



Impactanalyse

Verpleeghuiszorg 2017

2017
maart

Inhoud



Inleiding



Samenvatting



Aanpak van het onderzoek



Scenario 1: voldoen aan de normen



Scenario 2: beter inzetten huidige personeel



Scenario 3: groter deel van Budget naar zorgverlening



Andere mogelijkheden



Verantwoording van het onderzoek





Inleiding

1

In januari 2017 heeft het Zorginstituut Nederland (ZIN) het [kwaliteitskader verpleeghuiszorg](#) vastgesteld. Dit kader beschrijft de kwaliteit van zorg voor kwetsbare ouderen in verpleeghuizen. Bij dit kader heeft het Zorginstituut gebruik gemaakt van haar doorzettingsmacht. Het betreft een voorlopig kader, met de opdracht aan veldpartijen om te komen tot een definitief kader.

2

VWS heeft de NZa gevraagd een impactanalyse uit te voeren en een relatie te leggen tussen de kwaliteitseisen uit het kader en de (meer)kosten die deze tot gevolg hebben voor de sector.

3

De maatschappelijke discussie over wat goede zorg is en wat we daar als samenleving voor over hebben wordt al enige tijd gevoerd. Vooral de verpleeghuiszorg staat daarbij in de belangstelling. De NZa juicht het maatschappelijke gesprek toe en vindt belangrijk dat deze discussie door feitelijke informatie wordt ondersteund.

4

5

6

7

Met deze impactanalyse willen wij bijdragen aan het maatschappelijk debat over goede zorg en wat we daar als maatschappij voor over hebben. Wij doen dit niet door één uitkomst te geven maar door van meerdere scenario's het financiële effect te schetsen. Het kwaliteitskader laat immers al zien dat kwaliteit van zorg niet in eenduidige normen is te vangen. Ook zien we dat verpleeghuizen qua zorgfilosofie onderling sterk verschillen. Zowel de definitie van goede zorg als de uitgangssituatie verschilt per verpleeghuis. Daardoor zal ook de impact per verpleeghuis verschillen. Daarnaast zijn er ook gevolgen die voor elk verpleeghuis gelden. Deze analyse brengt de gevolgen zo goed mogelijk in beeld.

Het kwaliteitskader gaat over diverse onderwerpen, waarvan de personeelssamenstelling één hoofdstuk is. Wij hebben in de berekening uitsluitend aandacht besteed aan dat hoofdstuk. Ook de andere onderdelen zijn van wezenlijk belang voor de kwaliteitsslag in de verpleeghuiszorg. Daarvan is de impact op de kostprijs echter beperkter en lastiger vast te stellen.





1

Het kwaliteitskader geeft 14 criteria die de personeelssamenstelling en personeelsinzet kunnen raken. Deze vallen uiteen in criteria die de dagelijkse inzet raken en criteria die de inzetbare uren raken. Wij hebben met het Zorginstituut besproken hoe we deze criteria moeten interpreteren. De criteria en de wijze waarop deze in de analyse zijn verwerkt, vindt u in de bijlage.

2

3

4

Tenslotte benadrukken wij dat het gaat om een grofmazige analyse die pas na het landelijke Wlz-kostenonderzoek (resultaten eind 2017 bekend) volledig zal zijn.

5

6

7





1

1. Samenvatting

In deze analyse onderzoeken wij wat de impact van het kwaliteitskader is op de personeelssamenstelling en de personeelsinzet van de verpleeghuizen in Nederland. Dit deel van het kader heeft de meest nadrukkelijke impact op de kosten van de zorg.

Het kwaliteitskader gaat uit van een groeiproces, omdat niet alle elementen direct gewijzigd kunnen zijn. Wel stelt het kader een norm, het is aan de verpleeghuizen om daarmee aan de slag te gaan.

Elke zorgaanbieder heeft een andere bewonerspopulatie, een andere visie op zorg en een andere bedrijfsvoering. De invulling en impact van het kwaliteitskader verschilt daarom per zorgaanbieder. Het gaat om maatwerk, niet 'one size fits all'. Daarom komen we niet tot één benodigd bedrag, maar komen we tot verschillende scenario's. Om een beeld te schetsen welke middelen landelijk nodig zijn, is uitgegaan van een gemiddeld verpleeghuis.

We hebben in onze analyse gebruik gemaakt van bestaande cijfers, geleerd van de experts en getoetst aan de praktijk. Daarmee ontstaat een beeld van de opdracht waar de sector voor staat.

Als alle verpleeghuizen moeten voldoen aan het kwaliteitskader, uitgaande van een gemiddeld zorgprofiel en de bedrijfsvoering zoals bij de invoering van de zzp's, dan heeft dat een geschat effect op de macrokosten van woonzorg en dagbesteding van **3,1 miljard**. Dit wordt in de rest van het document scenario 1 genoemd.

De praktijk leert dat er veel aanbieders zijn die nu al duidelijk beter presteren dan het gemiddelde. Zij leveren meer zorg per ingezette medewerker. Dat doen zij onder meer door een hogere aanwezigheid op de groep te bereiken. Daarom hebben we een scenario 2 doorgerekend met aanpassingen in aanwezigheid op de groep (werkzame uren per fte). Dit is een maatregel die vrijwel alle aanbieders op relatief korte termijn in de bedrijfsvoering kunnen invoeren.

2

3

4

5

6

7





1

Er is gerekend met een aannemelijk percentage, omdat dit niet voor iedere doelgroep in gelijke mate kan worden doorgevoerd. Als alle zorgaanbieders de aanwezigheid op de groep verhogen, is er ca. **2,1 miljard** nodig.

2

Het kwaliteitskader stelt een norm voor de bezetting op de groep tijdens piekmomenten. In beide scenario's gaan wij uit van piekmomenten gedurende de hele dag en avond. Er bestaat ruimte voor aanbieders om daar een andere invulling aan te geven indien dit past binnen de zorgbehoefte van de groep.

3

4

We constateren daarnaast dat er grote verschillen zijn in de besteding van het geld. Sommige aanbieders besteden een groter deel van het beschikbare budget aan directe zorgverlening. Hun personele inzet staat dichterbij de norm. Zij doen dit onder andere door een lager percentage overhead, het inzetten van verblijfskosten in de zorgverlening of door een ander vastgoedbeleid.

5

6

7

Een voorlopige inschatting laat zien dat, wanneer er een groter deel van het budget naar de zorg gaat, er op termijn ca. **1,3 miljard** nodig is om aan het kader te voldoen.

De gekozen percentages voor de bedrijfsvoering zijn scherp. Daar staat tegenover dat er gekozen is voor een interpretatie van het kwaliteitskader waarbij er overdag voortdurend twee professionele zorgverleners op de groep staan, zonder vervanging door vrijwilligers of mantelzorgers. Alle uren zijn aangemerkt als intensieve zorgmomenten en er is niet gekozen voor gebroken diensten.

Het per direct dichten van de kloof tussen de huidige en de wenselijke situatie is niet mogelijk, omdat er niet voldoende personeel is en veranderingen tijd kosten. Vooral de veranderingen in de bedrijfsvoering zijn niet direct aan te passen. Ook is nog niet goed aan te geven in welke mate deze verbeteringen bij alle zorgaanbieders kunnen worden behaald. Het kostenonderzoek dat de NZa uitvoert zal meer inzicht in de besteding van de gelden en de mogelijkheden voor aanpassingen in bedrijfsvoering geven.





1

Wij concluderen dat er extra geld nodig is om te voldoen aan het kwaliteitskader, maar dat er veel gewonnen kan worden met een slimmere bedrijfsvoering. De sector heeft al veel stappen gezet sinds de invoering van de zzp's en er is bij veel verpleeghuizen toenemende aandacht voor een goede bedrijfsvoering. Uit deze analyse blijkt ook dat er nog stappen te zetten zijn. Daarmee constateren wij dat er een ontwikkelopdracht voor de sector ligt. Een ontwikkelopdracht die tijd kost en waar in het groeipad rekening mee gehouden moet worden.

2

3

4

5

6

7





2. Aanpak van het onderzoek

De vraag die we beantwoorden is wat de invloed van het kwaliteitskader is op de personeelssamenstelling en –inzet in het verpleeghuis.

Om die vraag te beantwoorden hebben we (1) het kwaliteitskader geanalyseerd, (2) gesproken met zorgaanbieders en experts, en door hen aangeleverde informatie geanalyseerd. Daarna hebben we (3) een berekening gemaakt op basis van een dienstrooster, waarmee we een fictief verpleeghuis simuleren, dat voldoet aan de eisen van het kwaliteitskader en aansluit bij de praktijk. Op basis van dit dienstrooster zijn de personele kosten berekend en de landelijke impact. We gaan hier op alle stappen in.

Analyse kwaliteitskader

Als eerste hebben we het kwaliteitskader geanalyseerd. Op 13 januari 2017 heeft het Zorginstituut Nederland het [Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg](#) opgenomen in zijn register.

Hoofdstuk 6.3 van het Kwaliteitskader gaat in op de personeelsbezetting. Wij hebben deze teksten besproken met onder meer het Zorginstituut, het Ministerie van VWS en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Op 24 februari 2017 heeft het Zorginstituut een toelichting op hoofdstuk 6 gepubliceerd. Duidelijk werd dat het kader veel ruimte geeft voor maatwerk en inspeelt op lokale omstandigheden: wat voor de ene groep bewoners goed is, hoeft dat niet voor de andere te zijn.

Op basis van beide stukken hebben we geanalyseerd wat de kwalitatieve normen zijn die het kwaliteitskader stelt en hoe een verpleeghuis zijn personeelssamenstelling en –inzet zou moeten inrichten. In de bijlage zijn alle normen die in het rapport zijn gebruikt, terug te vinden. In plaats van deze normen apart te becijferen, hebben we ervoor gekozen om alle punten te verwerken in een zogenaamde ‘dienstrooster’, waarin het deskundigheidsniveau en het aantal zorguren per groep kan worden bepaald.





1

2

3

4

5

6

7

Voordeel is niet alleen dat het voor alle aanbieders in de langdurige zorg herkenbaar is, immers dit behoort tot de dagelijkse praktijk op de werkvloer, ook geeft het de mogelijkheid en ruimte om met diverse partijen hierover van gedachten te wisselen. Onze vertaling van het kwaliteitskader naar dienstroosters heeft geleid tot drie verschillende scenario's die in de komende hoofdstukken uitgebreid worden toegelicht en ook in de bijlage terug te vinden is, naast de kwalitatieve normen van het kwaliteitskader.

Gesprekken met zorgaanbieders, experts en zorgkantoor

Om tot een realistisch dienstrooster te komen zijn er veel gesprekken gevoerd met diverse partijen. Voor meer achtergrondinformatie hebben we veertien zorgaanbieders en een zorgkantoor benaderd en uitgebreid met hen gesproken over hun aanpak en visie op het kwaliteitskader. Hieronder waren ook elf zorgaanbieders die deelgenomen hebben aan het onderzoek van Dageraad Advies en die bekend staan om hun kwalitatief goede zorg en hun goede bedrijfsvoering.

Daarnaast hebben we gesproken met experts op dit vakgebied, waarbij we hen input hebben gevraagd om een dienstrooster te maken op basis van het kwaliteitskader. Om het dienstrooster door te rekenen is een rekenmodel ontwikkeld, daarbij hebben we ons laten bijstaan door een adviesbureau (Advisaris).

In de bijlage zijn de roosters, de uitgangspunten en toelichtingen van de experts opgenomen. Aangezien we niet van alle aanbieders de roosters konden opnemen, hebben we van enkele representatieve aanbieders de gegevens weergegeven, die ook in de bijlagen terug te vinden zijn. De gegevens die we van de aanbieders hebben ontvangen, zijn gebruikt in het rapport.

Berekening

Op basis van deze gesprekken en analyses, hebben wij een dienstrooster opgesteld voor een fictief verpleeghuis. Hiervoor hebben we een gemiddeld verpleeghuis als uitgangspunt genomen met een psychogeriatrische (pg) setting; merendeel met een zzp-5 indicatie en acht bewoners per groep. In het dienstrooster zijn de fysieke diensturen van één of meerdere medewerkers met de betreffende deskundigheid opgenomen.





1

2

3

4

5

6

7

De personele kosten van dit dienstrooster zijn berekend met aannames voor de werkzame uren (productiviteit) en loonkosten. Om de meerkosten uit te rekenen zijn de personele kosten afgezet tegen de huidige zzp-opbrengsten van het fictieve verpleeghuis. Om een goede vergelijking te maken, zijn we niet uitgegaan van de totale omzet, maar alleen dat deel van het budget exclusief behandeling dat betrekking heeft op de zorgverlening (woonzorg en dagbesteding). De meerkosten zijn vervolgens vertaald naar een landelijke impact met aannames over het aantal verpleeghuizen in Nederland. De volledige berekening met aannames zijn terug te vinden in het hoofdstuk verantwoording.

Leeswijzer

Onderstaand werken we drie scenario's uit; in het eerste scenario stellen we een rooster vast voor ons voorbeeldverpleeghuis. Startpunt is dat we alleen de personele inzet bepalen aan de hand van een dienstrooster voor een gemiddeld verpleeghuis met een PG setting en een gemiddelde groepsgrootte van acht bewoners.

De overige uitgangspunten, om tot een financiële berekening te komen, stellen we gelijk aan de huidige zzp-bekostiging. De bedrijfsvoering in ons voorbeeldverpleeghuis is daarmee dan ook vergelijkbaar met de huidige bekende gemiddelde praktijk.

Uit alle gesprekken bleek dat er verbeteringen mogelijk zijn ten opzichte van de uitgangspunten zoals in de zzp-bekostiging zijn gebruikt. In het tweede scenario kijken we daarom hoe met de huidige personele bezetting gekomen kan worden tot meer zorg. Daarbij gaan we uit van de personele inzet uit scenario 1.

Ook in het aandeel van het budget dat besteed wordt aan zorg zitten grote verschillen in de sector. In het derde scenario wordt hier aandacht aan besteed. Gerekend wordt vanuit de personele inzet conform kwaliteitskader en met de hogere inzetbaarheid van scenario 2. De veranderingen die hier gevraagd worden, kosten tijd. Dit is dus niet direct implementeerbaar.





1

2

3

4

5

6

7

Aangezien elke aanbieder een andere visie heeft en een andere bedrijfsvoering voert, verschilt de invulling en impact van het kwaliteitskader per aanbieder. Daarom geven we ook per scenario aan wat de financiële impact is bij alternatieve keuzes. Aangezien niet alle keuzes in de bovengenoemde scenario's aan bod komen, zoals groepsgrootte, zzp-mix en informele zorg, sluiten we af met de financiële impact bij verandering van deze uitgangspunten.





3. Scenario 1

Voldoen aan de normen

Om dit scenario te bepalen, hebben we zowel gekeken naar een correcte lezing van het kwaliteitskader als naar informatie van experts en zorgaanbieders. Er zijn namelijk veel verschillende manieren om aan het kader te voldoen. De normen die in het kader staan, kunnen slim gecombineerd worden. De geraadpleegde aanbieders en experts hebben hiertoe handvatten gegeven.

Hieronder werken we de mogelijkheden uit die aanbieders zien om het kader naar de praktijk te vertalen. Hierbij geven we een algemene invulling van het kwaliteitskader ten aanzien van de belangrijkste thema's van de personele samenstelling en inzet: zorg, aandacht en toezicht, zingeving en beschikbaarheid van de verpleegkundige. Op basis hiervan stellen we een rooster vast voor ons voorbeeldverpleeghuis. Uitgangspunt hierbij is dat we alleen komen aan de personele inzet, en voor het overige uitgaan van de huidige zzp-bekostiging.

De bedrijfsvoering in ons voorbeeldverpleeghuis is daarmee ongewijzigd ten opzichte van de huidige bekende, gemiddelde praktijk.

We geven een overzicht van de alternatieve keuzes die gemaakt kunnen worden en wat de impact is op de benodigde middelen. Het inzetten van deze alternatieven is afhankelijk van de doelgroep en de visie op zorg.

We hebben de uitkomsten van het voorbeeldverpleeghuis vergeleken met de beter presterende zorgaanbieders. Zowel de huidige situatie als de gewenste situatie op basis van het kwaliteitskader wordt hierin meegenomen. Hiermee laten we zien dat elke vertaling verschillend is, maar dat men gemiddeld uitkomt op een vergelijkbare inzet met ons voorbeeldhuis.





1

Algemene invulling kwaliteitskader

Hieronder wordt per onderdeel van het kwaliteitskader gekeken welke mogelijkheden er zijn.

2

Zorg, aandacht en toezicht

Er zijn meerdere keuzes die hier gemaakt moeten worden: hoeveel uur, gehele diensten of piekmomenten, medewerkers op een groep of op meerdere groepen en het benodigde deskundigheidsniveau.

3

Over piekmomenten zijn zorgaanbieders en experts het onderling niet altijd eens. Zij geven aan dat de huidige, zwaardere zorgzwaarte van bewoners steeds meer zorgt voor 'permanente piekmomenten'. Daarnaast vinden sommige zorgaanbieders het werken met gebroken diensten of korte aanwezigheid ongewenst, ook gezien de eisen uit het kwaliteitskader over persoonlijke aandacht en het "kennen" van de bewoner. In de praktijk zien we soms oplossingen zoals 'vlinderdiensten', waarbij medewerkers beschikbaar zijn voor meerdere groepen. Tegelijk wordt opgemerkt dat piekmomenten vaak tegelijk vallen. In ons scenario zijn we daarom uitgegaan van een zoveel mogelijk permanente bezetting op de groep.

4

5

6

7

De mogelijkheid om personeel over meerdere groepen te verdelen is afhankelijk van de cliëntgroep. Aanbieders geven aan dat dit kan zorgen voor onrust en verwarring bij bewoners. In het scenario is daar voor de taken zorg, toezicht en zingeving dan ook niet voor gekozen.

In de praktijk zien we dat vaak functieniveau 3 wordt ingezet. Op de vraag wat gewenst is komen heel verschillende antwoorden. Er zijn zowel zorgaanbieders die inzetten op veel aandacht (relatief veel niveau 1 en 2) als die inzetten op hoger niveau (meer inzet op niveau 4 en 5). De meningen hierover verschillen. Een andere inzet dan nu gebruikelijk is, stuit op de korte termijn op arbeidsmarktproblemen. We hebben het scenario daarom zoveel mogelijk proberen aan te laten sluiten bij de huidige praktijk.

Zingeving

Het Zorginstituut heeft helder gemaakt dat een combinatie van zorg- en zingevingstaken mogelijk is, mits medewerkers ruimte en rust ervaren om hier invulling aan te geven.





1

Het bieden van zingeving door medewerkers die niet betrokken zijn bij de zorgtaken, is voor de meeste aanbieders een grote verandering. Er is daarom ingezet op een goede combinatie van de reguliere dienst voor zorg, aandacht en toezicht door een voldoende ruime bezetting. Dit betekent dat in het rooster voor ons verpleeghuis de zingeving wordt ingezet in de rustigere uren, door de medewerkers die tijdens de piekmomenten beschikbaar zijn voor zorg en toezicht. Daarom is uitgegaan van gehele diensten.

2

3

Deze invulling zijn we ook bij de geraadpleegde zorgaanbieders tegen gekomen. Een alternatief dat ook genoemd is, is een separate dienst voor zingeving, al dan niet samen met gebroken diensten op de piekmomenten. Daar is in het scenario niet voor gekozen.

4

5

6

7

Wanneer gekozen wordt voor separate inzet voor zingeving, is de vraag welk functieniveau benodigd is. In de praktijk zien we vaak niveau 3, maar lagere niveaus komen ook voor. Dat hoeft niet in tegenspraak te zijn met het kwaliteitskader.

Beschikbaarheid verpleegkundige zorg

De norm stelt dat er 24/7 iemand bereikbaar is. Door te kiezen voor een ruime bezetting overdag en 's avonds, heeft deze eis vooral gevolgen voor de bezetting in de nacht. In de nacht is een bezetting van 1 op 32 bewoners in de praktijk realistisch. Overdag moet een verpleegkundige ook snel ter plaatse kunnen zijn, maar met het reeds aanwezige personeel lijkt 1 op 64 voldoende. Een verpleegkundige heeft doorgaans niveau 4.

Alternatieven zijn het invullen van de nachtdienst via oproepdiensten, domotica en samenwerking. Dat leidt soms tot een inzet van 1 fte op 96 bewoners of meer. De meeste experts en zorgaanbieders vragen zich af of dit wel verantwoord is. Ook een zorgkantoor had hier twijfels bij. Daarom is er in onze scenario's voor gekozen om de verpleegkundige in te roosteren op 32 cliënten.

In veel dienstroosters is er geen sprake van beschikbaarheid verpleegkundige zorg overdag. Hier hebben wij, gezien de eis van 24/7, wel mee gerekend.





1

2

3

4

5

6

7

Het dienstrooster conform het kader

Op basis van bovenstaande informatie hebben wij gekeken hoe een dienstrooster op een groep van 8 bewoners eruit zou zien:

- één medewerker (niveau 3) gedurende de dag en de avond. Dat zijn twee diensten (7:00-15:30 en 15:00-23:30);
- één medewerker (niveau 2) voor toezichtstaken, gedurende de dag en de avond. Dat zijn twee diensten (7:00-15:30 en 15:00-23:30);
- geen aparte dienst voor zingeving. Zingeving wordt ingezet op de rustige momenten van de dag, door de aanwezige diensten voor zorgtaken en toezichtstaken;
- één medewerker (niveau 4) voor beschikbaarheid verpleegkundige, gedurende dag en nacht. Dat zijn drie diensten (7:00-15:30, 15:00-23:30 en 23:00-7:30). Gedurende de nacht wordt de medewerker ingezet op vier groepen en telt dus voor 25% mee. Overdag en 's avonds wordt de medewerker ingezet op acht groepen en telt hij voor 12,5% mee.

- Geen aparte dienst voor aanvullende voorzieningen. De inschatting is dat de vaste formatie, aangevuld met de beschikbaarheid verpleegkundige, dit op kan vangen.

De eisen die het kader stelt en de invulling die wij eraan geven, zijn nader uitgewerkt in de bijlage. We zijn uitgegaan van een aantal uitgangspunten: een dienst kan over meerdere medewerkers worden verdeeld en alle diensten kennen een overdrachtsmoment van een half uur, en een half uur onbetaalde pauze.





- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Visueel ziet dit rooster er als volgt uit:

Kwaliteitskader	A. Functie	B. Tijdverdeling			C. Verdeling
	Inzet	Nachtdienst	Dagdienst	Avonddienst	Groep
Zorg, aandacht en toezicht	Niveau 2		█		1 op 8
	Niveau 2		█		1 op 8
	Niveau 3		█		1 op 8
	Niveau 3			█	1 op 8
Zingeving					
Beschikbaarheid verpleegkundige	Niveau 4		█		1 op 64
	Niveau 4		█		1 op 64
	Niveau 4	█		█	1 op 32
Aanvullend					





1

De uitkomst van dit scenario is dat er ten opzichte van de huidige zzp extra uren voor woonzorg en bereikbaarheid nodig zijn. Landelijk leidt dit tot een impact van circa **3,1 miljard** euro. Alle uitgangspunten voor de berekening zijn in de bijlage terug te vinden.

2

3

Dit is een rooster voor het voorbeeldverpleeghuis op basis van gemiddelden. Het geeft een beeld van de benodigde extra inzet, maar is niet bedoeld om als richtsnoer te dienen voor de interpretatie van het kwaliteitskader. We zien dat er heel veel mogelijkheden zijn om invulling te geven aan het kader. Dit zal afhankelijk zijn van de doelgroep, de visie, de arbeidsmarkt, mogelijke inzet van vrijwilligers et cetera.

4

5


6

7

Alternatieven

We hebben gekeken welke financiële effecten een andere invulling van het kwaliteitskader heeft. Dat levert de volgende uitkomsten op (zie volgende pagina).



Zorg, aandacht, toezicht 

Keuze	Aanpassing tov scenario 1	FTE/ cliënt ratio	Financiële impact	Vershil met scenario 1
			(x € 1 mld.)	(x € 1 mld.)
Scenario 1		0,9	€ 3,1	
Functie				
<i>Scenario 1</i>	1. Niveau 2 en niveau 3			
	2. Niveau 1 en niveau 3	Nvt	€ 2,8	verschil - € 0,3
Tijdverdeling				
<i>Scenario 1</i>	3. Niveau 2 & 3 volledige dag en avond dienst (16 uur p/d)			
	4. Niveau 2 alleen op intensieve momenten (10 uur p/d) en niveau 3 volledige dag en avond dienst (16 uur p/d) *	0,7	€ 2,1	verschil - € 1,0
Verdeling groep				
<i>Scenario 1</i>	5. Niveau 2 en niveau 3 volledig op een groep (1 op 8)			
	6. Niveau 2 volledig op een groep (1 op 8) en niveau 3 op 2 groepen (1 op 16)	0,7	€ 1,5	verschil - € 1,6

*Intensieve zorgmomenten zijn als volgt berekend:

- drie uur in de ochtend van 7:00-10:00 uur
- twee uur rond lunchtijd van 12:00-14:00 en
- vijf uur voor het avondeten en naar bed gaan van 16:00-21:00 uur

NB.: dit is ongeveer 6 uur minder zorguren per dag in vergelijking met scenario 1

- 1
- 2
- 3**
- 4
- 5
- 6
- 7





Zingeving



	Keuze	Aanpassing tov scenario 1	FTE/ cliënt ratio	Financiële impact (x € 1 mld.)	Vershil met scenario 1 (x € 1 mld.)
	Scenario 1		0,9	€ 3,1	
	Functie				
	<i>Scenario 1</i>	7. Geen separate zingeving			
		8. Zingeving separaat niveau 3 **	Nvt	€ 3,5	verschil + € 0,4
		9. Zingeving separaat niveau 2 **	Nvt	€ 3,4	verschil + € 0,3
		10. Zingeving separaat niveau 1 **	Nvt	€ 3,4	verschil + € 0,3
	Verdeling groep				
	<i>Scenario 1</i>	11. Geen separate zingeving			
		Zingeving separaat verdeeld over 4 groepen (1 op 32) ***	0,9	€ 3,5	verschil + € 0,4
		12. Zingeving separaat verdeeld over 2 groepen (1 op 16) ***	1,0	€ 3,9	verschil + € 0,8
		13. Zingeving separaat volledig op 1 groep (1 op 8) ***	1,1	€4,7	verschil + € 1,6
		14.			
		15.			

** Uitgegaan van separate zingeving los van zorgtaken met een dagdienst van 8 (netto) uur verdeeld over 4 groepen (1 op 32)

*** Uitgegaan van separate zingeving los van zorgtaken met dagdienst van 8 (netto) uur op basis van niveau 3 verdeeld over 4 groepen (1 op 32)



Beschikbaarheid verpleegkundige zorg



Keuze	Aanpassing tov scenario 1	FTE/ cliënt ratio	Financiële impact	Verskil met scenario 1
			(x € 1 mld.)	(x € 1 mld.)
Scenario 1		0,9	€ 3,1	
Functie				
Scenario 1	16. Niveau 4			
	17. Niveau 3	Nvt	€ 2,8	verschil - € 0,3
Tijdverdeling				
Scenario 1	18. 24 uur (dag, avond en nacht)			
	19. Dag en avond alleen op intensieve momenten*	0,9	€ 2,9	verschil - € 0,2
Verdeling groep				
Scenario 1	20. Dag/avonddienst op 8 groepen (1 op 64) Nachtdienst op 4 groepen (1 op 32)			

- * Intensieve zorgmomenten zijn als volgt berekend:
- drie uur in de ochtend van 7:00-10:00 uur
 - twee uur rond lunchtijd van 12:00-14:00 en
 - vijf uur voor het avondeten en naar bed gaan van 16:00-21:00 uur
- NB.: dit is ongeveer 6 uur minder zorguren per dag in vergelijking met scenario 1



Vergelijking

Het rooster van ons voorbeeldhuis is natuurlijk niet zaligmakend. Daarom maken we onderstaand inzichtelijk hoe de goed presterende zorgaanbieders het kader interpreteren en in zouden richten. Alle zorgaanbieders geven aan meer uren te moeten leveren dan ze nu doen om aan het kader te voldoen. Vaak komt dit neer op een '2 op 8' rooster. Op één zorgaanbieder na ziet niemand mogelijkheden om aan het kwaliteitskader te voldoen met de huidige bezetting en de huidige financiële mogelijkheden.

Om een vergelijking te maken in de hoeveelheid beschikbaar personeel, is het behulpzaam om naar het aantal FTE te kijken wat per cliënt wordt ingezet. Dit getal is gebaseerd op de netto uren die uit het rooster voortvloeien, oftewel de uren van alle diensten (dag, avond, nacht) omgerekend naar FTE en gedeeld door het totaal aantal cliënten. Het verschil tussen zorgaanbieders wordt zichtbaar als we de netto FTE/cliënt ratio weergeven van de aanbieders die zowel de huidige bezetting als de gewenste bezetting hebben opgegeven.

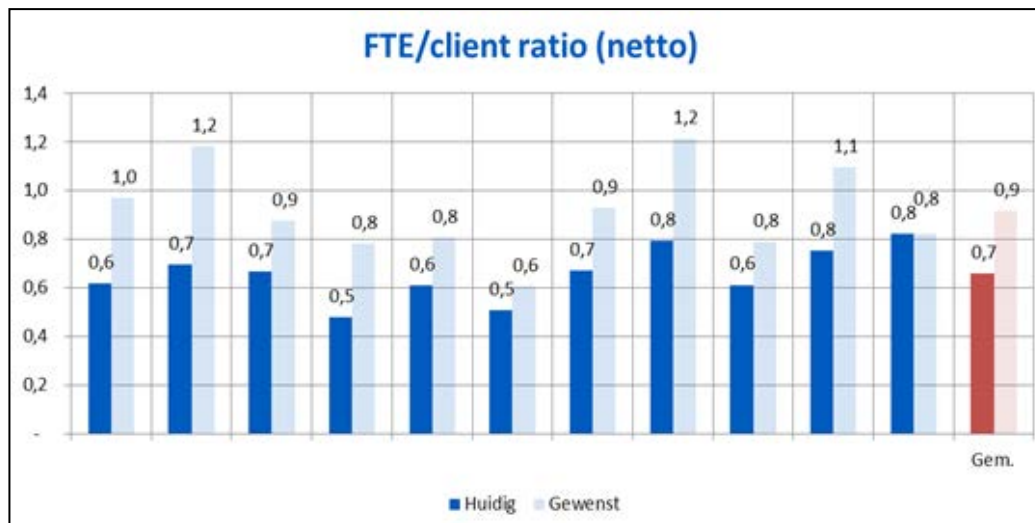
De verschillen in de gewenste situatie kunnen komen door een andere lezing van het kwaliteitskader, maar ook door een andere zorgwaarde of een andere zorgfilosofie. Kern is dat zorgaanbieders aangeven dat de bezetting in de gewenste situatie substantieel hoger moet zijn dan nu het geval is.

Te zien is dat de gemiddelde FTE/cliënt ratio in de gewenste situatie in lijn is met het voorbeeldverpleeghuis. Daarmee is het voorbeeldhuis een redelijke voorspeller van de benodigde extra middelen.





In de bijlage zijn van drie representatieve aanbieders de ontvangen gegevens verder uitgewerkt. Deze gegevens geven een indruk van hun huidige bezetting en visie op de gewenste situatie op basis van het kwaliteitskader, waarbij het rooster, de uitgangspunten en toelichting in de bijlage verder is uitgediept en daar ook terug te vinden is.





4. Scenario 2

Beter inzetten huidig personeel

In de huidige praktijk zien we grote verschillen tussen de zorgaanbieders. Sommige zorgaanbieders komen tot een veel hogere personeelsinzet op basis van dezelfde middelen. Wij hebben gekeken naar hoe zij dit voor elkaar krijgen. Een groot verschil zit bij de inzetbare uren per medewerker op de groep (productiviteit).

In praktijk zien wij dat bij een deel van de aanbieders niet-cliëntgebonden activiteiten (circa 11% van de tijd) zoals vakliteratuur, zelfscholing en intervisie op de groep worden gedaan. Daarbij geven zorgaanbieders aan dat deze invulling de inzetbaarheid verhoogt en bijdraagt aan de toezichtstaak, maar niet automatisch leidt tot meer 'warme contactmomenten'.

Daarnaast zijn er zorgaanbieders die een lager ziekteverzuim realiseren, gebruik maken van vrijwillige inzet of op een andere manier tot een hogere productiviteit komen.

In alle gevallen zijn zij vaker op de groep, waardoor er bruto minder medewerkers nodig zijn om dezelfde zorg te kunnen leveren.

Uitgaand van de huidige praktijk is er dus ruimte om zorgmedewerkers zo in te zetten dat zij meer uren op de groep kunnen zijn. Onder de voorwaarden van het nieuwe kwaliteitskader wordt dit nog beter mogelijk. Bij het doorvoeren van scenario 1 wordt de bezetting op de groep veel groter. In scenario 1 is niet gerekend met piekmomenten, maar zijn er de hele dag en avond twee zorgverleners op de groep aanwezig. Ook is geen rekening gehouden met leerlingen of inzet van vrijwilligers. Door deze wijze van roosteren ontstaat er meer ruimte.





Op basis van bovenstaande overwegingen zijn wij gekomen tot een percentage productiviteit van 77%. Dit lijkt op termijn een haalbaar en reëel *gemiddeld* percentage voor de sector. Dit percentage is toegepast op de uitgangspunten van scenario 1.

In het zzp-model is gerekend met een verschillend percentage per functieniveau (niveau 2 heeft meer productieve uren dan niveau 4). In dit scenario wordt de productiviteit niet gedifferentieerd naar functieniveau, aangezien de groepssetting de onderlinge verschillen deels opheft.

Dit laat de volgende verhoging in productiviteit zien:

Opbouw werkzame uren (%)	Scenario 1	Scenario 2
Toelichting	Scenario 1	Scenario 2
	%	%
Verzuim	7%	7%
Verlof	14%	14%
Opleiding	2%	2%
Netto tijd	77%	77%
Niet-cliëntgebonden tijd	11%	0%
(in)Direct cliëntgebonden tijd	66%	77%

In dit scenario is de macro impact ca. 2,1 miljard euro. Alle uitgangspunten zijn in de bijlage terug te vinden.

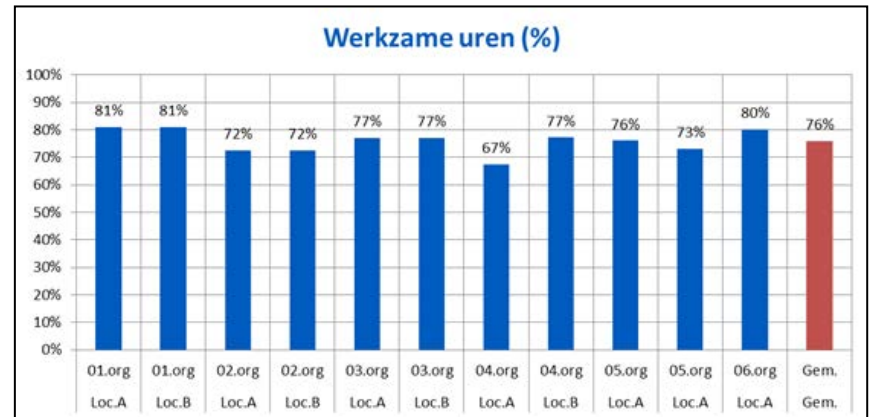




De haalbaarheid van het hier bovengenoemde percentage hebben wij getoetst bij experts en zorgaanbieders. De experts geven aan dat de meeste zorgaanbieders in de sector al werken met een hogere productiviteit. Zo rekent ActiZ in haar model zelfs met 80% productiviteit.

De zorgaanbieders die wij gesproken hebben, hebben allen een hogere productiviteit dan de 66% waar het zzp-model mee rekent. Wij hebben de goede voorbeelden uit de sector gevraagd hun huidige dienstrooster door te rekenen op dezelfde wijze als ons voorbeeldverpleeghuis. Zij komen gemiddeld uit op een vergelijkbaar percentage (76%) als gekozen is voor dit scenario.

Deze analyse maakt duidelijk dat er op dit vlak voor de sector een ontwikkelopdracht ligt. Het zal niet eenvoudig zijn om snel aan goed personeel te komen. Het is daarmee des te belangrijker dat het bestaande personeel optimaal ingezet wordt voor de zorg aan de cliënt. De goede voorbeelden in de sector laten zien dat dit mogelijk is.



Hiermee acht de NZa 77% productiviteit een reëel en haalbaar gemiddelde. Daarmee is niet gezegd dat het percentage voor *alle* zorgaanbieders hetzelfde is. De uitwerking zal afhangen van de lokale situatie en de doelgroep. Er zullen aanbieders zijn die een hoger percentage weten te behalen, maar ook aanbieders die door hun situatie lager uitkomen. Uit het kostprijsonderzoek zal blijken hoe hoog de gemiddelde productiviteit op dit moment ligt.





Rekenen met een ander percentage levert uiteraard een andere uitkomst op. Zie onder voor hoe verschillende productiviteit de uitkomst beïnvloedt.

	Keuze	Aanpassing tov scenario 1	FTE/ cliënt ratio	Financiële impact	Vershil met scenario 1
				(x € 1 mld.)	(x € 1 mld.)
	Scenario 1		0,9	€ 3,1	
G	Productiviteit				
	Scenario 1	66%			
	Scenario 2	77%	Nvt	€ 2,1	verschil - € 1,0
		79%	Nvt	€ 1,9	verschil - € 1,2
		81%	Nvt	€ 1,8	verschil - € 1,3





5. Scenario 3

Groter deel van budget naar zorgverlening

Er blijken meer grote verschillen tussen zorgaanbieders te zijn. Een ander belangrijk element is welk percentage van het geld er naar directe zorgverlening gaat. Wanneer er meer geld aan de directe zorg wordt besteed, is er minder geld nodig om aan het kwaliteitskader te voldoen.

In het zzp-model is voor de zzp's VV5 en VV7 gemiddeld 54,4% van het tarief (exclusief behandeling, exclusief kapitaallasten) bedoeld voor woonzorg en dagbesteding. Het overige deel is bedoeld voor overhead en leidinggevenden (28,2%), verblijf (16,8%, waarvan 5,6% personeel) en zorggebonden materiële kosten (0,7%). Onderstaand de volledige opbouw. Zzp's met behandeling zijn gemiddeld circa 17% hoger. De hoogte van de kapitaallasten (normatieve huisvestingscomponent en normatieve investeringscomponent) verschilt sterk per zzp.

Opbouw zzp 5 en 7 tarief <i>(exclusief behandeling)</i>	
Toelichting	%
Woonzorg (wz) en dagbesteding (db)	54,4%
Zorggebonden materiële kosten	0,7%
Opslag leidinggevenden	0%
Opslag overhead	28,2%
Verblijf (personeel en materieel)	16,8%
<i>personele kosten</i>	<i>5,6%</i>
<i>materiele kosten</i>	<i>11,1%</i>
Totaal	100%
Totale personele kosten voor woonzorg, dagbesteding en verblijf	60,0%





Diverse zorgaanbieders laten zien dat zij in de huidige praktijk meer dan 54,4% inzetten voor woonzorg en dagbesteding. Zij slagen erin om minder geld uit te geven aan overhead, leidinggevenden of verblijf. Zo kiezen sommige aanbieders er bijvoorbeeld voor om de personele kosten verblijf, zoals bijvoorbeeld schoonmaken en koken, ook op de groep uit te voeren. Dit zorgt voor een grotere zichtbaarheid en aanwezigheid op de groep. Bij zelfsturende teams kan een organisatie vaak toe met minder leidinggevenden. Beide hebben overigens natuurlijk wel het effect dat het personeel op de afdeling belast wordt met andere taken.

We zien dat deze beweging al door de sector gemaakt wordt, de overhead is met 8% gedaald sinds 2010 (Berenschot, 2016). Deels wordt dit opgevangen door slimme ICT, deels door medewerkers op de werkvloer. Bureau PWC heeft recent onderzoek gedaan naar de niet-cliëntgebonden kosten (volgens een andere definitie van 'overhead') in de langdurige zorg. Zij concluderen dat er zeer grote verschillen zijn tussen aanbieders.

Bij hun definitie van niet-cliëntgebonden kosten varieert het percentage tussen 27,2% en 54,9%. Zij geven aan dat deze kosten onder andere worden beïnvloed door het aantal externe contactpartijen en verschillende verantwoordingsseisen. Het is daardoor deels afhankelijk van externe factoren of een zorgaanbieder een substantiële besparing op de overheadkosten kan realiseren. Waar dat kan, heeft besparing een groot effect op de beschikbare middelen voor woonzorg en dagbesteding.

De vraag is welk percentage voor een gemiddeld verpleeghuis reëel is om aan de zorg te besteden. Zonder uitgebreid onderzoek is het lastig hier een harde norm voor te stellen. Wel lijkt het haalbaar om de personele kosten voor verblijf en/of een deel van de overhead naar de zorg te verschuiven. De keuzes zullen afhankelijk zijn van de doelgroep en de visie op zorg. Een dergelijke verschuiving vraagt stevige veranderingen in de interne structuur, en is daarmee niet van vandaag op morgen geregeld.





1

In dit scenario gaan we er van uit dat er 66% van het tarief naar de zorg gaat. Dit betekent dat we rekenen met een daling van de overhead van 20% (van 28,2% naar 22,2%). Daarnaast rekenen we de personele kosten van verblijf (5,6%) toe aan inzet op de groep. Wanneer we dit doorrekenen op basis van de uitgangspunten in scenario 2 is de macro impact ca. **1,3 miljard euro**.

2

3

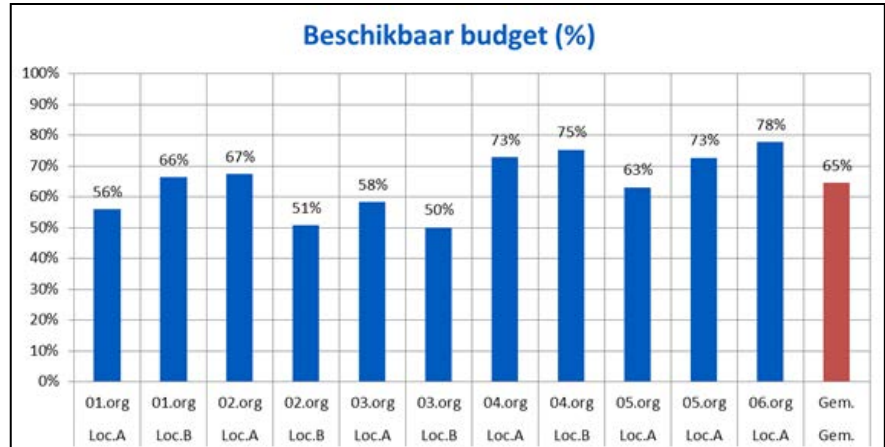
4

5

Ook dit percentage hebben wij getoetst bij de goede voorbeelden uit de sector. Daaruit blijkt dat het inzetten van een hoger percentage inderdaad mogelijk is. Zij komen op basis van hun huidige bedrijfsvoering gemiddeld uit op een vergelijkbaar percentage.

6

7



In de grafiek is te zien dat er ook bij de goede voorbeelden verschillen zijn. Enkele aanbieders scoren zelfs onder het percentage wat nu in de zzp wordt gebruikt. De lagere percentages kunnen het gevolg zijn van een lagere FTE/cliënt ratio. Bijvoorbeeld doordat de kosten van verpleegkundige bereikbaarheid niet zijn meegenomen in het rooster. Daarnaast spelen de groeps grootte en een functiemix ook een belangrijke rol in het verklaren van de verschillen.





- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Op basis van deze analyse acht de NZa het gekozen percentage een reëel en op termijn haalbaar gemiddeld percentage voor de sector. Net als in scenario 2 geldt ook hier dat dit per verpleeghuis verschilt op basis van de zorgvisie, doelgroep en regionale omstandigheden. Daarnaast verschilt natuurlijk de verdeling over de posten afhankelijk van de keuzes in de bedrijfsvoering.

Het kostprijsonderzoek gaat een beeld geven van de huidige stand van zaken in de sector. Daarmee wordt duidelijk welke stappen al zijn gezet en voor welke veranderingopdracht de sector staat.

Rekenen met een ander percentage levert uiteraard een andere uitkomst op. Zie hieronder voor hoe de verschillende percentages de uitkomst beïnvloeden.

Keuze	Aanpassing tov scenario 2	FTE/ cliënt ratio	Financiële impact	Verskil met scenario 1
			(x € 1 mld.)	(x € 1 mld.)
Scenario 2		0,9	€ 2,1	
Percentage budget naar zorgpersoneel				
Scenario 2	54,4% naar zorgpersoneel			
	60% naar zorgpersoneel	Nvt	€ 1,7	verschil - € 0,4
	66% naar zorgpersoneel	Nvt	€ 1,3	verschil - € 1,3
	75% naar zorgpersoneel	Nvt	€ 0,6	verschil - € 1,5





Er zijn nog meer mogelijkheden om geld naar de zorg te geleiden. Zo zijn er zorgaanbieders die substitueren met vastgoed, andere zzp's of andere financieringsbronnen. Hierdoor voegen zij extra geld toe aan hun bestedingsruimte per cliënt. Het is voor zorgaanbieders niet eenvoudig dit te wijzigen. Vooral vastgoedposities zijn lastig om op korte termijn te wijzigen. Ook horen we dat substitutie van middelen naar verpleeghuiszorg minder goed haalbaar is als gevolg van extramuralisering van lichtere zzp's en het overhevelen van zorg naar het gemeentelijk domein. Er is zeker potentie voor zorgaanbieders om de substitutiemogelijkheden te vergroten, maar vaak niet op korte termijn. Omdat deze substitutie sterk afhankelijk is van de lokale situatie en de historie, is hier niet mee gerekend in dit scenario.





1

2

3

4

5

6

7

6. Andere mogelijkheden

Er zijn een aantal elementen die wel invloed hebben op de benodigde middelen, maar waar niet voor gekozen is om deze mee te nemen in de scenario's. Hieronder beschrijven we deze mogelijkheden en de redenen waarom hier niet mee is gerekend. Wel geven we een inschatting van de effecten.

Groepsgrootte

De groepsgrootte heeft een nog grotere impact op de kosten dan de productiviteit, omdat er geroosterd wordt per groep en de eisen uit het kwaliteitskader eveneens per groep zijn. Het gebruik van groepen van 10 of 12 in plaats van 8 bewoners heeft een groot financieel effect. Tegelijk geven zorgaanbieders aan dat de zorgfilosofie vaak uitgaat van 6, 7 of (hooguit) 8 bewoners, en dat de noodzakelijke aandacht sterk afneemt bij 10 bewoners of meer in een groep. Daarnaast is de groepsgrootte vaak niet te beïnvloeden op korte termijn, aangezien hier bouwkundige beslissingen uit het verleden (van vóór het kwaliteitskader) aan ten grondslag liggen.

Zzp-mix

Een aantal zorgaanbieders geeft aan dat veel bewoners met indicatie zzp-5 in werkelijkheid zzp-7 zouden moeten hebben. Als er meer bewoners in zzp-7 worden geïndiceerd, hebben zorgaanbieders meer financiële ruimte om aan een zwaardere zorgvraag te voldoen. Dat effect is overigens niet heel groot, omdat met 54,4% van het zzp-tarief wordt gerekend. Een andere productmix levert een verschil voor een aanbieder, maar een landelijk andere productmix leidt ook tot meerkosten op macroniveau. Belangrijk hierbij is dat de keuze voor de indicatie een zorginhoudelijke is.

Inzetten informele zorg

Het kwaliteitskader geeft aan dat informele zorg gewenst kan zijn voor een goede begeleiding. In de praktijk geven aanbieders aan dat de informele zorg de formele zorg niet kan vervangen, maar wel aanvullen. Verder hebben we van diverse zorgaanbieders informatie, waaruit blijkt dat de informele zorg per verpleeghuis sterk verschilt (door verschillen als stad – platteland en doelgroep). We hebben een aantal scenario's doorgerekend waarin de toezichtstaak wel deels wordt vervangen. Dit heeft vaak een financieel effect, maar is niet voor iedereen haalbaar.



De cijfermatige uitkomsten van deze mogelijkheden zijn als volgt:

Keuze	Aanpassing tov scenario 1	FTE/ cliënt ratio	Financiële impact	Vershil met scenario 1
			(x € 1 mld.)	(x € 1 mld.)
Scenario 1		0,9	€ 3,1	
ZZP mix				
	Geen wijziging; op macroniveau geen effect			
Groepsgrootte				
<i>Scenario 1</i>	21. 4x8			
	22. 4x10 ****	0,7	€ 1,7	verschil - € 1,4
	23. 4x12 ****	0,6	€ 0,8	verschil - € 2,3
Informele zorg				
<i>Scenario 1</i>	24. Geen informele zorg			
	25. Vervangen niveau 2 door informele zorg met 10% van de netto uren *****	0,8	€ 2,8	verschil - € 0,3
	26. Vervangen niveau 2 door informele zorg met 50% van de netto uren *****	0,7	€ 1,8	verschil - € 1,3
Gem. bruto jaarsalaris				
	Afhankelijk van cao, geen wijziging			

**** Het rooster blijft bij een grotere groepsgrootte gelijk. Het is wel denkbaar dat bij een grotere groepsgrootte ook het rooster hierop aanpast wordt in zorguren en deskundigheid

***** Levert mogelijk kwaliteitsverlies op vanwege: (1) veiligheidsrisico met bv. slijpproblemen, (2) betrouwbaarheid (bij afwezigheid moet vervanging worden geregeld), (3) aanbod (sterk afhankelijk van lokale setting)



1

2

3

4

5

6

7





7. Verantwoording van het onderzoek

Berekening

Op basis van deze gesprekken en analyses hebben wij een dienstrooster gemaakt en de extra personele kosten van het kwaliteitskader berekend.

Deze berekening kent een aantal stappen:

- het maken van een dienstrooster van een fictief verpleeghuis;
- het bepalen van de werkzame uren;
- het berekenen van personele kosten;
- berekening *extra* kosten ten opzichte van de huidige bekostiging;
- vertaling naar een landelijke impact.

Alle variabelen die zijn gebruikt om de financiële impact te berekenen zijn in het volgende hoofdstuk terug te vinden.

a) Dienstrooster

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, zijn we begonnen met het maken van een dienstrooster van een fictief verpleeghuis. Met een dienstrooster bedoelen we een schema van werktijden, dat door verschillende medewerkers kan worden ingevuld.

Het is bedoeld om duidelijk te maken, hoeveel uren per dag worden ingezet over een etmaal (dag, avond en nacht), met welke deskundigheid (niveau 1 tot met 5) en voor hoeveel cliënten (1 op 8, 1 op 16, etc.). Door experts wordt dit ook wel een bezettingsprofiel of bezettingseis genoemd.

Voor het dienstrooster hebben we een gemiddeld verpleeghuis als uitgangspunt genomen met een psychogeriatrische (PG) setting op basis van onderstaande bewoners aantallen, zzp mix en groeps grootte:

- 4 kleinschalige groepen van 8 bewoners in één huis
- Van de 32 bewoners (4x8) hebben:
 - 24 bewoners een zzp-5
 - 8 bewoners een zzp-7





1

Het kwaliteitskader maakt geen onderscheid tussen psychogeriatrische of somatische verpleeghuiszorg. Bij somatische cliënten kunnen andere keuzes worden gemaakt in het dienstrooster afhankelijk van de lokale setting.

2

Vervolgens hebben we bepaald welke bezetting nodig is om aan het kwaliteitskader te voldoen. Zoals eerder genoemd, is voor het bepalen van de bezettingseis, het Zorginstituut geraadpleegd over de juiste interpretatie van het kwaliteitskader, experts gevraagd om hun kennis en ervaring op gebied van dienstroosters te delen en aan de praktijk gevraagd om dienstroosters te maken voor toetsing.

3

4

5

6

b) Bepalen werkzame uren

De uren in het dienstrooster betreffen de fysieke diensturen van een of meerdere medewerkers. De uren voor verzuim, verlof, opleiding en niet-cliëntgebonden uren worden bovenop de uren in het dienstrooster geteld om het totaal aantal uur beschikbaar voor zorg (per fte) te berekenen. Voor de berekening wordt aangesloten bij de definities, normen en de berekeningswijze van 'productiviteit', zoals dat in de zpz's wordt gebruikt. Zie hiervoor de berekeningswijze [Indicatieve prijzen zorgzwaartepakketten](#) (NZa, Utrecht, 2007).

7

In deze analyse wordt in eerste instantie uitgegaan van 1.872 uur per fte per jaar, met gemiddeld 66% werkzame uren oftewel 1.242 werkzame uren per fte per jaar. In de berekening wordt rekening gehouden met 7% aan verzuim, 14% aan verlof en 2% aan scholing. Ook worden hier niet-cliëntgebonden uren meegeteld (11%). Deze uren worden gezien als werkzaamheden die niet direct te herleiden zijn naar individuele bewoners of een groep van bewoners, zoals organisatieoverleg, intervisie en lezen vakliteratuur.

c) Doorrekening naar personele kosten

Per deskundigheidsniveau moeten bruto jaarsalarissen worden bepaald om de uren om te kunnen rekenen naar personele kosten. In de praktijk is er geen één-op-één relatie tussen de deskundigheidsniveaus en de FWG salarisschalen: zo kan een niveau 3 in FWG schaal 30, 35 of 40 zitten vanwege regionale verschillen in de arbeidsmarkt. Om deze reden zijn er aannames gemaakt; voor de deskundigheidsniveaus 1 tot en met 5 zijn respectievelijk de volgende schalen aangehouden: 15, 25, 35, 45 en 50. Op basis van het onderzoek Parameterwaarden Zorgzwaartepakketten (HHM, Enschede, 2013) zijn de periodieken bepaald.





1

De salariskosten (salarisschalen en periodieken) zijn gebaseerd op CAO VVT 2016 – 2018, vermeerderd met vakantiegeld, eindejaarsuitkering en onregelmatigheidstoeslag, resp. 8%, 5,7% en 15,6%. Deze uitkomst wordt verhoogd met werkgeverslasten van 29,9%.

2

3

d) Afzetten tegen de huidige bekostiging

Op basis van bovenstaande stappen, zijn de personele kosten berekend van een fictief verpleeghuis, die voldoet aan het kwaliteitskader. Om de *extra* kosten van het kwaliteitskader te bepalen, zijn de kosten afgezet tegen het zzp-budget dat dit fictieve verpleeghuis ontvangt op basis van de gegeven zzp-mix.

4

5

6

7

Aangezien het zzp-budget naast zorg (woonzorg en dagbesteding), ook de kosten van verblijf en overhead vergoedt, wordt er niet gerekend met het volledige budget, maar met het beschikbaar budget voor zorg. Het beschikbare budget voor zorg is in eerste instantie berekend op 54,4% van het zzp-tarief exclusief behandeling, op basis van bovenstaande zzp-mix (zsp-5 en zsp-7). De tarieven zijn gebaseerd op de meeste recente beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven Zorgzwaartepakketten ([BR/REG-17137b](#)).

e) Vertaling naar landelijke impact

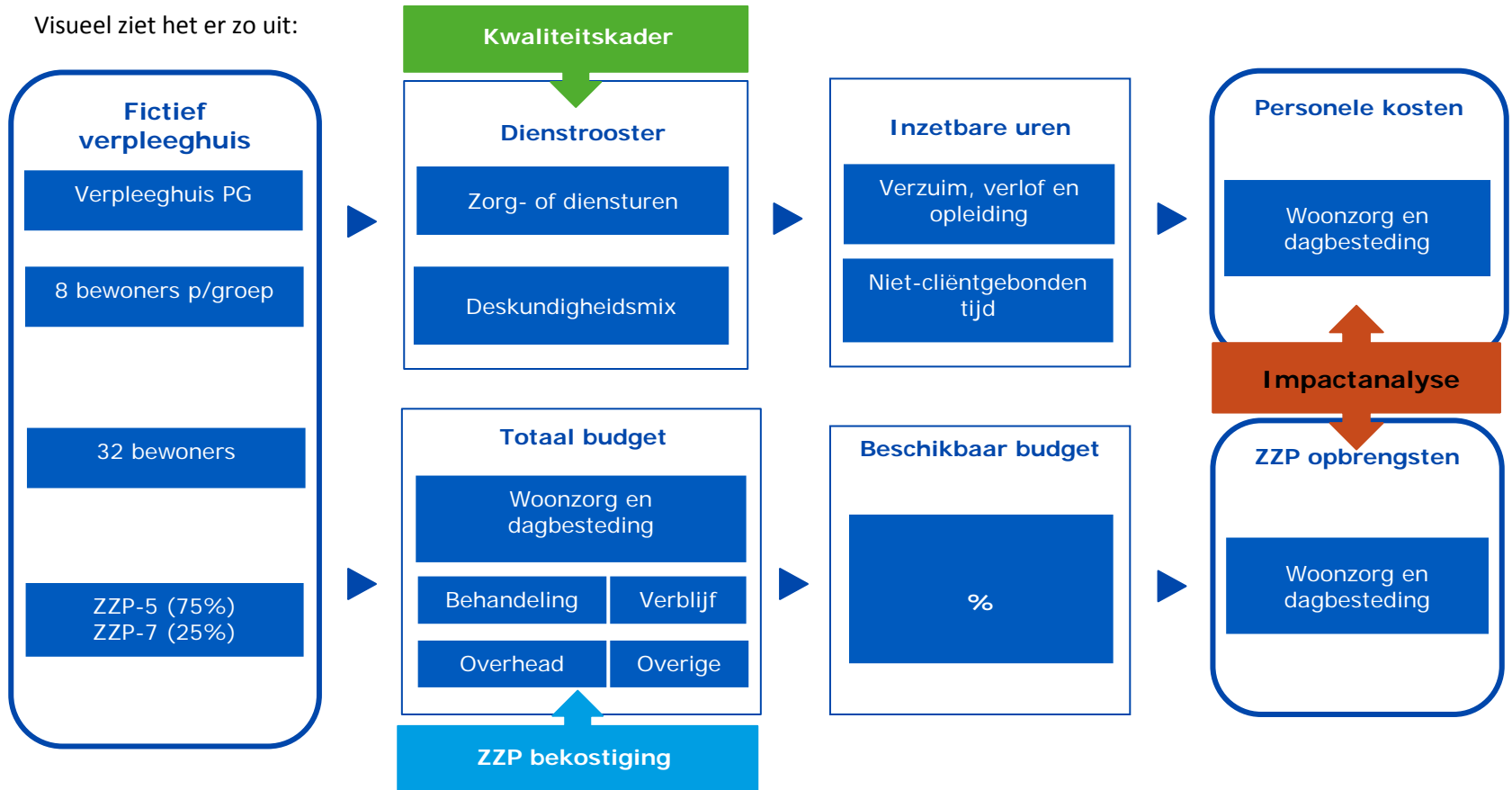
Niet elk verpleeghuis is gelijk: er zijn verpleeghuizen met grootschalige zorg, met kleinschalige groepen van 6, 8, 10 of 12 bewoners, met zzp's op het gebied van somatische of psychogeriatrische zorg, et cetera. Deze berekening gaat uit van een verpleeghuis dat op basis van landelijke cijfers stereotype is: kleinschalige zorg in een psychogeriatrische setting met 4 groepen van 8 bewoners, waarvan het overgrote deel met zsp-5 (75%) is geïndiceerd. Dit komt op basis van landelijke cijfers relatief veel voor en kan om deze reden vertaald worden naar landelijk niveau. We gaan uit van in totaal 114.720 bewoners van verpleeghuizen met zsp VV4 of hoger (NZa, februari, 2015). Als elk verpleeghuis 32 plaatsen heeft, zijn er voor deze cliënten 3.585 van dit soort verpleeghuizen nodig. Voor de macroraming wordt de financiële impact van het kwaliteitskader bepaald op basis van het stereotype verpleeghuis. Het bedrag wordt daarom vermenigvuldigd met 3.585 om de financiële impact op landelijk niveau te bepalen.





- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Visueel ziet het er zo uit:





Uitkomsten

Naast de financiële impact, wordt ook de FTE/cliënt ratio in de analyse genoemd. Dit is de berekende FTE (fulltime-equivalent) gedeeld door het aantal cliënten.

Hier is gekozen voor de netto FTE, om vergelijkbaarheid met de aanbieders en experts te vergroten. Het gaat dan om de uren dat een medewerker daadwerkelijk wordt ingezet voor zorg. Immers in de bruto FTE kunnen er ook andere keuzes worden gemaakt in de werkzame of inzetbare uren op de groep.

Variabelen

Op basis van de variabelen (A t/m H) worden de personele kosten van het kwaliteitskader uitgerekend. De personele kosten worden afgezet tegen het beschikbaar budget (I) om de extra kosten van het kwaliteitskader te berekenen. De financiële impact, oftewel de extra kosten op landelijk niveau, wordt vervolgens berekend door de meerkosten met het aantal locaties (J) te vermenigvuldigen. Ook wordt naast de financiële impact ook de FTE/cliënt ratio weergegeven en dit is de berekende (netto) FTE gedeeld door het aantal cliënten. Voorbeeld: 30 fte op 32 bewoners geeft een ratio van 0,94.

	Variabelen	Toelichting
A	Functie	<ul style="list-style-type: none"> • Onderscheid in deskundigheidsniveau 1 tot met 5
B	Tijdverdeling	<ul style="list-style-type: none"> • De tijdverdeling geeft het aantal zorguren ook wel diensturen aan per groep
C	Verdeling groep	<ul style="list-style-type: none"> • Dienstrooster is gebaseerd op een groep bewoners, bij overstijgende diensten, zoals beschikbaarheid verpleegkundige, kunnen de zorguren over meerdere groepen worden verdeeld
D	ZZP mix	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgzwaarte mix van een groep en bepaald de opbrengsten op basis van de huidige zzp-tarieven
E	Groepsgrootte	<ul style="list-style-type: none"> • Gemiddelde groepsgrootte in een huis • De praktijk kent vele variaties, ook binnen een huis, variërend van 6 tot 12 bewoners per groep
F	Informele zorg	<ul style="list-style-type: none"> • Informele zorg is hier alle zorg dat niet door een professionele zorgverlener wordt verleend, zoals vrijwilligers en mantelzorgers
G	Werkzame uren (%)	<ul style="list-style-type: none"> • Voor berekenen van de werkzame uren per fte per jaar, ook wel productiviteit genoemd, wordt uitgegaan van dezelfde systematiek waarmee is gerekend als in het zzp-model • Hierin wordt rekening gehouden met uren verlof, verzuim en scholing, maar ook niet-cliëntgebonden uren per FWG-schaal • Doordat de normproductiviteit is gebaseerd op een FWG-schaal zijn er aannames gemaakt om de normproductiviteit per deskundigheidsniveau te berekenen (1,2,3,4 en 5) • Bijvoorbeeld voor de berekening van de normproductiviteit van niveau 2, is de gemiddelde productiviteit van de FWG-schalen 25 en 30 gebruikt • In de analyse wordt veelal gesproken over de gemiddelde productiviteit en dit is het verschil tussen de (netto) dienst uren en de bruto uren inclusief verlof, verzuim, scholing en niet-cliëntgebonden uren
H	Gemiddeld bruto jaarsalaris	<ul style="list-style-type: none"> • Voor de deskundigheidsniveaus 1 tot en met 5 zijn resp. de volgende schalen aangehouden: 15, 25, 35, 45 en 50 • Op basis van het onderzoek Parameterwaarden Zorgzwaartepakketten (HHM, Enschede, 2013) zijn de periodieken bepaald • Salarisschalen en periodieken van de CAO VVT 2016 – 2018 zijn gehanteerd • Het bruto jaarbedrag (salaris inclusief sociale lasten, vakantiegeld, eju en ORT) komt tot stand door het opslagpercentage in te voeren (59%)
I	% beschikbaar budget	<ul style="list-style-type: none"> • Totale budget is gebaseerd zzp-mix vermenigvuldigd met het zzp-tarief exclusief behandeling (prijspeil 2017) • Beschikbaar budget is het % van het totaal budget dat aangewend kan worden voor Woonzorg en Dagbesteding
J	Gemiddeld aantal locaties	<ul style="list-style-type: none"> • In de analyse wordt gerekend met 114.720 verpleeghuis bewoners (prijspeil 2015; NZa) • Gemiddeld aantal locaties per 32 bewoners is 3.585 • Er wordt geen rekening gehouden met toekomstige ontwikkelingen





1

Beperkingen

In de analyse is het rooster van een verpleeghuis gesimuleerd. Hierbij gaat het om een versimpeling van de realiteit. De praktijk is uiteraard gevarieerder. Binnen een verpleeghuis zijn er bijvoorbeeld: verschillende groepsgrootte, leveringsvormen (bijv. mpt en vpt), financieringsvormen (bijv. elv) en sectorvreemde indicaties (bijv. lg). Daarnaast wordt er in deze analyse geen rekening gehouden met afslagen van maximaal tarief, extra gelden vanuit Waardigheid en Trots, bezettingsgraad van een huis, verschillen in loonkosten vanwege stagiaires en leerlingen, maar ook randstedelijke versus niet-randstedelijke (arbeids-)problematiek en flexibele schillen (nul-uren contracten, uitzendkrachten).

2

3

4

5

6

7

In deze impactanalyse wordt stil gestaan bij de personele inzet van de zorgmedewerkers. Dit betekent dat in deze analyse de kosten van behandeling, verblijf en overhead buiten beschouwing worden gelaten. Dit geldt overigens ook voor de exploitatiekosten van vastgoed en inventaris. In het traject richting nieuwe tarieven in 2019 houden wij hier wel rekening mee.

Andere berekeningen

Wij hebben deze uitkomsten vergeleken met andere berekeningen. Het Centraal Planbureau (CPB) heeft berekend wat het effect is bij het inzetten van twee gekwalificeerde zorgverleners op acht bewoners. Zij rekenen diverse scenario's door, waarbij bij een onveranderde bezetting in de nacht een effect optreedt van 3,1 tot 2,3 miljard euro. Een belangrijk verschil is dat het CPB rekening heeft gehouden met volume- en overheadeffecten als gevolg van het kwaliteitskader. Daarnaast heeft het CPB niet berekend wat het effect is van het kwaliteitskader op zingeving en beschikbaarheid verpleegkundige, en is zij uitgegaan van een productiviteit van 75%. Daarmee zijn de verschillen in de raming verklaarbaar.

Diverse andere organisaties hebben eveneens berekeningen gemaakt. Ook zij zijn doorgaans uitgegaan van een 'twee op acht norm', en niet van de andere onderdelen van het kwaliteitskader. Diverse zorgaanbieders hebben op ons verzoek aangegeven hoe hun dienstrooster eruit zou zien bij toepassing van het kwaliteitskader. Deze roosters sluiten over het algemeen goed aan bij het door ons toegepaste model.





Kanttekeningen

De uitkomsten worden door geraadpleegde experts en zorgaanbieders als herkenbaar gezien. De verschillen met andere analyses zijn verklaarbaar. Wij zien de uitkomst daarom als waarschijnlijk en betrouwbaar. Wij benadrukken echter dat de praktijk zal moeten uitwijzen hoe de feitelijke invulling plaats zal vinden. De context gebonden normen van V&VN zijn een belangrijke factor hierin.

We willen benadrukken dat het kwaliteitskader spreekt van een traject van ontwikkelen en leren. Het is van belang dat elk verpleeghuis aan de slag gaat met het kwaliteitskader, maar het volledig toepassen zal tijd kosten. Veel aanbieders zullen er op dit moment niet (geheel) aan kunnen voldoen.

De benodigde gelden zijn afhankelijk van de snelheid waarmee het kwaliteitskader wordt ingevoerd. Indien de personele inzet zeer snel moet worden opgehoogd, kan nog niet in volle omvang rekening gehouden worden met de mogelijke verbeteringen die de sector zelf door kan voeren.

Vervolgonderzoek

In de berekeningen is uitgegaan van de bedrijfsvoering zoals in de zzp-bekostiging is verwerkt. Uit een kleine en selecte steekproef zien we dat er mogelijkheden zijn om de bedrijfsvoering te verbeteren en middelen doelmatiger in te zetten. Het kostenonderzoek zal inzichtelijk maken waar de sector nu staat: welke stappen er in de sector al gezet zijn en welke stappen er nog gezet moeten worden. In het traject richting nieuwe tarieven in 2019 houden wij hier rekening mee.





Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)

Postadres
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Bezoekadres

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Telefoon: 030 - 296 81 11
Website: www.nza.nl
Twitter: @zorgautoriteit

Informatielijn

Telefoon: 088 - 770 8 770
(bereikbaar van 09.00 tot 17.00 uur - lokaal tarief)
E-mail: info@nza.nl

