

Vergaderjaar 2014–2015

**29 689**

## **Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 611**

Ontvangen ter Griffie op 20 mei 2015.

Het besluit tot het doen van een aanwijzing kan niet eerder worden genomen dan op 18 juni 2015.

### **BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 mei 2015

Op 24 februari is aan uw Kamer het advies «bekostiging verpleging en verzorging in de Zorgverzekeringswet (Zvw)» van de NZa aangeboden<sup>1</sup>. Daarnaast heeft u op 14 april het rapport ontvangen van onderzoeksbureau Strategies in Regulated Markets (SiRM) waarin de contouren van de nieuwe bekostiging in kaart zijn gebracht<sup>2</sup>. In de brief die u heeft ontvangen bij het SiRM advies heb ik aangegeven dat en waarom ik het voorstel in het NZa rapport voor zover dit ingaat op het ontwerpen en invoeren van prestaties die zijn gebaseerd op uren en deskundigheidsniveau, niet zal volgen. Met deze voorhangbrief schets ik op basis van het SiRM advies en onderdelen uit het NZa-rapport de veranderingen in de bekostiging verpleging en verzorging vanaf 2016 en zet ik tevens uiteen welke voorbereidende stappen in 2015 worden genomen.

Met de overheveling van de verpleging en verzorging naar de Zvw is de wijkverpleegkundige naast de huisarts gepositioneerd, als belangrijke spil in de wijk. De huisartsenzorg en de wijkverpleegkundige zorg moeten er samen zorg voor dragen dat zorg dichtbij gegeven kan worden, gebaseerd op de expertise van professionals. Daardoor kunnen mensen zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving blijven wonen. Het leggen van de verbinding tussen de zorgverleners binnen de eerste lijn en met het sociale domein dient een vanzelfsprekendheid te zijn. Het is voor de toekomstige bekostiging wijkverpleging van belang dat, net zoals bij het overgrote deel van de huisartsenbekostiging, de productie (het bekende uurtje factuurtje) niet langer bepalend is.

De (wijk)verpleegkundige is weer aan zet en bepaalt op basis van haar professioneel handelen welke inzet van zorg nodig en gepast is. Daarin betreft zij de mate van zelfredzaamheid, de thuissituatie en het sociale netwerk. De zorgvraag van de patiënt staat hiermee centraal. De ruimte die de professional heeft gekregen, is een belangrijke randvoorwaarde

<sup>1</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 587

<sup>2</sup> Kamerstuk 34 104, nr. 38

voor de hervormingen in de zorg en dient bij te dragen aan betaalbare zorg. De nieuwe bekostiging moet hier ondersteunend aan zijn en ruimte bieden voor innovatie. Dit betekent tevens dat ook de administratieve lasten voor de wijkverpleegkundige zo klein mogelijk moeten zijn. Vanzelfsprekend draagt de bekostiging bij aan de betaalbaarheid van de (wijkverpleegkundige) zorg en wordt afwenteling van zwaardere patiënten voorkomen. De zorginkoop door verzekeraars is gericht op een goede kwaliteit van verpleegkundige zorg in de wijk.

#### *Uitgangspunten nieuwe bekostiging*

In het akkoord verpleging en verzorging dat met de sector gesloten is, zijn de gezamenlijke doelen benoemd voor de toekomstige bekostiging wijkverpleging. Samenvattend dient de bekostiging in ieder geval te voldoen aan de volgende uitgangspunten:

- De patiënt en de wijkverpleegkundige staan centraal, waarbij er ruimte voor de wijkverpleegkundige is om zelf te bepalen met behulp van het normenkader V&VN, welke inzet van zorg nodig en gepast is.
- De bekostiging is hierin volgend en gebaseerd op vertrouwen en ruimte voor de professional.
- Innovatie moet financieel worden beloond.
- Ook het belonen van het verbinden binnen de eerste lijn met huisartsen en apothekers en het sociale domein is mogelijk.
- De bekostiging dient beperkte administratieve lasten met zich mee te brengen en dient daartoe praktisch en eenvoudig te zijn.
- De persoonlijke omstandigheden van de patiënt worden meegewogen bij de vergoeding. Het gaat hierbij om in hoeverre iemand zelfredzaam is en of en in hoeverre zijn omgeving daarbij kan ondersteunen.
- Er dient voldoende informatievoorziening voor zorgverzekeraars te zijn waarmee inzicht bestaat in de zorgvraag en er dient voldoende informatie beschikbaar te zijn voor de risicoverevening. Deze moet zoveel mogelijk aansluiten bij de bronregistratie door de wijkverpleegkundige.
- Er moet geen ongewenste volume prikkel in de bekostiging zitten.
- De bekostiging dient bij te dragen aan betere uitkomsten van zorg.
- De bekostiging moet passen binnen de uitgangspunten van de Zvw en het financiële kader zoals door partijen afgesproken in het akkoord verpleging en verzorging. Daarmee moet de bekostiging bijdragen aan de betaalbaarheid van de (wijkverpleegkundige) zorg.
- De bekostiging moet afwenteling van zwaardere patiënten voorkomen.

Voor de timing van het invoeren van een nieuwe bekostiging is het belangrijk om een balans te vinden tussen snelheid en zorgvuldigheid. Snelheid omdat een goede manier van bekostigen leidt tot de juiste prikkels. Zorgvuldigheid omdat een onvoldragen bekostigingssysteem negatieve consequenties kan hebben voor alle betrokken partijen. Daarbij zit de sector nog midden in de transformatie van het goed inrichten van de wijkverpleging binnen het regime van de Zvw.

#### *Landelijke invoer 2017*

Mijn streven is om in 2017 te komen tot landelijke invoer van een nieuwe bekostiging. De wijkverpleegkundige bepaalt op basis van haar professioneel handelen welke inzet van zorg nodig en gepast is. De bekostiging sluit daarbij aan, waardoor administratieve lasten worden teruggedrongen. In het nieuwe model worden op basis van de gegevens die de wijkverpleegkundige sowieso behoort vast te leggen vanuit haar professionele rol, zorgprestaties afgeleid. Hiertoe kunnen de in de praktijk gebruikte classificatiesystemen, die de wijkverpleegkundige steunt bij het stellen van de diagnose, behulpzaam zijn. Uitgangspunt is dat er niet

meer gegevens worden vastgelegd dan die nu ook al in classificatiesystemen worden geregistreerd. De afleiding van zorgprestaties is daarmee een systeemtechnische handeling. Voor de wijkverpleegkundige zal dit dus niet leiden tot extra registratielasten of handelingen. Een belangrijke randvoorwaarde hierbij is de implementatie van een geautomatiseerd classificatiesysteem bij alle zorgaanbieders. Dit moet per 1 januari 2017 geregeld zijn en deze verantwoordelijkheid ligt primair bij de zorgaanbieder. Het draagt bij aan de professionalisering van het wijkverpleegkundige vak.

De bekostiging voor de individuele wijkverpleegkundige zorg bestaat, conform de motie Wolbert<sup>3</sup>, uit één of enkele prestaties. De keuze voor deze prestaties mag niet leiden tot het mijden van zware patiënten en afwenteling op de Wlz. Daarnaast moet het risico op upcoding zoveel mogelijk worden voorkomen. De wijkverpleegkundige is als professional verantwoordelijk voor de juiste indicatiestelling en zorgverzekeraars moeten in staat zijn om de betaalbaarheid te waarborgen. Het uitgangspunt is dat verzekeraars in 2017 volledig risicodragend zijn voor de wijkverpleegkundige zorg.

In 2015 en 2016 zal bij zorgaanbieders die al werken met geautomatiseerde classificatiesystemen (de koplopers) worden gezien welke informatie die door de wijkverpleegkundige wordt geregistreerd, zeggingskracht heeft over de te leveren zorg en gebruikt kan worden voor de bekostiging. De bekostiging vindt plaats op basis van de zwaarte van de populatie van verzekerden waaraan een zorgaanbieder zorg verleent. Voor de uitwerking geldt met partijen wordt gewerkt aan een groeimodel waarin ruimte is voor bijsturing op het moment dat dit gewenst is. Het model moet zoveel mogelijk in de praktijk worden getoetst.

Naast de genoemde zorgprestaties bestaat de mogelijkheid van prestatiebeloning voor drie thema's: innovatie, populatie en kwaliteit. Hoe groter het aandeel prestatiebeloning is binnen het financiële kader wijkverpleging, hoe meer organisaties naar hun innovatie, bediende populatie en resultaten gewaardeerd kunnen worden.

Hierbij kan het zowel gaan over zaken die landelijk als lokaal aan de orde zijn en die mogelijk gedeeltelijk overeenkomen met de landelijke prestaties zoals die voor de huisartsenzorg worden gedefinieerd. Prestatiebeloning zal een substantieel onderdeel van de bekostiging moeten vormen. Met partijen wordt nader uitgewerkt hoe groot dit onderdeel precies zal zijn.

Om de uitkomsten van zorg die een aanbieder inzet te belonen zijn indicatoren nodig met zeggingskracht over de kwaliteit en beïnvloedbaarheid. Er zijn meerdere aanwijzingen dat de kwetsbaarheidsindicaties zoals de Groninger Frailty Index hiervoor geschikt zijn. Een organisatie die in vergelijkbare omstandigheden de doorstroom van cliënten naar zwaardere kwetsbaarheid weet te dempen, kan hiervoor worden beloond. Uiteindelijk is het aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders welke indicatoren ze overeen komen. Ik zal samen met partijen de komende tijd benutten om dit vorm te geven zodat vanaf 2017 sprake is van inhoudelijke indicatoren die we van belang achten voor de wijkverpleegkundige zorg.

Over de nadere uitwerking van de nieuwe bekostiging per 2017, op basis van de hiervoor genoemde uitgangspunten en de geschetste ontwikkelingsrichting, informeer ik uw Kamer eind 2015.

---

<sup>3</sup> Kamerstuk 34 104, nr. 33

### *Betekenisvolle stap per 2016*

Met onderstaande passage over de verandering in de bekostiging in 2016, geef ik de zakelijke inhoud van de aanwijzing die ik van plan ben op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (WVG) te geven over de bekostiging van de verpleging en verzorging in de Zvw in 2016. Overeenkomstig artikel 8 van de WVG ga ik tot het geven van de aanwijzing niet eerder over dan nadat dertig dagen zijn verstreken na verzending van deze brief.

Het is, conform de motie Wolbert (Kamerstuk 34 104, nr. 33), van belang om in 2016 een aantal betekenisvolle stappen te zetten in de bekostiging van verpleging en verzorging, mede met oog op het verminderen van de administratieve lasten.

De eerste stap is dat zorgaanbieders naar hun bediende populatie, mogelijke innovatie en kwaliteit, gewaardeerd kunnen worden. Daarom vindt in 2016 een introductie plaats van prestatiebeloning. Hiermee kan een zorgaanbieder worden beloond voor innovatieve zorg. Partijen kunnen hier binnen de bestaande middelen – inclusief de 40 mln. die beschikbaar is gesteld in het regeerakkoord voor de intensivering van de wijkverpleging in 2016, naast de € 40 mln. voor het wijkgerichte werken – invulling aan geven.

Ik zal de NZa opdracht geven een prestatie vast te stellen voor het belonen van uitkomsten met een vrij tarief dat gedeclareerd kan worden als er een overeenkomst is gesloten tussen zorgverzekeraar en aanbieder. Dit biedt zorgverzekeraars en aanbieders ruimte om onderling op lokaal niveau afspraken te maken over het belonen van uitkomsten van zorg. Daarmee kan maatwerk worden verricht wanneer in bepaalde regio's bijzondere aandacht aan een thema gegeven wordt dat voortvloeit uit de kenmerken van die regio. Ook het implementeren en gebruik van een geautomatiseerd classificatiesysteem kan in 2016 tot beloning leiden. Om ervoor te zorgen dat voor gelijke onderwerpen ook een gelijke beloning geldt, wordt met partijen gekeken naar landelijke thema's, zoals bijvoorbeeld patiënttevredenheid en service/dienstverlening die ongeacht de zorgverzekeraar meewegen bij de inkoop van de zorg en die mogelijk deels overeenkomen met de landelijke prestaties zoals die voor de huisartsenzorg worden gedefinieerd.

Voor de individuele zorgbekostiging wordt het in 2016 mogelijk gemaakt dat lokale partijen de afspraak kunnen maken dat een vast bedrag per cliënt wordt gedeclareerd op basis van de samenstelling van de populatie, in plaats van bekostiging op basis van werkelijk gerealiseerde uren verpleging en verzorging (uurtje factuurtje). Dit betreft naast de introductie van prestatiebeloning, de tweede stap die in 2016 genomen wordt. Hiertoe zal ik de NZa opdragen om op grond van artikel 58 van de Wet marktordening gezondheidszorg in haar beleidsregels de mogelijkheid van een experiment op te nemen waarbij kan worden afgeweken van de reguliere bekostiging op basis van werkelijk gerealiseerde uren verpleging en verzorging. De NZa kan op basis van die experimentbeleidsregel één generieke prestatie zorgvernieuwing vaststellen met een vrij tarief. Voor deze prestatie zorgvernieuwing geldt dat het bepaalde in artikel 35, eerste lid, onder c en d, niet van toepassing is. Door middel van dit experiment kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars op basis van de prestatie zorgvernieuwing afspraken maken over de bekostiging op basis van de samenstelling van de populatie en hoeven zij niet te declareren op basis van werkelijk gerealiseerde uren. Voor deelname aan het experiment is een overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar over de inhoud van de prestatie vereist. Aansluitend hierop wil ik de NZa als uitgangspunten meegeven dat de cliënt geen nadeel mag ondervinden

van het experiment. Het experiment eindigt wanneer de nieuwe bekostiging voor de verpleging en verzorging wordt ingevoerd. Het streven is dat dit per 1 januari 2017 het geval is.

Voor de individuele zorglevering is per 2016 sprake van individuele inkoop en komt de inkoop in representatie te vervallen. Met deze mogelijkheid voor afspraken op maat kan een grote stap gezet worden richting het verminderen van administratieve lasten.

Bij de onplanbare zorg gaat het om zorgvragen die incidenteel, onverwacht en acuut optreden. In 2015 hebben zorgverzekeraars, conform afspraak in het onderhandelaarsresultaat, de bestaande afspraken voor de onplanbare zorg voortgezet. Ik zal voor 2016 de NZa, opdracht geven één generieke prestatie vast te stellen met een vrij tarief waarmee zorgverzekeraars en zorgaanbieders in staat zijn om maatwerk te bieden en tegemoet te komen aan de regionale variatie. Met deze prestatie voor de regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg worden de infrastructurele en personele voorzieningen bekostigd die nodig zijn om te kunnen beantwoorden aan een ongeplande zorgtaak in de regio, voor zover dat niet bekostigd wordt binnen de uren verpleging en verzorging.

Ook voor 2015 ben ik samen met partijen in gesprek met het oog op het verminderen van administratieve lasten. Het gaat erom dat zorgaanbieders de nieuwe context van de Zvw omarmen en er afscheid wordt genomen van oude AWBZ werkwijzen. Ook zorgverzekeraars hebben een grote rol in het voorkomen van onnodige uitvragen en/of registraties en daarmee onnodige bureaucratie. Voorop staat dat de wijkverpleegkundige zelf de ruimte moet hebben om te bepalen welke zorg nodig is.

#### *Prestatie wijkgericht werken*

In 2015 is de prestatie wijkgericht werken (S1) in de bekostiging geïntroduceerd. Doel hiervan was onder andere om een impuls te geven aan de samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten en daarmee de samenhang tussen zorg en ondersteuning in de wijk. Ondanks de goede intenties zijn er in de praktijk situaties ontstaan waarin een functioneel onderscheid wordt gemaakt tussen «S1 en S2-verpleegkundigen» waarbij de ene wijkverpleegkundige zich richt op indicatiestelling en zorgverlening en de andere wijkverpleegkundige zich louter toelegt op de verbinding van het medische en het sociale domein en preventie. Een dergelijk onderscheid komt de integrale benadering waarin elke wijkverpleegkundige tot taak heeft om over de grenzen van haar eigen (medische) domein heen te kijken niet ten goede. Daarom wil ik zo snel mogelijk af van de huidige vormgeving van de prestatie wijkgericht werken (S1). Gemeenten en zorgverzekeraars, maar ook zorgaanbieders, hebben mij er op gewezen dat de aparte prestatie wel goed heeft gewerkt voor het leggen van de verbinding tussen het medische en het sociale domein en het op gang brengen van het maken van afspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Omdat deze afspraken nog niet vanzelfsprekend zijn, geven partijen aan het te vroeg te vinden om er in 2016 vanaf te stappen. Daar heb ik begrip voor, daarom blijft de prestatie wijkgericht werken in 2016 bestaan. Echter, om te voorkomen dat het geïnstitutionaliseerd wordt dat er aparte wijkverpleegkundigen bestaan, zal vanaf 2017 geen sprake meer zijn van een prestatie wijkgericht werken. Met partijen zal ik bezien in hoeverre een stimulans voor de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars dan nog nodig is en zoeken naar een weg om dat via de prestatiebeloning te organiseren. Naar aanleiding van de evaluatie van afspraken die over wijkgericht werken zijn gemaakt, ga ik met partijen in overleg om de integrale functie van de wijkverpleegkundige zorg ook in 2016 te borgen.

De voorgestelde stappen in 2016 en 2017 bieden ook ruimte voor partijen om afspraken te maken over shared shavings. Zo is het in 2016 met de prestatie voor prestatiebeloning mogelijk om het geld dat vrijkomt, als een aanbieder bijvoorbeeld met minder uren goede en passende zorg levert, te investeren in innovatie. De komende tijd ga ik met partijen in gesprek om verder invulling te geven aan de mogelijkheden van shared shavings binnen de nieuwe bekostiging.

#### *Intensieve kindzorg*

Intensieve kindzorg is vanaf 1 januari 2015 onderdeel van de Zvw. Het gaat hierbij om zorg aan minderjarigen met ernstige medische problematiek die onder de verantwoordelijkheid staan van een medisch specialist of kinderarts.

In 2015 is er voor gekozen om de situatie die bestond voor intensieve kindzorg onder de AWBZ, over te nemen in de Zvw. In de praktijk betekent dit dat kindershospices en verpleegkundig kinderdagverblijven ook kosten voor vervoer en verblijf voor kinderen met een intensieve zorgvraag, in rekening mogen brengen onder de prestaties verpleging en verzorging. Dit betreft een tijdelijke overgangsregeling voor het jaar 2015. In het algemeen overleg Zorg voor ernstig zieke kinderen van 2 april jl. heb ik de toezegging gedaan om duidelijkheid te geven over de invulling van genoemde onderdelen in de aanspraak en bekostiging per 2016. Op dit moment ben ik hierover met partijen in gesprek. Ik informeer uw Kamer hier separaat over voor de zomer.

#### *Tot slot*

Met alle partijen, met de patiëntenorganisaties, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), zorgaanbieders en zorgverzekeraars ben ik hard aan het werk om ervoor te zorgen dat we de idealen die we hebben neergezet voor de wijkverpleging in een nieuw bekostigingsmodel kunnen vatten. De invoering daarvan kost tijd en is ingewikkeld. Het is zeer positief dat de ontwikkelingsrichting door alle betrokkenen wordt onderschreven. Ik heb er dan ook vertrouwen in dat we op de goede weg zijn en dat we gezamenlijk tot een nieuw model komen dat fundamenteel verschilt van het bestaande en de juiste prikkels bevat. Bij de verdere uitwerking van het model blijf ik partijen en met name wijkverpleegkundigen actief betrekken zodat zij kritisch kunnen meekijken, meedenken.

mede namens de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M.J. van Rijn