1%	56,4%	21,1%	1,7%
Midden-Brabant	0,0%	0,0%	3,0%	8,2%	56,0%	29,1%	3,7%
Noord-Oost Brabant	0,0%	0,0%	6,3%	13,6%	50,8%	28,4%	0,9%
Zuidoost Brabant	0,0%	0,0%	8,4%	17,4%	52,2%	19,9%	2,0%
Noord-Limburg	0,0%	1,3%	8,1%	31,8%	35,6%	15,7%	7,6%
Zuid-Limburg	0,0%	0,1%	8,2%	15,7%	49,9%	25,1%	1,1%
Gemiddeld	0,0%	0,1%	7,2%	15,3%	50,7%	23,3%	3,3%

Bron: ZOZ 2005 (N=23.904)

In de tabel zijn de ZZP's 5 en 6 samengenomen omdat ze beide uitgaan van 18 uur zorg per week. Omdat de basis van toedeling de zorgtijd uit de ZOZ is, kan geen onderscheid worden gemaakt.

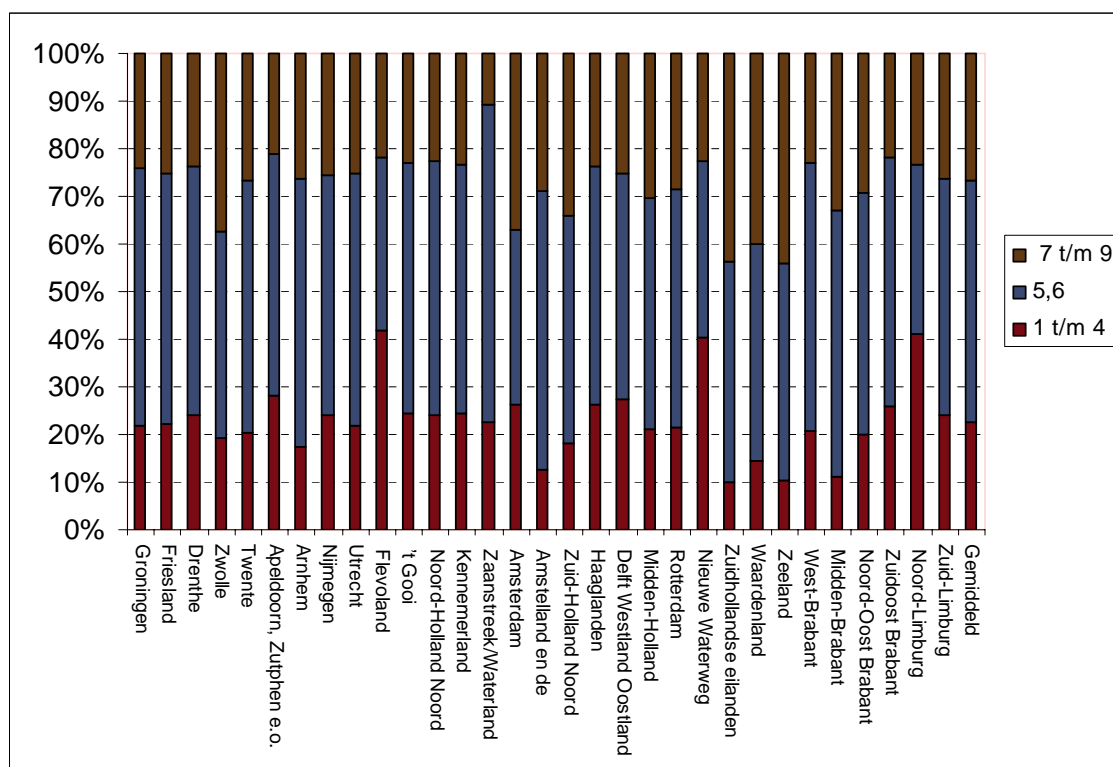
De ZZP's 7 en 8 zijn samengenomen vanwege omrekening van de zorgtijden voor de bijzondere doelgroepen.

Omdat de zorgzwaartemeting, de tijdmeting en de omrekening voor alle regio's identiek zijn uitgevoerd, geeft de tabel een goed inzicht in de verschillen per regio. Zo is te zien dat, zoals verwacht, het percentage cliënten in ZZP 1 en 2 in nagenoeg alle regio's te verwaarlozen is, maar

dat vanaf ZZP 3 de percentages uiteen gaan lopen. In de ene regio is sprake van een veel zwaardere cliëntgroep dan in de andere regio. Ongeveer de helft van de verpleeghuiscliënten behoort tot ZZP 5 en 6. Het aandeel varieert echter van eenderde tot tweederde.

In figuur 3.7 worden de regionale verschillen nog beter zichtbaar. Ter wille van de leesbaarheid zijn in de figuur de ZZP's 1 t/m 4, 5 en 6 en 7 t/m 9 samengevoegd tot drie clusters.

Figuur 3.7: Regionale verschillen ZZP's



Bron: Bewerking ZOZ-gegevens

De verschillen in zorgzwaarte zijn duidelijk zichtbaar. Het aandeel cliënten in de ZZP's 1 tot en met 4 is gemiddeld 23%, maar er zijn drie regio's waar het aandeel groter dan 40% is. In Zeeland echter is het aandeel niet groter dan 11%.

Het aandeel cliënten in de ZZP's 7 tot en met 9 is gemiddeld 27%, maar varieert van 11% in Zaanstreek/Waterland tot 44% in de regio's Zuid-Hollandse Eilanden en Zeeland.

In Rotterdam (28%) en zeker in Amsterdam (36%) is het aandeel cliënten in de ZZP's 7 tot en met 9 bovengemiddeld. Ook in andere regio's zoals Zwolle en Vaardenland is het aandeel cliënten in de ZZP's 7 tot en met 9 bovengemiddeld.

De oorzaak van de regionale verschillen is in dit onderzoek niet achterhaald. Eén van de oorzaken kan de regionale vraagaanbodverhouding zijn: de mate waarin verpleeghuiszorg tevens wordt geboden door verzorgingshuizen of thuiszorg. Hierbij valt ook te denken aan de 'verkeerde bed'-problematiek, overbruggingszorg en wachtlijsten. Voor een aantal kleinere regio's geldt mogelijk dat er een samenhang is tussen de zorgzwaarte van de cliënten in de verpleeghuizen en de naburige regio's.

Nadere analyse leert echter wel dat de verschillen binnen de regio's even groot zijn als de verschillen tussen de regio's. Bovendien is opnieuw geen patroon te ontdekken in de onderzochte verschillen.

Eén van de vragen van de Staatssecretaris luidt of de NZa wil aangeven voor welke ZZP's op basis van het onderzoek een tariefsverhoging aan de orde zou zijn. Om deze vraag te kunnen beantwoorden, is nagegaan of het mogelijk is om het verschil tussen geïndiceerde en geleverde zorg per ZZP te berekenen. Dit bleek echter met de huidige gegevens niet het geval te zijn.

Door omrekening van de zorgzwaartecores is een indicatieve verdeling naar ZZP's geconstrueerd. Hierbij is het gemiddelde aantal daadwerkelijk geleverde uren per zorgbehoeftegroep bepalend voor de ZZP. Het aantal uren zorg dat een zorgbehoeftegroep ontvangt, ligt binnen de bandbreedte van een ZZP. Een vergelijking met de geïndiceerde zorg is dan alleen zinvol op het niveau van individuele cliënten. En juist die vergelijking is met het beschikbare materiaal niet te maken, omdat van de cliënten van wie de zorgtijd is gemeten, geen indicatie op cliëntniveau beschikbaar is.

Het onderzoek toont aan dat de zorgzwaarteverschillen tussen verpleeghuizen de basis voor verdeling van de extra middelen zouden kunnen vormen. Dit doet tevens recht aan de regionale verschillen, omdat in regio's met een zware cliëntgroep ook veel verpleeghuizen met een zware cliëntgroep gevestigd zullen zijn. Het hanteren van de zorgzwaarte als directe basis voor verdeling van extra middelen heeft de voorkeur. De wijze waarop de zorgzwaarte kan worden gebruikt als basis voor verdeling van middelen komt in hoofdstuk 5 aan de orde.

4. Het onderscheid tussen psychogeriatricie en somatiek

Na de bespreking van regioverschillen als basis voor een mogelijke verdeling van extra middelen komt in dit hoofdstuk het onderscheid tussen psychogeriatricie en somatiek als mogelijke basis aan de orde. In het eerste onderzoek was gekozen voor de volgende definitie: verpleeghuizen met meer dan 60% psychogeriatricische bedden⁶ horen tot 'psychogeriatricie' en verpleeghuizen met meer dan 60% somatische bedden tot 'somaticie'.

Evenals in het geval van de regiocomponent, is in het eerste onderzoeksrapport geconcludeerd dat het onderscheid tussen psychogeriatricie en somaticie een aangrijpingspunt voor middelenverdeling zou kunnen zijn. De volgende verschillen zijn gevonden.

Tabel 4:1: Verschillen samenhangend met het onderscheid psychogeriatricie en somaticie

Vergelijking	Uitkomst
Verskil tussen geïndiceerde en geleverde zorg	Verskil in de psychogeriatricie is óf benedengemiddeld óf bovengemiddeld, verschil in de somaticie is gemiddeld groot.
Rendement (netto resultaat 2004 ten opzichte van de aanvaardbare kosten 2004)	In de psychogeriatricie duidelijk hoger dan in de somaticie: 1,51% versus 0,62%.
Formatie cliëntgebonden personeel per bed	In de psychogeriatricie 0,91, in de somaticie 1,06
Formatie overheadpersoneel per bed	Geen verschil: 0,08
Riscoscore Inspectie gezondheidszorg	Nauwelijks verschillen
Cliëntoordeel	Nauwelijks verschillen
Ziekteverzuim	Nauwelijks verschillen
Good practices (verpleeghuizen met kwaliteitsscore bij de hoogste 25% en financiële score bij de hoogste 25%)	Vaker psychogeriatricie dan somaticie

Bron: Rapport Doelmatigheid verpleeghuizen in relatie tot verantwoorde zorg onderzocht, CTG/ZAio juni 2006.

De beschikbaarheid van indicatiegegevens op verpleeghuisniveau in het aanvullende onderzoek maakte het mogelijk om een zuiverder vergelijking tussen geïndiceerde en geleverde zorg te maken. Het blijkt nu dat het verschil tussen geïndiceerde en geleverde zorg in de psychogeriatricie gemiddeld groter is dan in de somaticie. Gemiddeld genomen is het zorgverschil in psychogeriatricische verpleeghuizen 5,19 uur en in somatische verpleeghuizen 3,01 uur.

Ook de zorgzwaartegegevens zijn nader geanalyseerd. Het blijkt in de eerste plaats dat bij 65,7% van de verpleeghuiscliënten sprake is van een combinatie van psychogeriatricische en somatische problematiek. Daarmee is de term 'onderscheid psychogeriatricie en somaticie' enigszins gechargeerd: bij slechts eenderde van de cliënten is één van beide

⁶ Bron: Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

grondslagen van toepassing⁷. Verder blijkt dat in de psychogeriatrische verpleeghuizen de gemiddelde zorgzwaarte (enigszins) hoger is dan in de somatische verpleeghuizen: 57,5 versus 52,3 op een schaal van 0 - 100.

Er blijkt geen verschil tussen de regio's als het gaat om het aandeel psychogeriatricie.

Bij de voorgaande analyses geldt dat slechts een relatief klein aantal instellingen in de analyse is betrokken: twintig psychogeriatrische en elf somatische verpleeghuizen. Uit de analyse lijkt het onderscheid tussen psychogeriatricie en somatiek aannemelijk als aangrijpingspunt voor middelenverdeling.

Bij een mogelijke operationalisering van dit aangrijpingspunt doet zich echter een probleem voor. Een logische wijze van middeleninzet zou zijn een tariefsverhoging van een ZZP dat zich op psychogeriatrische cliënten richt. Echter, de huidige ZZP's voor de sector verpleging en verzorging maken geen scherp onderscheid tussen psychogeriatricie en somatiek. Dit onderscheid is slechts terug te vinden in de grondslag van de cliënt, in de onderbouwing van de ZZP's. Deze onderliggende onderbouwing is geen bekostigingsparameter en wordt derhalve niet geregistreerd. Hierdoor is er minder mogelijkheid om de middelen via de ZZP's toe te kennen voor alleen psychogeriatricie dan wel alleen somatiek, zonder een extra registratie-inspanning van de zorgaanbieders. Als toch voor toedeling op grond van het onderscheid tussen psychogeriatricie en somatiek wordt gekozen, betekent dit dat de verpleeghuizen de grondslaggegevens afzonderlijk moeten aanleveren. De NZa acht deze extra administratieve last ongewenst.

In 2007 is er een keuzemogelijkheid voor een toeslag op basis van het percentage toegelaten psychogeriatrische bedden per verpleeghuis, maar deze basis is mogelijk minder betrouwbaar, omdat de toelating nu al, en zeker in de nieuwe zorgzwaartebekostiging, niet bepalend is voor de te leveren ZZP's.

Het onderzoek toont aan dat toedeling van middelen op grond van het onderscheid tussen psychogeriatricie en somatiek op zich mogelijk is. Het verschil tussen geïndiceerde en geleverde zorg is in de psychogeriatricie hoger dan in de somatiek. Aan de operationalisering zijn echter nadelen verbonden, zodat deze determinant niet als eerste in aanmerking komt. Bij de inzet van extra middelen op basis van zorgzwaarte wordt tevens tegemoet gekomen aan verschillen tussen psychogeriatricie en somatiek.

⁷ Deze uitspraak geldt voor de op een peildatum aanwezige cliënten. Het aantal somatische indicaties is hoger dan het aantal psychogeriatrische en gecombineerde (64,1% versus 13,5% en 15,1%), maar dit heeft te maken met het feit dat de opnameduur korter is.

5. Inzet van extra middelen gebaseerd op ZZP's

Op grond van dit aanvullende onderzoek adviseert NZa de verdeling van de extra middelen te baseren op de zorgzwaarte, en daarmee tevens invulling te geven aan de regiodeterminant en desgewenst aan het onderscheid tussen psychogeriatricie en somatiek.

Ook adviseert de NZa om verpleeghuizen met een bovengemiddeld zware cliëntgroep tegemoet te komen met extra middelen. Temeer omdat vanuit het eerste onderzoek bekend is dat in verpleeghuizen met een zwaardere cliëntgroep de productiviteit hoger is en meer zorg wordt geleverd. Een *beloning* is dan op zijn plaats.

Verder is uit benchmarkonderzoek gebleken dat cliënten met een lichtere zorgzwaarte minder zorg krijgen als zij verblijven in een verpleeghuis met relatief veel zware cliënten. Blijkbaar zetten verpleeghuizen de middelen eerst voor de zware cliënten in. Extra middelen voor zware cliënten komen in dat geval ook aan de andere (lichtere) cliënten ten goede.

5.1 Extra middelen voor cliënten in ZZP 7 tot en met 10

Een manier om tot toedeling over te gaan is het berekenen van een toeslag op basis van het aantal cliënten in de ZZP's 7 tot en met 10. Verpleeghuizen die een groter aandeel cliënten in deze ZZP's hebben dan gemiddeld, ontvangen bijvoorbeeld een bedrag per procent van het bovengemiddelde deel. Volgens de berekening in dit onderzoek wordt het totaal aantal cliënten in verpleeghuizen ingedeeld in een van de ZZP's 7, 8, 9 of 10 geraamd op circa 17.000.

Desgewenst kan de determinant verhouding tussen psychogeriatricie en somatiek worden meegenomen door het aandeel cliënten in ZZP 7 zwaarder te laten meewegen dan het aandeel cliënten in de ZZP's 8, 9 en 10. Cliënten in ZZP 7 hebben ernstige psychogeriatricische of psychische problematiek.

Bij de verdere uitwerking dienen verpleeghuizen er rekening mee te houden dat er al zorgzwaartetoeslagen bestaan, en wel voor een aantal cliëntgroepen in de genoemde ZZP's. Uit praktische overwegingen adviseert de NZa om deze toeslagen vooralsnog in stand te laten en de extra middelen additioneel in te zetten.

Een verdeling van de extra middelen op basis van zorgzwaarte haalt als het ware het herallocatietraject naar voren. Verpleeghuizen met een zware cliëntgroep krijgen versneld de daarbij behorende middelen, zonder dat de andere verpleeghuizen versneld behoeven af te bouwen. Een dergelijke verdeling sluit bovendien aan bij het tijdelijk karakter dat de Staatssecretaris aan de middelen wenst mee te geven.

Het herallocatietraject als gevolg van de ZZP-methodiek betekent dat verpleeghuizen, waarvan het huidig budget hoger is dan het budget op basis van ZZP's, financieel gaan afbouwen. Dit betekent dat zij hun productiviteit per medewerker zullen moeten verhogen.

De regiodeterminant wordt via een verdeling op basis van zorgzwaarte automatisch meegenomen. Immers, in regio's met relatief veel verpleeghuizen met een zware cliëntgroep wordt een relatief groot deel van de middelen ingezet.

5.2 Uitwerking

Als extra voorwaarde bij de verdeling van middelen zouden verpleeghuizen verplicht kunnen worden de ingezette deskundigheid vergroten. Deze voorwaarde past bij het gegeven dat cliënten in de hogere ZP's meer gespecialiseerde zorg nodig hebben. Het aandeel medewerkers van niveau 3 en hoger kan worden verhoogd door medewerkers van deze hogere niveaus aan te trekken of door zittende medewerkers bij te scholen, in combinatie met een formatie-uitbreiding.

Op basis van dit onderzoek adviseert de NZa om de extra middelen in te zetten vanaf 1 juli 2007. Voorwaarde voor verdeling van de middelen op basis van ZP's vanaf 1 juli 2007 is dat kan worden beschikt over de (gevalideerde) ZP-score van de instellingen. Het gaat dan voor 2007 om € 63 miljoen. Een start vanaf 1 juli 2007 biedt bovendien de gelegenheid om aan de hand van de voorlopige ZP-tarieven de inzet van extra middelen te vergelijken met het 'huidige' budget van het verpleeghuis. Het is niet de bedoeling dat op individueel verpleeghuisniveau de extra middelen het niveau van het uiteindelijke ZP-budget overstijgen.

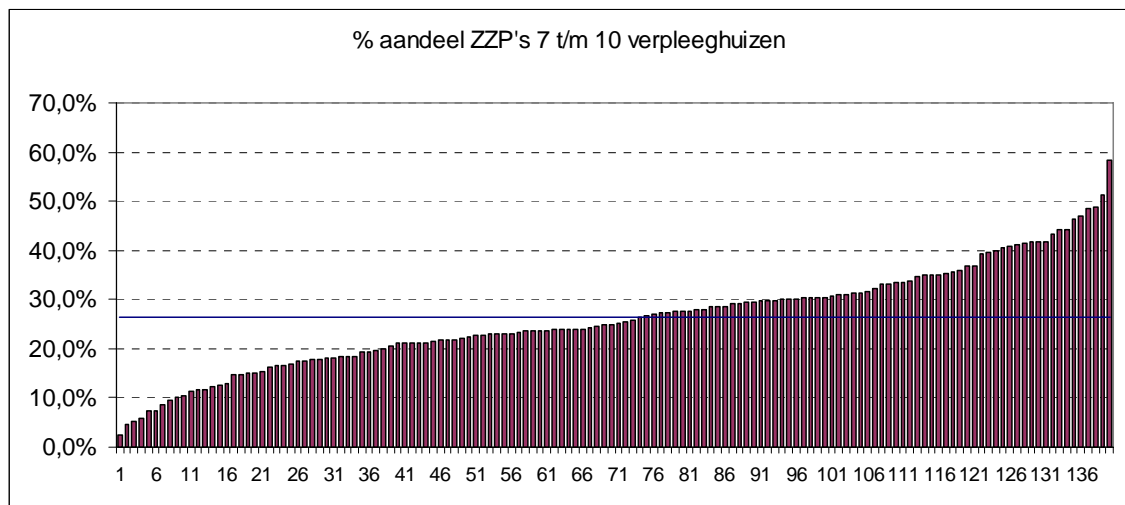
5.3 Middelen bestemd voor verpleeghuizen

Zowel het eerste onderzoek als het aanvullend onderzoek heeft uitsluitend betrekking op verpleeghuizen en niet op verpleeghuiscliënten in verzorgingshuizen. Ook de berekening van de benodigde extra middelen, € 250 miljoen, is gebaseerd op het aantal cliënten in verpleeghuizen. Onderkend moet worden dat ook een aantal cliënten met een indicatie voor verblijf en behandeling in verzorgingshuizen verblijven. Deze zijn binnen dit aanvullende onderzoek buiten beschouwing gebleven. De extra middelen die nu door de Staatssecretaris beschikbaar zijn gesteld, zullen daarom worden ingezet voor cliënten in verpleeghuizen.

Gelet op de keuze voor een verdeling van middelen op basis van het aandeel cliënten in de ZP's 7 tot en met 10, voornamelijk verpleeghuisgeïndiceerde cliënten, betekent dat de middelen grotendeels automatisch in de verpleeghuizen worden ingezet en niet in de verzorgingshuizen.

5.4 Verdeling ZZP's 7 tot en met 10 per verpleeghuis

Figuur 5.1: Verdeling ZZP's 7 t/m 10 verpleeghuizen



Bij 140 verpleeghuizen is met behulp van de ZOZ gegevens nagegaan in hoeverre deze verpleeghuizen naar verwachting cliënten hebben in de ZZP categorieën 7 t/m 10. Uit de analyse blijkt dit het geval te zijn. Gemiddeld hebben verpleeghuizen 26% cliënten in deze groepen. Er is echter een grote spreiding aanwezig, van 2,5% tot 58%. Een toeslag op de tarieven van de ZZP's 7 tot en met 10 zal dus bij alle verpleeghuizen tot budgetverbetering leiden, zij het met nadruk bij die instellingen waar sprake is van een bovengemiddelde zorgzwaarte.

Bijlage A – Brief VWS vervolgvragen

College tarieven gezondheidszorg
t.a.v de Voorzitter
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Ons kenmerk	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
DLZ-KZ-2697188	drs. A. Jonkers	070-3407041	
Onderwerp		Bijlage(n)	Uw brief
onderzoek doelmatigheid verpleeghuizen			

04 JUL 2006

Op 21 juni is aan mij het rapport 'Doelmatigheid verpleeghuizen in relatie tot verantwoorde zorg onderzocht' aangeboden. Zoals bij de ontvangst van het rapport uitgesproken, neem ik de conclusies zeer ter harte.

Het rapport geeft aanleiding om een tweetal vervolgvragen te stellen aan het CTG/ Zaio. In deze brief leg ik mijn vervolgvragen voor aan u met het verzoek om hier vóór 31 juli 2006 een antwoord op te geven voor het overleg in het kabinet.

Mijn eerste vraag betreft het door het CTG/ZAio geconstateerde verschil van 2,5 uur in aantal geleverde uren zorg. Naar mijn indruk is in het rapport niet uitgewerkt waar deze 2,5 uur uit bestaat. In het door het CTG als meest wenselijk geachte scenario is uitgegaan van een gemiddeld tarief. Hierbij is geen inhoudelijke onderbouwing gegeven uit welke elementen dit tarief is opgebouwd. Ik vraag u om alsnog deze inhoudelijke onderbouwing zodat een indruk kan worden verkregen van de achterliggende zorgfuncties en bijbehorende kosten.

Mijn tweede vraag aan het CTG/ZAio betreft de door u aangegeven determinanten regio en de doelgroep somatiek / psychogeriatric. In het rapport is gesteld dat deze determinanten kunnen worden gebruikt als verdeelsleutel voor extra financiële middelen. Ik wil weten op welke wijze deze determinanten toe zijn te passen, hierbij rekening houdend met de invoering van de zorgzwaartebekostiging, zodat de middelen ook bij de juiste doelgroep terecht komen. Graag verneem ik van u welke zorgzwaartepakketten concreet met welk bedrag moeten worden opgehoogd, en in welke regio dat van toepassing moet zijn.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

drs. Clémence Ross-van Dorp

Bijlage B - Brief NZa beantwoording vervolgvraag 1

De Staatssecretaris van
Volksgezondheid Welzijn en Sport
Mevrouw drs. C.I.J.M. Ross-van Dorp
Postbus 20350
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

Utrecht, 3 augustus 2006
Uw brief van: 4 juli 2006
Uw kenmerk: DLZ-KZ-2697188
Ons kenmerk: ISCS/RSOS/ihot/A/06/139
Behandeld door: mevr. drs. I. Schoenmakers/ mevr. drs. R.E. Sonnemans
Doorkiesnr: 030 296 81 19
Afdelingsfax: 030 296 82 92
E-mail: ischoenmakers@ctg-zaio.nl / rsonnemans@ctg-zaio.nl
Onderwerp: onderzoek doelmatigheid verpleeghuizen

Mevrouw de Staatssecretaris,

In uw brief van 4 juli 2006 (DLZ-KZ-2697188) legt u CTG/ZAio een tweetal vervolgvragen voor aangaande het rapport 'Doelmatigheid van verpleeghuizen in relatie tot normen voor verantwoorde zorg', met het verzoek deze vóór 31 juli 2006 te beantwoorden.

Uw eerste vraag betreft een inhoudelijke onderbouwing van het geconstateerde verschil van gemiddeld 2,5 uur tussen het aantal geïndiceerde en geleverde uren zorg. In samenwerking met PricewaterhouseCoopers (PwC) is deze vraag inmiddels beantwoord. De berekening en de analyse treft u aan in de bijlagen 1 en 2.

De inzet van eventuele extra financiële middelen op basis van de onderscheiden functies verdient naar de mening van CTG/ZAio geen aanbeveling, aangezien reeds substitutie plaatsvindt tussen de functies. Dit zal met name het geval zijn tussen huishoudelijke verzorging HVZ enerzijds en persoonlijke verzorging (PV) en ondersteunende begeleiding (OB) anderzijds. Hierbij moet worden aangetekend dat over de kwaliteit van deze zorg geen uitspraken kunnen worden gedaan.

Opvallend in de analyse zijn de intramurale indicaties voor HVZ. Sinds de Modernisering AWBZ is HVZ onderdeel van de functie verblijf en behoren verpleeghuiscliënten geen separate indicatie voor HVZ te krijgen. Desondanks is er sprake van geïndiceerde HVZ-uren. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat dit nog indicaties betreffen die zijn afgegeven vóór de modernisering. CTG/ZAio is voornemens dit in samenwerking met het Centrum Indicatiestelling Zorg uit te zoeken.

Uw tweede vervolgvraag heeft betrekking op de determinanten zorgzwaarte, regio en verhouding somatiek/ psychogeriatric. De vraag luidt op welke wijze deze determinanten toe zijn te passen, rekening houdend met de invoering van zorgzwaartebekostiging.

Het ontwikkelen van een methodiek om op basis van deze determinanten extra middelen te verdelen vergt nader onderzoek en is daarom nog niet per 1 augustus 2006 beschikbaar. CTG/ZAio heeft PwC opdracht verstrekt dit onderzoek uit te voeren. Naar verwachting zal de eindrapportage van dit onderzoek eind oktober 2006 worden opgeleverd. Hierbij moet de kanttekening worden geplaatst dat de resultaten sterk afhankelijk zijn van de mogelijkheid van zorgkantoren om de benodigde gegevens aan te leveren. Volgens afspraak komen ook de kosten van dit vervolgonderzoek voor rekening van VWS.


Briefnummer: ISCS/RSOS/ihot/A/06/139

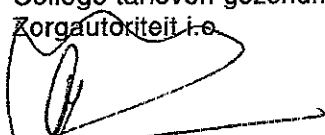
In het geval dat het nu lopende proces leidt tot de inzet van extra budgettaire middelen, stelt CTG/ZAio voor om deze onder de volgende voorwaarden ter beschikking te stellen:

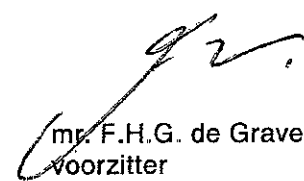
- de verpleeghuizen leveren zorg conform de indicaties;
- de 'learning potentials' verhogen hun efficiency naar het landelijk gemiddelde;
- de verpleeghuizen stellen de noodzakelijke gegevens beschikbaar om op beide genoemde punten te kunnen monitoren.

CTG/ZAio is gaarne bereid om in gezamenlijk overleg met de zorgkantoren een voorstel te ontwikkelen hoe dit het beste kan worden gemonitord.

Hoogachtend,

 College tarieven gezondheidszorg/
Zorgautoriteit i.o.


drs. A.L.M. Barendregt,
algemeen directeur


mr. F.H.G. de Grave,
voorzitter

Bijlagen: 2

Bijlage C - Analyse t.b.v. vervolgvraag 1

Samenvatting

In haar reactie op het door de NZa uitgebrachte rapport 'Doelmatigheid verpleeghuizen in relatie tot verantwoorde zorg onderzocht' heeft de Staatssecretaris van VWS twee vervolgvragen gesteld. De NZa heeft PricewaterhouseCoopers verzocht bij de beantwoording daarvan ondersteuning te bieden. Deze notitie bevat een analyse ten behoeve van de beantwoording van de eerste vervolgvraag, die luidde 'hoe is het in het rapport geconstateerde verschil tussen geïndiceerde en leverbare zorg opgebouwd'.

Uit de nadere analyse blijkt dat het aantal geïndiceerde uren huishoudelijke verzorging en behandeling lager is dan het aantal leverbare uren, maar dat het bij alle andere functies andersom is⁸. Uitgedrukt in bedragen doet het grootste verschil zich voor bij de persoonlijke verzorging: bijna 293 miljoen euro.

Als het gaat om een eventuele toedeling van middelen op basis van de onderzoeksbevindingen, geven wij in overweging om deze niet op onderscheiden functies te baseren. Dan zou geen rekening gehouden worden met de in de praktijk toegepaste, en in de ZZP's besloten, substitutie tussen functies en zou het accent te veel komen te liggen op de dure functies. Daarom wordt geadviseerd van een toedeling op basis van afzonderlijke functie af te zien. Als toedeling op basis van functies toch gewenst is, kan het beste worden ingezet op de functies persoonlijke verzorging en ondersteunende begeleiding, gecorrigeerd voor substitutie met huishoudelijke verzorging.

Bij de beantwoording van de tweede vervolgvraag komt het verdelingsvraagstuk nader aan de orde, als onder meer de determinant psychogeriatric en somatiek nader wordt onderzocht. Mogelijk kan de toedeling van eventuele extra middelen dan worden gebaseerd op praktijksignalen over bijvoorbeeld een gebrek aan toezicht op cliënten en problemen als uitdroging.

Vraagstelling: opbouw verschil geïndiceerde en leverbare zorg

Op 21 juni 2006 heeft de voorzitter van de NZa het rapport 'Doelmatigheid verpleeghuizen in relatie tot verantwoorde zorg onderzocht' aangeboden aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De Staatssecretaris heeft laten weten de conclusies uit het rapport zeer serieus te nemen. Ter voorbereiding op een inhoudelijk standpunt heeft het Ministerie de NZa verzocht een tweetal vervolgvragen te beantwoorden. De eerste vraag heeft betrekking op een nadere analyse van het geconstateerde verschil tussen geïndiceerde en leverbare zorg, de tweede op de allocatie van eventuele extra financiële middelen.

De NZa heeft PricewaterhouseCoopers verzocht om de beantwoording van de vragen voor te bereiden.

Deze notitie gaat in op de eerste vraag. Over de tweede vraag wordt in een iets later stadium gerapporteerd.

In het genoemde onderzoeksrapport wordt geconstateerd dat het verschil tussen het geïndiceerde zorgvolume en het leverbare

⁸ Nb. Van de functie behandeling zijn geen geïndiceerde uren bekend, zodat het aantal gelijk gesteld is aan het aantal geleverde uren.

zorgvolume gemiddeld 2,5 uur per cliënt per week bedraagt. In de nu volgende tabel ziet u een overzicht. De geïndiceerde zorg is het gemiddelde zorgvolume dat in 2005 door het CIZ is geïndiceerd, de werkelijk geleverde zorg is de uit de benchmark blijkende zorgtijd (gemeten via tijdstudie). De leverbare zorg is de zorg die verpleeghuizen zouden kunnen leveren als alle verpleeghuizen met een benedengemiddelde productiviteit en/of formatie cliëntgebonden personeel minimaal het huidige gemiddelde niveau zouden weten te realiseren.

Tabel 1: Geïndiceerde, geleverde en leverbare zorg per cliënt per week, verpleeghuiscliënten 2005

	Uren per week per cliënt	Uren verschil met geïndiceerde zorg
Geïndiceerde zorg	25,7	-
Werkelijk geleverde zorg	21,8	3,9
Leverbare zorg bij gemiddelde productiviteit en formatie	23,2	2,5

Bron: CIZ 2005, jaar enquête verpleeghuizen 2004 en benchmark Arcares 2004/2005

Bij deze vergelijking is in het rapport aangetekend dat voor de vergelijking gebruik is gemaakt van beschikbare gegevens (conform de opdracht), waarbij bijvoorbeeld niet nader is onderzocht of de geïndiceerde zorg bij levering in een intramurale setting mogelijk te krap of juist te ruim is om aan de zorgvraag te voldoen.

De vervolgvraag die het Ministerie stelt, is uit welke elementen (AWBZ-functies) de 2,5 uur verschil tussen geïndiceerde en leverbare zorg is opgebouwd. Het rapport bevatte een dergelijke uitsplitsing niet, maar de onderliggende dataset wel. Een nadere analyse van de al verzamelde gegevens was daarmee voldoende om de vraag te kunnen beantwoorden.

Minder HVZ en behandeling geïndiceerd dan leverbaar, overige functies meer geïndiceerd dan leverbaar

Uit de nadere analyse kwam naar voren dat een uitsplitsing naar AWBZ-functie een duidelijk divers beeld oplevert. Voor de HVZ en behandeling geldt dat het geïndiceerde zorgvolume lager is dan het leverbare volume (en ook lager dan het werkelijk geleverde volume. Voor de andere functies is dit precies andersom. In de nu volgende tabel wordt dit zichtbaar.

Tabel 2: Opbouw verschil geïndiceerde en leverbare zorg verpleeghuizen

	HVZ	PVZ	VP	OB	AB	BEH	TOT
Gemiddelde geleverde zorg per week, cf. ZBR-metingen	7,42	8,88	2,10	2,55	0,11	0,77	21,83
Gemiddelde geïndiceerde zorg per week cf. CIZ	4,12	11,60	3,78	4,63	0,80	0,77	25,69
Verskil in uren per week	-3,30	2,72	1,68	2,09	0,69	0,00	3,87
Productiviteitscorrectie aanbod zorg	-0,47	-0,56	-0,13	-0,16	-0,01	-0,05	-1,37
Afwijking aanbod t.o.v. indicatiestelling	-3,77	2,16	1,54	1,93	0,68	-0,05	2,49
Kostprijzen uit benchmark 2005	36,17	41,62	50,94	48,12	63,6	137,16	43,91
Gewogen gemiddelde kosten per week o.b.v. aanbod	268,47	369,52	107,04	122,47	7,02		40,07
Berekening aanvullend budget per jaar	-510.674.651	292.656.691	209.186.101	260.996.339	92.050.967	-6.548.844	337.666.603
Afgerond in miljoenen	-511	293	209	261	92	-7	338

Bron: CIZ 2005, jaarenquête verpleeghuizen 2004 en benchmark Arcares 2004/2005

Uit de tabel is af te lezen dat voor de functie HVZ gemiddeld 4,12 uur wordt geïndiceerd en gemiddeld 4,59 uur leverbaar is. Dat zou in theorie kunnen leiden tot een budgetcorrectie van 511 miljoen euro. Ook voor de functie behandeling geldt dat een negatieve budgetcorrectie uit de berekeningen voort zou vloeien. Echter, omdat in 2005 de functie behandeling niet in termen van urenvolume werd geïndiceerd, is in de analyse aangenomen dat het geïndiceerde volume gelijk is aan het werkelijk geleverde volume. Het is dus voor deze functie alleen de productiviteitscorrectie die in budget is vertaald.

Voor alle andere functies geldt dat er meer zorg is geïndiceerd dan er leverbaar is. Het verschil is het grootst bij de functie persoonlijke verzorging, 2,16 uur. Echter ook voor de functies verpleging (1,54 uur) en ondersteunende begeleiding (1,93 uur) is het verschil aanzienlijk.

Het saldo van het 'te veel' geïndiceerde zorgvolume en het 'te weinig' geïndiceerde zorgvolume is zoals vermeld 2,5 uur. De 2,5 uur is opgebouwd uit 3,82 uur 'te veel' en 6,31 uur 'te weinig'.

Baseren inzet financiële middelen op onderscheiden functies leidt tot buiten beschouwing blijven van substitutie-effect

In het onderzoeksrapport komt de financiële vertaling van de 2,5 uur verschil uit op 338 miljoen euro, op basis van de gemiddelde gewogen kostprijs per uur van € 40,07 (gewogen voor het aandeel van het aanbod per functie in het totale aanbod).

De vraag is vervolgens hoe de nu zichtbaar gemaakte differentiatie naar functies een rol zou kunnen spelen bij de inzet van eventuele extra financiële middelen.

Gedacht zou kunnen worden aan inzet op één of twee van de functies. Echter, daarbij is een aantal opmerkingen te maken. In de eerste plaats is de vraag op welke wijze kan worden gecontroleerd of de extra middelen ook werkelijk voor deze functies zijn ingezet. Financiering van intramurale zorg vindt immers niet plaats op basis van functies, en ook een registratie van verleende zorg per functie is niet beschikbaar. Dat zal ook in het systeem van de nieuwe zorgzwaartebekostiging niet het geval zijn. De ZZP's zijn immers gebaseerd op de gedachte dat alleen een bandbreedte van het totale zorgvolume wordt aangegeven en dat daarbinnen substitutie mogelijk is.

Daarmee is tevens de volgende kanttekening aangegeven. Een inzet op afzonderlijke functies doet geen recht aan het feit dat ook nu al substitutie tussen de functies plaatsvindt. Dat zal met name het geval zijn tussen de functie HVZ enerzijds en PV of OB anderzijds. Door de focus te veel te richten op in dit geval PV en OB, wordt de substitutie door de goedkopere HVZ buiten beschouwing gelaten. Daardoor bestaat

de kans dat 'ontbrekende' PV of OB wordt gefinancierd terwijl een deel daarvan in werkelijkheid wel wordt geleverd. Daarbij zij aangetekend dat met deze constatering geen uitspraken worden gedaan over de kwaliteit van de zorg.

Conclusie

De conclusie die uit de nadere analyse kan worden getrokken is dat het minder zuiver is om de eventuele extra middelen niet te verbijzonderen naar functies. Als daaraan toch de voorkeur wordt gegeven, kan het beste worden ingezet op de functies PV en OB, als daarbij rekening wordt gehouden met substituering vanuit het 'teveel' aan HVZ.

De allocatie naar individuele verpleeghuizen is een onderwerp dat bij de beantwoording van de tweede vervolgvraag aan de orde komt.

**Bijlage D – Aanbiedingsbrief Staatssecretaris t.b.v.
'rapport Inzet additionele middelen verpleeghuizen
nader onderzocht'**



Nederlandse
Zorgautoriteit

De Staatssecretaris van
Volksgezondheid Welzijn en Sport
Mevrouw drs. C.I.J.M. Ross-van Dorp
Postbus 20350
2500 EJ 's-GRAVENHAGE

Moeder Teresalaan 100
3527 WB Utrecht
Postbus 3017
3502 GA Utrecht
T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door
drs. R.E. Sonnemans
drs. I.G. Schoenmakers

Telefoonnummer
030 296 81 19

E-mailadres
rsonnemans@nza.nl

Kenmerk
RSOS/Ihot/A/07/027

Onderwerp
rapport Inzet additionele middelen verpleeghuizen nader onderzocht

Datum
24 januari 2007

Mevrouw de Staatssecretaris,

In reactie op het rapport 'Doelmatigheid verpleeghuizen in relatie tot de normen voor verantwoorde zorg' heeft u in uw brief van 4 juli 2006 een tweetal vervolgvragen gesteld aan de NZa. De eerste vraag is reeds per brief van 3 augustus 2006 beantwoord. De tweede vervolgvraag betreft een nadere analyse van de in het eerste onderzoek gevonden determinanten zorgzwaarte, regio en verhouding psychogeriatric/somatiek, op bruikbaarheid voor de verdeling van extra middelen.

De NZa heeft het genoegen u hierbij het rapport 'Inzet additionele middelen verpleeghuizen nader onderzocht' aan te kunnen bieden.

Bevindingen

Uit de vervolganalyses blijkt de determinant zorgzwaarte het meest onderscheidend tussen verpleeghuizen en daarmee de meest geschikte indicator voor de verdeling van extra middelen. Het eerste onderzoek gaf reeds aan dat verpleeghuizen met relatief zware cliëntgroepen een hogere productiviteit hebben. Door het koppelen van extra in te zetten middelen aan zorgzware cliëntgroepen, i.c. de hogere zorgzwaartepakketten (ZZP's), komen de middelen naar rato terecht bij de efficiëntere verpleeghuizen. Tevens wordt door deze koppeling tegemoet gekomen aan regionale verschillen. Zorgzwaarte blijkt namelijk een onderscheidende factor tussen zowel zorgaanbieders onderling als tussen regio's. (In de grote steden is bijvoorbeeld een hoger gemiddelde zorgzwaarte geconstateerd dan in overige delen van het land.) Dit geldt in mindere mate ook voor de verhouding psychogeriatric/somatiek.

Aanbevelingen

De NZa adviseert, vooruitlopend op de zorgzwaartebekostiging in 2008, om na 1 juli 2007 de extra middelen voor verpleeghuizen te verdelen op basis van ZZP's. Voorwaarde voor deze benadering is dat zorgaanbieders vanaf 2007 hun cliëntpopulatie conform de NZa beleidsregels hebben gescoord in termen van ZZP's.

De extra middelen dragen bij aan de verbetering van de kwaliteit van leven van cliënten door onder andere de inzet van meer medewerkers of van een ander deskundigheidsniveau. Hierdoor wordt ruimte gecreëerd voor zorg- en behandelintensivering en meer aandacht voor het welzijn van de cliënt. Dit vertaalt zich in de praktijk in meer directe zorg, zoals bijvoorbeeld betere decubituspreventie voor bedlegerige patiënten, meer invulling geven aan toezicht en activiteiten op psychogeriatrische afdelingen en een snellere doorstroom voor revalidatiecliënten.

Kenmerk
A/07/027

Pagina
2 van 2

Rekeninghoudend met de determinant zorgzwaarte ligt een koppeling met de hogere zorgzwaartepakketten, de ZZP's 7 tot en met 10, voor de hand. Deze koppeling zorgt ervoor dat de middelen bij de verpleeghuizen terecht komen.


Aandachtspunt is namelijk dat de beschikbaar gestelde middelen zijn bestemd voor verpleeghuizen. Echter, door de modernisering van de AWBZ, i.c. de functiegerichte bekostiging, zijn de verpleeghuizen als zodanig niet meer identificeerbaar (in de financiering). Dit geldt ook binnen de ZZP-systematiek. Hierdoor kan een, naar verwachting beperkt deel bij andere zorgaanbieders terecht komen. (Te denken valt aan verzorgingshuizen.)

Deze methodiek zal in overleg met VWS en partijen nader worden uitgewerkt in het eerste kwartaal van 2007.

Hoogachtend,
de Raad van Bestuur van de
Nederlandse Zorgautoriteit



mevr. drs. C.C. van Beek MCM
portefeuillehouder aanbieders Care



mr. F.H.G. de Grave
Voorzitter