



ADVIES

Bekostiging wijkverpleging 2022

Van kwantiteit naar kwaliteit

15 september 2020

Inhoud

Samenvatting	4
1. Inleiding en aanleiding	8
1.1 Inleiding	8
1.2 Historische lijn	8
1.3 Eerdere onderzoeken	9
1.4 Opdracht aan de NZa	11
1.5 Doorlopen proces	12
1.6 Leeswijzer	12
2. Gewenste ontwikkelingen in de wijkverpleging	13
2.1 Maatschappelijke ontwikkelingen	13
2.2 Ontwikkelingen binnen wijkverpleging	13
2.3 Bekostiging die bijdraagt aan inhoudelijke doelen	14
3. Onderzoek cliëntprofielen	15
3.1 Pilot Wetenschappelijk Programma Wijkverpleging	15
3.2 Uitkomsten onderzoek	16
3.3 Case-mix model	16
3.4 Toepassing	18
4. Advies nieuwe bekostiging wijkverpleging	19
4.1 Advies bekostiging 2022	21
4.2 Systeemfuncties	28
4.3 Uitkomsten en kwaliteit	32
4.4 Specifieke patiëntgroepen	32
4.5 Persoonsgebonden budget	33
4.6 Opties voor bekostiging na afloop van het nieuwe experiment	33

5. Randvoorwaarden en risico's nieuwe bekostiging wijkverpleging	35
5.1 <i>Werk gefaseerd toe naar een nieuwe bekostiging op basis van cliëntprofielen</i>	35
5.2 <i>Inzicht in kwaliteit en uitkomsten van zorg</i>	36
5.3 <i>Cliëntprofielen en uniforme vragenlijst samen vormgeven met de sector</i>	37
5.4 <i>Bestuurlijk covenant met commitment aan inhoudelijke lijn</i>	38
6. Verantwoording beleidskeuzes advies bekostiging wijkverpleging	39
6.1 <i>Gecontracteerde en niet-gecontracteerde wijkverpleging</i>	39
6.2 <i>Toets aan uitgangspunten veldpartijen</i>	40
6.3 <i>Toets aan uitgangspunten VWS</i>	41
6.4 <i>Conclusie</i>	43

Bijlagen

Bijlage 1 – Onderzoeksrapport Pilot cliëntprofielen wijkverpleging

Bijlage 2 – Onderzoek bekostiging systeemfuncties wijkverpleging

Bijlage 3 – Analyse liberalisering tarieven wijkverpleging

Bijlage 4 – Proces en stappen tot aan 2022

Bijlage 5 – Fraudetoets

Bijlage 6 – Analyse financiële effecten

Samenvatting

Samen voor een toekomstbestendige wijkverpleging

De wijkverpleging staat voor grote uitdagingen en is een sector die (steeds meer) van cruciaal belang is in het zorglandschap en in de maatschappij als geheel. Impactvolle ontwikkelingen zijn de vergrijzing van de bevolking, de huidige en verwachte krapte op de arbeidsmarkt, de focus op het langer thuis wonen van ouderen en de verschuiving van specialistische zorg naar de thuissituatie. We zien de wijkverpleegkundige als een belangrijke professional in de ontwikkeling naar de Juiste Zorg Op De Juiste Plek (JZOJP). De wijkverpleegkundige komt veel achter de voordeur, legt de verbinding met de huisarts, het ziekenhuis en de familie van de cliënt. Zij is, naast de huisarts, een belangrijke 'spin in het web' in de eerstelijnszorg. Inzet op preventie, samenwerking en werkplezier is daarbij noodzakelijk.

De visie en de doelen die we samen met veldpartijen voor ogen hebben voor de wijkverpleging en de maatschappelijke uitdagingen waar we ons voor gesteld zien, beïnvloeden hoe we de wijkverpleging willen reguleren. We willen dat de regulering en daarmee de nieuwe bekostiging optimaal bijdraagt aan de doelen die we met elkaar voor de wijkverpleging voor ogen hebben: samen voor een toekomstbestendige wijkverpleging.

Regulering en contractering met meer nadruk op inhoud en kwaliteit

Daarom adviseren we om binnen de wijkverpleging naar een bekostiging te gaan die meer ruimte biedt voor het organiseren van zorg rond de cliënt, samenwerking binnen de wijkverpleging en over de domeinen heen. Inzicht in uitkomsten van zorg en contractering langs zowel kosten als inhoud zijn hierbij belangrijk. Een bekostiging die een meer inhoudelijke contractering op basis van zorgzwaarte en kwaliteit stimuleert. Zo bewegen we weg van de productieprikkel van het betalen per uur geleverde zorg.

Ook willen we de wijkverpleegkundige faciliteren om maximaal in te zetten op preventie, innovatie, digitale zorg en zelfredzaamheid. Die ruimte willen we ook in de bekostiging expliciet maken en stimuleren. Ook voor belangrijke ontwikkelingen zoals het organiseren van onplanbare nachtzorg en herkenbare en aanspreekbare teams moet in een nieuwe bekostiging ruimte zijn.

In de nieuwe bekostiging zorgen we dat de focus in de bekostiging verschuift van kwantiteit naar kwaliteit: inzet op innovatie en zelfredzaamheid wordt beloond, contractering kan steeds meer op basis van kwaliteit en betalen op basis van volume (per uur geleverde zorg) wordt steeds minder gebruikt. Zo worden zorgverzekeraar en zorgaanbieder aangespoord om intern niet langer te sturen op uren geleverde zorg, maar op goede uitkomsten voor de cliënt. Daarmee ontstaat maximale ruimte voor het professionele inzicht van de wijkverpleegkundige.

Bekostiging kan bijdragen aan gezamenlijke doelen

We zijn als NZa verantwoordelijk voor het inrichten van de regulering en daarmee de bekostiging van de wijkverpleging. We zijn ons ervan bewust dat een nieuwe bekostiging niet de oplossing is voor alle knelpunten binnen de wijkverpleging. Wel zien we de bekostiging als een belangrijk middel om bij te dragen aan de doelen die we met elkaar voor ogen hebben voor de wijkverpleging. Naast bijvoorbeeld contracteren, innoveren en het versterken van de professionele standaard, heeft ook de bekostiging invloed. We zien dat de manier waarop we zorg vergoeden een sterke sturende werking kan hebben op het gedrag van zorgaanbieders en zorgprofessionals.

We hebben daarom een reële verwachting van wat bekostiging kan doen: het is geen wondermiddel dat alle problemen oplost, wel een bruikbaar middel dat bij kan dragen aan onze gezamenlijke doelen. Dat is de balans die we zoeken in dit advies.

Bekostiging wijkverpleging per 2022

We adviseren om per 2022 de regulering en bekostiging van de wijkverpleging vorm te geven zoals hieronder kort beschreven. Als reguliere bekostiging behouden we de prestaties en daarbij horende tarieven zoals deze nu gelden. Deze kunnen worden gebruikt door alle aanbieders van wijkverpleging. Een breed opgezet nieuw experiment biedt ruimte om de inhoudelijke beweging in gang te zetten die we willen. Hierbij spelen cliëntprofielen een belangrijke rol. We zorgen voor een soepele en stapsgewijze overgang naar het registreren, declareren en contracteren op basis van cliëntkenmerken. Dit geeft comfort om op korte termijn en zonder grote risico's hier de eerste stappen in te zetten. Daarnaast richten we een aantal nieuwe prestaties in voor het contracteren en vergoeden van systeemfuncties. Deze prestaties richten zich op het stimuleren van samenwerking en coördinatie van zorg. Voor deze prestaties geldt een contractplicht.

Onderzoek naar cliëntprofielen

De belangrijkste uitkomst uit ons onderzoek van de afgelopen jaren is dat het mogelijk is om met een korte vragenlijst cliëntprofielen voor wijkverpleging op te stellen met vergelijkbare voorspelkracht ten opzichte van reeds bestaande case-mix modellen voor thuiszorg in andere landen. Uit dit onderzoek blijkt dat de case-mix vragenlijst een maximale voorspelkracht voor de wijkverpleegkundige zorginzet heeft van 25%. Dit is aanzienlijk meer dan de huidige cliëntprofielen in de wijkverpleging; de ZN-doelgroepen (met een voorspelkracht van circa 10%, met name onderscheidend op palliatief terminale zorg). Het is voor het eerst dat er nu op basis van onderzoek een voldoende stevig fundament ligt waarmee er meer inhoud in het systeem gebracht kan worden.

Breed experiment met cliëntprofielen

Cliëntprofielen zijn nodig om meer gebruik te gaan maken van een vergoeding voor een langere periode. We adviseren om per 2022 een nieuw breed experiment te starten waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars (meer) ervaring op kunnen doen met het contracteren op basis van cliëntprofielen. Tegelijkertijd willen we in dat experiment de cliëntprofielen verfijnen en verbeteren. De verdere ontwikkeling en toepassing van cliëntprofielen wordt op landelijk niveau met elkaar besproken, waarin we met de sector spreken over vervolgstappen.

In het experiment is een transitie-model voorzien. Zorgaanbieders die zich voorbereiden op het werken met cliëntprofielen hoeven niet tijdelijk terug te vallen op de reguliere bekostiging. We zien het experiment daarmee als een brede beweging, waarbinnen in elk geval de deelnemers aan het huidige experiment gebruik kunnen blijven maken van een integrale prestatie terwijl ze toewerken naar het gebruiken van cliëntprofielen. Zo kan het overgrote deel van de sector deze beweging gefaseerd in gang zetten.

Binnen deze experimentele setting wordt zorg gedeclareerd door middel van een prestatie op basis van cliëntprofielen en per uur, per week of per maand met een vrij tarief. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars bepalen gezamenlijk op welke manier de nieuwe cliëntprofielen een rol spelen in de contractering. Daarnaast kunnen aanbieders en verzekeraars in het experiment afspraken maken over maatwerk, bijzondere zorgactiviteiten en andere innovatieve ideeën voor contractering. Deelname aan het experiment kan alleen op basis van een overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

Ruimte maken om regionale organisatie en samenwerking te belonen

Binnen de bekostiging per 2022 brengen we meer structuur en uniformiteit in zorgfuncties aan die zien op de organisatie en infrastructuur van zorg. Tot nu toe noemen we dit binnen de wijkverpleging systeemfuncties. Een systeemfunctie is een regionale organisatievorm, die nodig is om de lokale zorg optimaal te kunnen leveren. Het gaat niet om individuele zorglevering. Met uniforme prestaties stimuleren we regionale samenwerking en contractafspraken over inhoudelijke thema's met een herkenbare vergoeding. Voor deze prestaties geldt een contractvereiste.

Inhoudelijke beweging borgen en bijsturen in een bestuurlijk convenant

We adviseren om de inhoudelijke beweging te borgen in een nog te sluiten bestuurlijk convenant. Daarin spreken we met de hele sector commitment uit over de ingeslagen richting. In het convenant maken we verdere afspraken over bovenliggende visie en ambities, tempo van opschaling in het experiment, rolverdeling, monitoring, (tussentijdse) evaluaties en bijsturing. Ook is dit een plek om ons commitment uit te spreken om meer zicht te krijgen op kwaliteit en uitkomsten van zorg, een belangrijke voorwaarde om de focus in bekostiging en contractering te verschuiven naar kwaliteit. Na vaststelling van dit advies starten we een traject om met alle betrokken partijen gezamenlijk het experiment verder uit te werken en het convenant concreet vorm te geven.

Uitkomsten van zorg worden steeds belangrijker

Binnen de gehele sector leeft de wens om meer zicht te krijgen op kwaliteit en uitkomsten van zorg. Vanuit de stuurgroep kwaliteitskader wijkverpleging wordt hier hard aan gewerkt, al blijkt ook dat het proces om inzicht in uitkomsten te verkrijgen weerbarstig is. We zijn geen voorstander van een verplichte registratie vanuit de NZa. We stellen voor de urgentie hiervan en het commitment hieraan een plek te geven in het bestuurlijk convenant wijkverpleging.

Bekostiging van de wijkverpleging vanaf 2027

Het advies in dit rapport is geen eindpunt voor de bekostiging van de wijkverpleging. Wanneer het nieuwe experiment afloopt in 2027 is het opnieuw nodig om een bekostiging te ontwerpen die past bij de sector en de uitdagingen van dat moment. Ook dan zal 'one size fits all' niet wenselijk zijn.

We adviseren het ministerie van VWS daarom om de komende jaren gedifferentieerde regulering mogelijk te maken in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Wanneer de Wmg niet zal worden gewijzigd zijn mogelijk andere wijzigingen nodig, zoals een aanpassing van wet- en regelgeving (waaronder de Zorgverzekeringswet (Zvw)) waardoor een contract een vereiste wordt voor de gehele sector. We zijn van mening dat binnen het gecontracteerde zorgaanbod inhoudelijk de grootste slagen te maken zijn voor de sector. We blijven ons daarom als NZa ook de komende jaren inzetten voor het stimuleren van contractering in de wijkverpleging.

1. Inleiding en aanleiding

1.1 Inleiding

Voor u ligt het advies bekostiging wijkverpleging. In dit advies beschrijven we, op verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), hoe we verpleging en verzorging zoals die onder de Zvw valt, vanaf 2022 willen reguleren en bekostigen. Dit gaat onder andere over de zorg voor kwetsbare ouderen, medische kindzorg, kinderpalliatieve zorg, dementiezorg, palliatieve zorg en zorg thuis voor mensen met een chronische ziekte. Wanneer in we in dit advies de wijkverpleging noemen, bedoelen we daarmee ook bovengenoemde specifieke soorten zorg. We gaan in dit hoofdstuk eerst verder in op de historische aanleiding voor dit advies. Vervolgens bespreken we de concrete adviesaanvraag van de minister van VWS. We sluiten dit hoofdstuk af met een leeswijzer.

1.2 Historische lijn

De wijkverpleging is in 2015, als onderdeel van de hervormingen van de langdurige zorg, overgeheveld vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zvw. De drie belangrijkste redenen voor deze hervormingen waren: (1) het verbeteren van de kwaliteit van ondersteuning en zorg, (2) het vergroten van de betrokkenheid in de samenleving (meer voor elkaar zorgen) en (3) de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg en ondersteuning¹. Men zag in de nieuwe structuren meer ruimte voor integrale zorgverlening, de-medicaliseren en kwaliteit van leven. Sleutelwoorden waren maatwerk, cliënt centraal, eigen regie, zelfredzaamheid en meer ruimte voor professioneel handelen. De wijkverpleging zoals deze gepositioneerd is in de Zvw is erop gericht om oudere en kwetsbare mensen (langer) zorg thuis te verlenen en om de samenhang tussen zorg, preventie, welzijn en wonen te verbeteren. De wijkverpleegkundige is bij uitstek de 'spin in het web' die gezondheid en eigen regie bevordert en die het medische en sociale domein met elkaar verbindt.

¹ Van Rijn, 2013. Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst.

Met deze overheveling van de wijkverpleging naar de Zvw gaat ook een inhoudelijke doorontwikkeling van het vak van wijkverpleegkundige gepaard. Dit wordt bijvoorbeeld zichtbaar in het Kwaliteitskader Wijkverpleging (2018), het Kwaliteitskader zorg voor een ziek kind in eigen omgeving (2018), het Kwaliteitskader Palliatieve zorg Nederland (2017) en het Expertisegebied Wijkverpleging (2019). Hieruit wordt duidelijk dat de wijkverpleegkundige, als generalistische zorgprofessional, een cruciale speler is in de eerstelijns gezondheidzorg en in verbinding met de andere (zorg)sectoren.

Met deze transitie en transformatie is bij alle partijen het besef ontstaan dat de bekostiging gebaseerd op productie (“uurtje factuurtje”) niet langer wenselijk is, en dat er behoefte is aan informatie over zorgvraag en zorgzwaarte op cliëntniveau. De huidige bekostiging faciliteert dit onvoldoende. Vanaf de overheveling in 2015 zijn er daarom meerdere onderzoeken uitgevoerd naar een wenselijke bekostiging voor de wijkverpleging die bijdraagt aan de doelen die bij de overheveling gesteld zijn. Daarnaast is vanaf 1 januari 2016 de Beleidsregel experiment bekostiging verpleging en verzorging (BR/REG-19144) van kracht. Deze Beleidsregel biedt de mogelijkheid om, vooruitlopend op een nieuwe bekostiging, te experimenteren met nieuwe bekostigingsvormen².

1.3 Eerdere onderzoeken

SiRM heeft in 2015 op verzoek van het ministerie van VWS onderzocht hoe de contouren van de bekostiging voor wijkverpleging eruit zouden moeten zien en concludeert dat het wenselijk is dat de volumeprikkel uit de bekostiging verdwijnt³. In plaats daarvan moeten persoonlijke omstandigheden van de cliënt meewegen bij de vergoeding van zorg. Ook moeten innovatie en kwaliteit van zorg beloond worden. SiRM stelt voor om voor het grootste deel van de wijkverpleegkundige zorg te werken met zorgpakketten, die worden afgeleid op basis van gegevens uit de classificatiesystemen.

Als vervolg hierop schrijft Gupta in 2016 dat de voorspelkracht van cliëntkenmerken uit OMAHA-data onvoldoende is om het aantal uren zorg te voorspellen⁴. Automatische afleiding van case-mix profielen uit classificatiesystemen is niet haalbaar. Gupta beschrijft als belangrijke onderdelen van een nieuwe bekostiging en de ontwikkelagenda het volgende:

- Het belonen van goede kwaliteit van zorg;
- Het stimuleren van efficiënte zorg; en
- Inzicht in cliëntprofielen als basis voor het verbeteren van interventies en begrip van de case-mix per zorgaanbieder.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2014-2015, 29 689, nr. 611 p. 4

³ SiRM, 2015. Contouren bekostiging wijkverpleging.

⁴ Gupta Strategists, 2016. Onderzoek bekostiging wijkverpleging.

De NZa heeft vervolgens de verdere uitwerking van het traject voor de nieuwe bekostiging op zich genomen. Hierbij hebben we zowel de veldpartijen als wetenschappelijke partners betrokken. Alle partijen willen hierbij de inhoud van het wijkverpleegkundige vak als startpunt hanteren voor de bekostiging. Een inhoudelijke onderbouwing van de inzet van zorg op cliëntniveau is daarbij belangrijk. Een nieuwe bekostiging dient het bevorderen van zelfredzaamheid en de inzet van meer preventieve activiteiten te belonen. Daarnaast moet de inhoud van de zorg voorop staan en moet de nieuwe bekostiging ondersteunend zijn aan de wijkverpleegkundige autonomie.

De inzet in bovenstaande onderzoeken is steeds een case-mix model in plaats van de huidige bekostiging per uur verpleging of verzorging. De huidige bekostiging nodigt niet uit tot innovatie of inzetten op zelfredzaamheid. De wijkverpleegkundige wordt hierdoor onvoldoende ondersteund in de invulling, uitoefening en ontwikkeling van haar vak.

Een bekostiging op basis van inhoudelijke informatie zoals een case-mix model heeft een aantal voordelen ten opzichte van het huidige systeem. Het stelt de cliënt en diens zorgvraag centraal voor de te declareren zorg. In combinatie met een vergoeding voor een langere periode verdwijnt de productieprikkel en wordt inzet op innovatie en zelfredzaamheid beloond. De professional krijgt zo meer ruimte. De wijkverpleegkundige en haar professionele inzicht en autonomie staan centraal. In de contractering kan er meer ruimte komen voor kwaliteit. Goede uitkomsten gekoppeld aan een specifieke groep cliënten kunnen beter beloond worden door de zorgverzekeraar dan minder goede uitkomsten.

Ook in het recente advies van de commissie Bos over thuiswonende ouderen komt de bekostiging van de wijkverpleging aan de orde:

“De commissie adviseert om de wijkverpleging te financieren op een manier die preventie beloont en productie en onnodige doorverwijzing naar duurdere zorg ontmoedigt. De financiering dient tevens bij te dragen aan de mogelijkheden voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om samen te werken. Een financieringssysteem op basis van cliënt- en populatiekenmerken, case-mix en uitkomstindicatoren lijkt zich hier het beste voor te lenen.”⁵

Het advies van deze commissie sluit aan bij de historische lijn zoals ook hierboven beschreven.

In onze voortgangsrapportage doorontwikkeling bekostiging wijkverpleging⁶ beschrijven we een model dat de bekostiging van waardegedreven zorg over de sectoren heen mogelijk maakt. Een integrale bekostiging van netwerkzorg als eindperspectief.

⁵ Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen, 2020. Oud en zelfstandig in 2030. Aangepast REISadvies.

⁶ NZa, Voortgangsrapportage doorontwikkeling bekostiging wijkverpleging, 2020.

Op korte termijn is integrale netwerkzorg een stap te ver. We willen wel via tussenstappen al de goede richting kiezen. Dit doen we door te stimuleren dat wijkverpleging kan worden ingekocht op een manier die de waarde voor de cliënt en de maatschappij optimaliseert in termen van kwaliteit, uitkomst en doelmatigheid. Dit sluit ook goed aan bij de grondbeginselen van waardegedreven zorg in de wijkverpleging.

1.4 Opdracht aan de NZa

De directe aanleiding voor dit advies zijn de opdrachtbrief en de adviesaanvraag die de NZa in respectievelijk 2019 en 2020 heeft ontvangen van de minister van VWS.

Het is de ambitie van de minister van VWS om per 2022 een nieuw bekostigingsmodel in de wijkverpleging in te voeren dat coördinatie, samenwerking en het belonen van goede resultaten ondersteunt. In de opdrachtbrief geeft de minister aan: 'vooral nog lijkt een bekostigingsmodel met cliëntprofielen het best geschikt om deze doelen te bereiken.'

De minister van VWS noemt als belangrijke uitgangspunten voor een nieuwe bekostiging onder andere dat deze:

- Duidelijk en bruikbaar is voor zorgverleners, zorgaanbieders (groot en klein, gecontracteerd en niet-gecontracteerd) en zorgverzekeraars;
- Duidelijk en bruikbaar is voor zorg die vanuit Zvw-PGB wordt gedeclareerd;
- Adequate prikkels bevat voor zorgaanbieders ten aanzien van kwaliteit en doelmatigheid en mogelijkheden voor zorgverzekeraars om daarop te sturen;
- Lage administratieve lasten tot gevolg heeft;
- Rekening houdt met bekostiging voor specifieke doelgroepen zoals medische kindzorg, dementie (specifiek casemanagement dementie) en palliatieve zorg;
- Samenwerking, coördinatie en preventie stimuleert;
- Risicoselectie beperkt en toegankelijkheid van zorg ondersteunt;
- Voldoende keuze behoudt van de verzekerde voor een zorgverlener.

In de adviesaanvraag van februari 2020 vraagt de minister van VWS de NZa meer specifiek om in te zetten op het ontwikkelen van een bekostiging op basis van cliëntprofielen. Hij vraagt daarbij aan welke randvoorwaarden voldaan moet worden om het nieuwe bekostigingsmodel in 2022 zonder risico voor zowel gecontracteerde als niet gecontracteerde zorgaanbieders te implementeren. De minister geeft daarbij ook aan dat hij beseft dat bij een uniforme bekostiging voor de gehele sector niet aan alle uitgangspunten uit de opdrachtbrief kan worden voldaan. In hoofdstuk zes van dit advies beschrijven we daarom concreet op welke manier een nieuwe bekostiging al dan niet voldoet aan bovenstaande uitgangspunten.

1.5 Doorlopen proces

De NZa nam vanaf 2017 de verdere uitwerking van het traject voor een nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging op zich. Belangrijke onderdelen van dit traject zijn:

- De pilot en het onderzoek gericht op het verzamelen en analyseren van data ten behoeve van een case-mix model (indeling in cliëntprofielen).
- Het evalueren van de werking van de Beleidsregel experiment bekostiging verpleging en verzorging.
- Het onderzoek naar de organisatie en bekostiging van systeemfuncties.

Tijdens voormelde trajecten heeft er brede afstemming plaatsgevonden met betrokken stakeholders; belangenvertegenwoordigers van cliënten, wijkverpleegkundigen, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Vooral in 2020 hebben er verschillende bijeenkomsten plaatsgevonden waarin (de keuzes tussen) de verschillende scenario's met elkaar besproken zijn. Deze gesprekken hebben geleid tot het voorstel en de richting zoals we die in dit advies beschrijven.

1.6 Leeswijzer

Zoals gevraagd door de minister van VWS adviseren we op welke manier de bekostiging voor de wijkverpleging per 2022 optimaal kan worden vormgegeven.

In hoofdstuk 2 lichten we toe hoe we samen met het veld de wijkverpleging zien. Deze visie stuurt de keuzes die we maken voor een nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging. In hoofdstuk 3 geven we een samenvatting van de uitkomsten van het onderzoek naar cliëntprofielen, een belangrijke bouwsteen voor de nieuwe bekostiging. In hoofdstuk 4 adviseren we over de bekostiging per 2022 en benoemen we mogelijke opties voor de langere termijn. Vervolgens beschrijven we in hoofdstuk 5 aan welke randvoorwaarden voldaan moet worden om de voorgestelde bekostiging zonder grote risico's in te voeren en welke risico's we zien als niet aan deze randvoorwaarden wordt voldaan. In hoofdstuk 6 onderbouwen we onze keuze voor de voorgestelde bekostiging en lichten we toe waarom we deze keuzes maken.

2. Gewenste ontwikkelingen in de wijkverpleging

De visie en de doelen die we samen met veldpartijen voor ogen hebben voor de wijkverpleging en de maatschappelijke uitdagingen waar we ons voor gesteld zien, beïnvloeden hoe we de wijkverpleging willen reguleren. We willen dat de regulering en daarmee de nieuwe bekostiging optimaal bijdraagt aan de doelen die we met elkaar voor de wijkverpleging voor ogen hebben. Het doel van wijkverpleging is als volgt verwoord in het Kwaliteitskader Wijkverpleging: kwaliteit van leven thuis te bevorderen, ondanks ziekte, behandeling of beperking.⁷

2.1 Maatschappelijke ontwikkelingen

De wijkverpleging is onderdeel van een groter geheel aan zorg. We zien een aantal ontwikkelingen die van invloed zijn op de zorg in Nederland en dus ook op de wijkverpleging. Twee belangrijke ontwikkelingen zijn de toenemende vergrijzing van de bevolking en de huidige en verwachte krapte op de arbeidsmarkt.⁸

Daarnaast zien we een focus op het langer thuis wonen van ouderen en de verschuiving van specialistische zorg naar de thuissituatie. Dit betekent dat ook in de wijkverpleging de komende jaren de zorgvraag toeneemt terwijl het aantal verpleegkundigen en verzorgenden afneemt of gelijk blijft en de beschikbare mantelzorg afneemt. Zonder (beleids)maatregelen leidt dit naar verwachting tot een grote kloof tussen zorgvraag en zorgaanbod.

2.2 Ontwikkelingen binnen wijkverpleging

We zien de wijkverpleegkundige als een belangrijke professional in de ontwikkeling naar Juiste Zorg Op De Juiste Plek (JZOJP). De wijkverpleegkundige weet hoe zij mensen weer zelfredzaam kan krijgen. Hij of zij kan als coach en vertrouwenspersoon samen met de cliënt positieve gezondheidsdoelen waarmaken. De wijkverpleegkundige is daarbij gericht op samenwerken en het coördineren en organiseren van de zorg rondom de cliënt.

⁷ Kwaliteitskader Wijkverpleging, 2018.

⁸ Panteia, 2020. De situatie op de arbeidsmarkt in de wijkverpleging.

Zo is de wijkverpleegkundige herkenbaar en aanspreekbaar in de wijk, komt veel achter de voordeur en legt de verbinding met de huisarts, het ziekenhuis en de familie van de cliënt. Zij is, naast de huisarts, een belangrijke 'spin in het web' in de eerstelijnszorg.

Om de hierboven genoemde ontwikkelingen goed op te vangen is het belangrijk dat er juist ook binnen de wijkverpleging zoveel mogelijk ruimte komt om de JZOJP te bieden. Ook willen we de wijkverpleegkundige faciliteren om maximaal in te zetten op preventie, innovatie, digitale zorg en zelfredzaamheid. Die ruimte willen we ook in de bekostiging expliciet maken en stimuleren. Ook voor belangrijke ontwikkelingen zoals het organiseren van onplanbare nachtzorg en herkenbare en aanspreekbare teams moet in een nieuwe bekostiging ruimte zijn.

Door middel van een nieuwe bekostiging zorgen we dat betalen op basis van volume (per uur geleverde zorg) verdwijnt en dat inzet op innovatie en zelfredzaamheid wordt beloond. Contractafspraken kunnen dan steeds meer op basis van kwaliteit gemaakt worden. Zo worden zorgverzekeraars en zorgaanbieders aangespoord om niet langer te sturen op uren geleverde zorg, maar op goede uitkomsten voor de cliënt. Daarmee ontstaat maximale ruimte voor het professionele inzicht van de wijkverpleegkundige. We zijn ons er daarbij steeds van bewust dat we een goede verbinding moeten houden tussen de inrichting van het systeem en hoe dat vervolgens bijdraagt aan betere zorg voor de individuele cliënt.

Verpleging en verzorging thuis bestaat ook voor een deel uit zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz). In dit advies laten we dat deel buiten beschouwing. In ons advies over de langdurige zorg aan het eind van dit jaar besteden we hier aandacht aan. Van belang is dat ook deze zorg in samenhang wordt gezien met de wijkverpleging vanuit de Zvw.

2.3 Bekostiging die bijdraagt aan inhoudelijke doelen

We zijn als NZa verantwoordelijk voor het inrichten van de regulering en daarmee de bekostiging van de wijkverpleging. We zijn ons ervan bewust dat een nieuwe bekostiging niet de oplossing is voor alle knelpunten binnen de wijkverpleging. Wel zien we de bekostiging als een belangrijk middel om bij te dragen aan de doelen die we met elkaar voor ogen hebben voor de wijkverpleging.

Naast bijvoorbeeld contracteren, innoveren en het versterken van de professionele standaard, heeft ook de bekostiging invloed. We zien dat de manier waarop we zorg vergoeden een sterke sturende werking heeft op het gedrag van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en zorgprofessionals. We zien dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars al ruime tijd met elkaar op weg zijn in het organiseren en contracteren van de wijkverpleging. Het is belangrijk dat goede initiatieven die hieruit zijn ontstaan ook in de nieuwe bekostiging behouden blijven. Voor bestaande afspraken hierover moet dan ook in het nieuwe experiment voldoende ruimte zijn.

We hebben daarom een reële verwachting van wat bekostiging kan doen: het is geen wondermiddel dat alle problemen oplost, wel een bruikbaar middel dat bijdraagt aan onze gezamenlijke doelen. Dat is de balans die we zoeken in dit advies.

3. Onderzoek cliëntprofielen

Het ontwikkelen van bruikbare cliëntprofielen in de wijkverpleging, ook wel case-mix groepen genoemd, is een voorwaarde voor meer innovatieve vormen van bekostiging, zoals een vergoeding per cliëntprofiel per maand. Inzicht in de zorgvraag en een uniforme classificatie van cliënten is hierbij van belang om risicoselectie tegen te gaan. De verwachting is dat dit helpt om een meer inhoudelijk gesprek te voeren tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar en dat cliëntkenmerken nodig zijn om inzicht te krijgen in zorguitkomsten op populatieniveau.

3.1 Pilot Wetenschappelijk Programma Wijkverpleging

Om deze reden is het afgelopen jaar een onderzoek uitgevoerd naar het ontwikkelen van cliëntprofielen in de wijkverpleging. Dit onderzoek is een belangrijke bouwsteen voor de keuze om vanaf 2022 verder te gaan werken met cliëntprofielen. Het complete onderzoeksrapport met de volledige resultaten en onderbouwing is als separaat rapport toegevoegd bij dit advies. Dit rapport vormt ook de basis voor een wetenschappelijke publicatie.⁹ Hieronder volgt een korte samenvatting van de belangrijkste uitkomsten van het rapport.

De NZa is vanuit het Wetenschappelijk Programma Wijkverpleging (WPW)¹⁰, samen met de Universiteit Maastricht, begin 2019 een onderzoek bij vier grote zorgaanbieders gestart. Dit onderzoek richt zich op het ontwikkelen van cliëntprofielen in de wijkverpleging. De insteek van deze pilot was om met een beperkte registratielast (een vragenlijst die enkele minuten kost om in te vullen) een maximaal resultaat te halen.

De centrale vraag is: kunnen we op basis van een beperkt aantal cliëntkenmerken voorspellen hoeveel zorg een cliënt in een bepaalde periode krijgt? Om dit te onderzoeken is een vragenlijst (de case-mix vragenlijst) opgesteld met vragen over cliëntkenmerken die volgens eerder wetenschappelijk onderzoek voorspellend zijn voor wijkverpleegkundige zorginzet.

⁹ Wetenschappelijk artikel is in de maak. Verwijzing volgt bij publicatie of bij indiening voor publicatie.

¹⁰ Het WPW is een samenwerkingsverband tussen de Universiteit/Hogeschool Utrecht, de Universiteit Maastricht, de Universiteit Tilburg en de Nederlandse Zorgautoriteit.

De deelnemende zorgaanbieders hebben van juni 2019 t/m december 2019 deze extra cliëntkenmerken geregistreerd. Dit heeft geresulteerd in circa 5.500 vragenlijsten afgenomen door 351 wijkverpleegkundigen.

3.2 Uitkomsten onderzoek

De belangrijkste uitkomst van dit onderzoek is dat het mogelijk is om met een korte vragenlijst cliëntprofielen voor wijkverpleging te maken die niet onder doen voor al bestaande case-mix modellen voor thuiszorg (in bijvoorbeeld andere landen). Uit dit onderzoek blijkt dat de case-mix vragenlijst een maximale voorspelkracht voor de wijkverpleegkundige zorginzet heeft van 25%. Dit is aanzienlijk meer dan de huidige cliëntprofielen in wijkverpleging, de ZN-doelgroepen, die leiden tot een voorspelkracht van circa 10%, die voornamelijk zit in het kunnen onderscheiden van palliatieve cliënten. De ZN-doelgroepen zijn ook niet primair bedoeld om zorg te voorspellen.

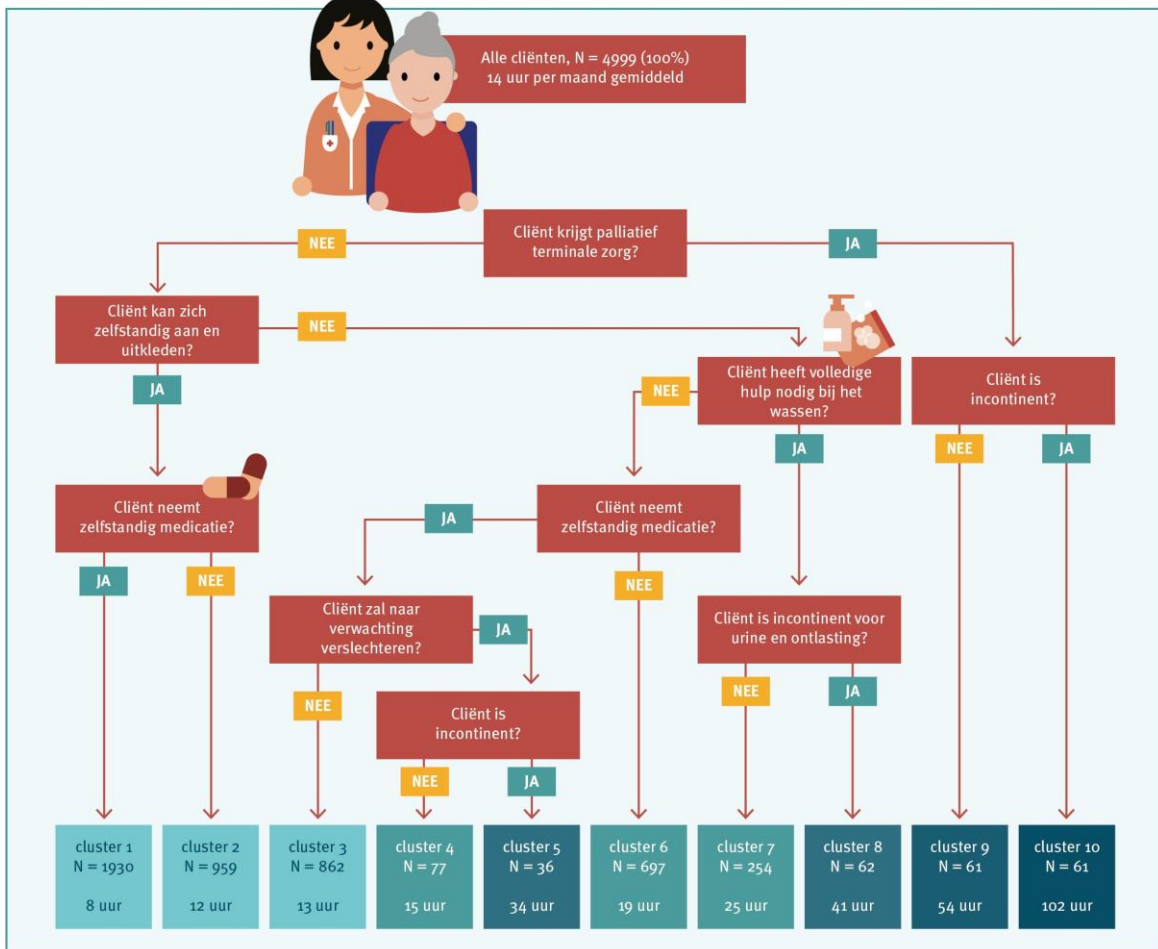
We hebben wel de voorspellende waarde hiervan onderzocht om te kijken of de doelgroepen kunnen helpen als onderbouwing van cliëntgroepen. Dat is niet het geval. De gevonden beslisboom leidt af naar tien cliëntprofielen en heeft een voorspelkracht van 21%. Het is voor het eerst dat er nu op basis van onderzoek een dergelijk stevig fundament ligt waarmee er meer inhoud in het systeem gebracht kan worden.

Uit de data komt naar voren dat er onderscheidende kenmerken zijn op basis waarvan we cliëntprofielen kunnen vormen. Vooral de ADL (Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen) gerelateerde kenmerken en een palliatieve zorgvraag zijn voorspellend voor de hoeveelheid zorg die nodig is. We zien dat de gevonden modellen bij alle vier de deelnemende zorgaanbieders tot soortgelijke patronen leiden wanneer we kijken naar de procentuele verdeling over de cliëntprofielen en de gemiddelde ureninzet binnen de cliëntprofielen.

3.3 Case-mix model

In de beslisboom in Figuur 1 laten we zien hoe cliëntkenmerken leiden tot cliëntprofielen. De beslisboom geeft weer hoeveel formele uren zorg er per cliëntgroep voorspeld worden in de vier weken na het invullen van de case-mix vragenlijst. In dit voorbeeld is er gewerkt met de data van alle cliënten (N = 4.999). Op basis daarvan komen we tot een model met tien cliëntprofielen. De gemiddelde inzet van uren wijkverpleging (formele zorg) per maand per cliëntprofiel verschilt van 8 uur tot 102 uur. De voorspelkracht van dit model is 21%. Het model laat zien dat palliatief terminale zorg een belangrijke voorspeller is. Ook zien we dat het zelfstandig kleden, zelfstandig medicatie in kunnen nemen en continëntie belangrijke voorspellers zijn.

Figuur 1. Beslisboom cliëntprofielen.



Het onderzoek geeft inzicht in voorspellende cliëntkenmerken en daaruit volgende mogelijke cliëntprofielen. Op basis van selectiecriteria en statistische keuzes zijn een aantal verschillende modellen mogelijk. Wat de 'beste' cliëntprofielen zijn, hangt dus af van keuzes. Deze keuzes willen we niet als NZa alleen maken, maar juist samen met het veld. Daarnaast zijn herkenbaarheid en bruikbaarheid van de cliëntprofielen ook belangrijk.

In het getoonde model zien we bijvoorbeeld dat een aantal profielen een relatief klein deel van de cliënten bevat. Ook zien we dat de gemiddelde ureninzet tussen het tweede en het derde cliëntprofiel weinig van elkaar verschilt. Hoe we hiermee in een definitief model omgaan en welke indeling goed werkt in de praktijk, zijn keuzes die we de komende tijd samen met het veld maken.

Vanuit de NZa zullen we dit proces de komende maanden vormgeven en coördineren. We zoeken met elkaar naar bruikbare cliëntprofielen die herkenbaar zijn voor de sector en die maximale voorspelkracht hebben. In bijlage 4 gaan we verder in op het proces dat we hierin met het veld vorm willen geven.

3.4 Toepassing

Op basis van de hierboven genoemde resultaten zien we goede mogelijkheden om de cliëntprofielen toe te passen binnen een nieuw experiment. Binnen dit nieuwe experiment kunnen de cliëntprofielen verder ontwikkeld en breder gebruikt worden. Op termijn kunnen deze dan steeds breder gebruikt worden en beschikbaar komen voor meer typen zorgaanbieders.

4. Advies nieuwe bekostiging wijkverpleging

In dit hoofdstuk beschrijven we ons advies voor de bekostiging van de wijkverpleging vanaf 2022. In de huidige situatie is er in de praktijk sprake van twee bekostigingssystemen:

- Het experiment waarbij alleen sprake is van gecontracteerde zorg.
- De reguliere bekostiging waarbij sprake kan zijn van zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorg.

In de reguliere bekostiging is er sprake van vastgestelde prestaties en bijhorende tarieven. Deze tarieven kennen vaak een maximum. Binnen de kaders van het huidige experiment bekostiging verpleging en verzorging is er, onder voorwaarde van een contract, ruimte om af te wijken van de reguliere bekostiging door middel van vrije prestaties en vrije tarieven.

Wmg

De Wmg biedt de ruimte voor deze twee bekostigingssystemen alleen door middel van een experiment zoals nu het geval is. Zo lang het huidige experiment loopt, is het mogelijk om daarbinnen af te wijken van de reguliere bekostiging. Bij het aflopen van het experiment vervalt deze mogelijkheid en is het niet langer mogelijk om (buiten een nieuw experiment) twee verschillende manieren van reguleren naast elkaar te hanteren voor de wijkverpleging.

De Wmg biedt dus geen ruimte voor het omzetten van de huidige situatie, waarin door middel van een experiment ruim 90% van de sector gebruik maakt van een integraal uurtarief, naar reguliere bekostiging, naast de huidige reguliere bekostiging. De nieuwe bekostiging moet een uniforme regulering zijn die geldt voor alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars binnen de wijkverpleging. De bekostiging voor de wijkverpleging per 1 januari 2022 moet dus wat betreft de basiszorg gelijk zijn voor gecontracteerde en niet-gecontracteerde wijkverpleging.

Aangepast wettelijk kader

De voorkeur van de NZa gaat uit naar een aangepast wettelijk kader waarbij de Wmg de mogelijkheid biedt voor een gedifferentieerde regulering. Ruimte waar het kan, reguleren waar het nodig is. Omdat een dergelijk systeem binnen de huidige Wmg dus niet mogelijk is, adviseren we om vanaf 2022 de gewenste ontwikkeling naar een bekostiging met cliëntprofielen vorm te geven in een nieuw breed opgezet experiment naast een eenvoudige reguliere bekostiging die grotendeels gelijk is aan de huidige reguliere bekostiging.

De bekostiging zoals we die adviseren stimuleert meer dan nu het organiseren van zorg rond de cliënt en samenwerking binnen de wijkverpleging en over de domeinen heen. Inzicht in uitkomsten van zorg en contractering langs zowel kosten als inhoud zijn hierbij belangrijk. Hierbij zien we het werken met cliëntprofielen als kansrijke richting.

Cliëntprofielen geven de mogelijkheid om tarieven voor een langere periode af te spreken. Binnen deze periode ontstaat er ruimte en flexibiliteit om de zorg zo goed mogelijk in te richten om de cliënt heen. We zien ook dat we hier aan het begin staan. Dat is wat ons betreft juist een reden om de komende jaren breed te experimenteren met cliëntprofielen en hier ervaring mee op te doen.

Deze nieuwe bekostiging draagt bij aan de doelen die de sector voor ogen heeft en geeft ruimte voor samenwerking, innovatie en autonomie voor de wijkverpleegkundige. De bekostiging is voor alle partijen werkbaar en eventuele risico's zijn aanvaardbaar en beheersbaar.

We zien het voorstel zoals we hierna beschrijven niet als eindpunt.

Wanneer het nieuwe experiment afloopt in 2027 is het opnieuw nodig om een bekostiging te ontwerpen die past bij de sector en de uitdagingen van dat moment. Ook dan zal 'one size fits all' niet wenselijk zijn. We adviseren het ministerie van VWS daarom om de komende jaren gedifferentieerde regulering mogelijk te maken in de Wmg. Wanneer de Wmg gelijk blijft zijn mogelijk andere wijzigingen van wet- en regelgeving nodig, zoals een aanpassing van de Zvw waardoor een contract een vereiste wordt voor de gehele sector. In paragraaf 4.6 bespreken we in meer detail de mogelijke opties voor een bekostiging na het nieuwe experiment met cliëntprofielen.

We beschrijven in dit hoofdstuk eerst op hoofdlijnen ons advies voor een bekostiging vanaf 2022. Deze manier van reguleren draagt optimaal bij aan de doelen die we met elkaar willen bereiken. Vervolgens beschrijven we in meer detail de verschillende onderdelen van deze bekostiging zoals de bekostiging van systeemfuncties en de rol van uitkomsten van zorg. In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk blikken we vooruit op de mogelijkheden voor regulering vanaf 2027.

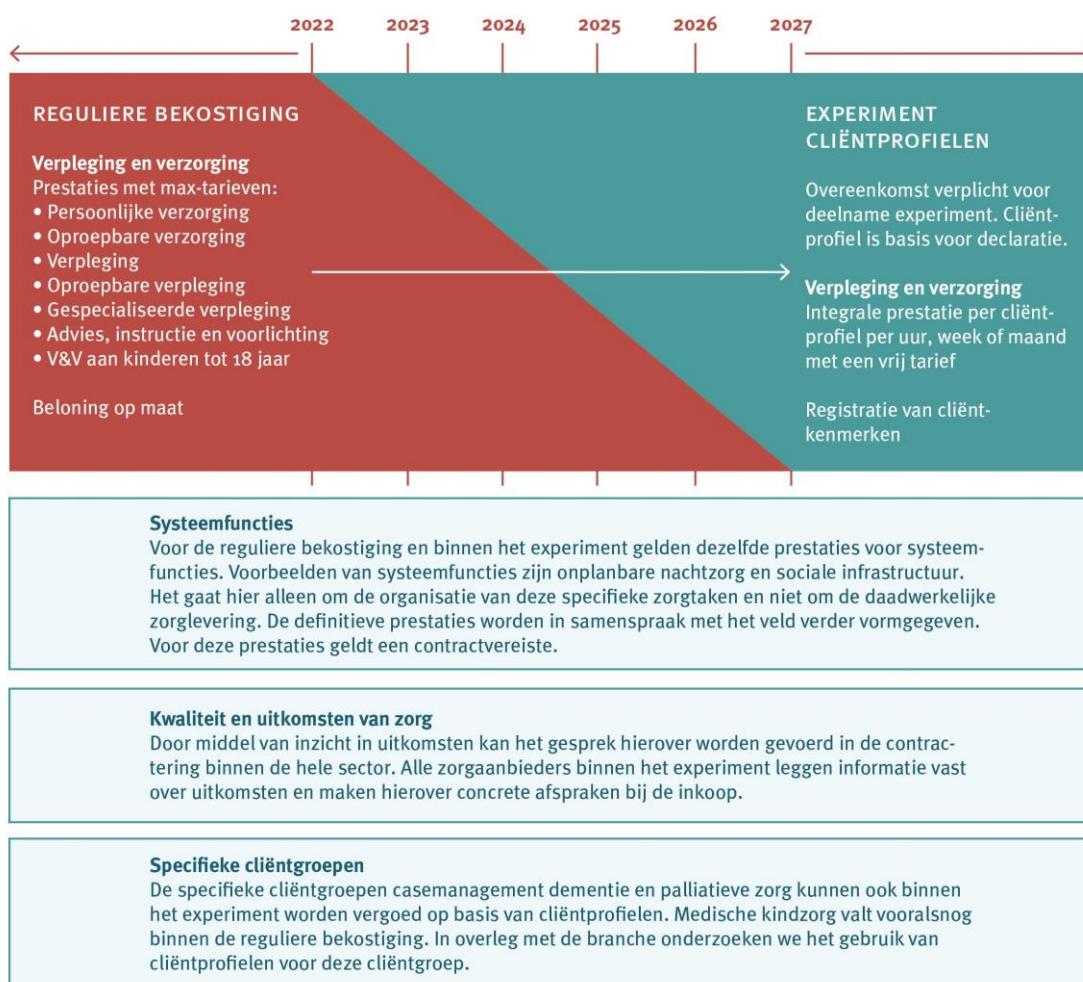
4.1 Advies bekostiging 2022

We adviseren om per 2022 de regulering en bekostiging van de wijkverpleging vorm te geven zoals hierna beschreven. Als reguliere bekostiging behouden we de prestaties en daarbij horende tarieven zoals deze nu gelden. Deze kunnen worden gebruikt door alle aanbieders van wijkverpleging.

Een breed opgezet nieuw experiment biedt ruimte om de inhoudelijke beweging in gang te zetten die we willen. Hierbij spelen cliëntprofielen een belangrijke rol. We zorgen voor een soepele en stapsgewijze overgang naar het registreren, declareren en contracteren op basis van cliëntkenmerken. Dit geeft comfort om op korte termijn en zonder grote risico's hier de eerste stappen in te zetten.

Daarnaast richten we een aantal nieuwe prestaties in voor het contracteren en vergoeden van systeemfuncties. Deze prestaties richten zich op het stimuleren van samenwerking en coördinatie van zorg. Voor deze prestaties geldt een contractplicht.

Figuur 2 maakt inzichtelijk uit welke onderdelen het nieuwe bekostigingsmodel bestaat.



Dit is een schematische weergave die de richting weergeeft die we in het experiment willen inzetten, hoe de bekostiging er na 2027 uitziet hangt onder andere af van de ervaringen binnen het experiment. Figuur 2. Schematisch overzicht nieuwe bekostiging wijkverpleging

4.1.1 Reguliere bekostiging

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars die (nog) niet deelnemen aan het nieuwe experiment, kunnen gebruik maken van de reguliere bekostiging. Met regulier bedoelen we dat dit de bekostiging is die als standaard geldt voor alle zorgaanbieders van verpleging en verzorging in de wijk. Deze bekostiging bestaat grotendeels uit de huidige bekostiging met prestaties voor onder andere persoonlijke verzorging en verpleging met een door de NZa vastgesteld maximumtarief. We stellen de volgende prestaties voor:

- Persoonlijke verzorging (maximumtarief).
- Oproepbare verzorging (maximumtarief).
- Verpleging (maximumtarief).
- Oproepbare verpleging (maximumtarief).
- Gespecialiseerde verpleging (maximumtarief).
- Advies, instructie en voorlichting (maximumtarief).
- Verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar (maximumtarief).
- Beloning op maat (vrij tarief en contractvereiste).
- Thuiszorgtechnologie (vrij tarief en contractvereiste).
- Prestaties voor systeemfuncties (vrij tarief en contractvereiste).

We voegen een aantal nieuwe prestaties voor systeemfuncties toe. Een aantal opties hiervoor, gebaseerd op ons onderzoek onder veldpartijen, lichten we verder toe in paragraaf 4.3. De huidige prestaties 'Regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg', 'Ketenzorg dementie' en 'Regiefunctie complexe wondzorg' komen hiermee mogelijk te vervallen. We bespreken de impact hiervan de komende maanden verder met betrokken veldpartijen.

De beleidsregel 'verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg' blijft hiernaast bestaan.

Bij positieve ervaringen met de cliëntprofielen binnen het experiment zullen we de registratie hiervan op termijn ook verplicht stellen voor zorgaanbieders buiten het experiment. Zo ontstaat er een gelijk speelveld binnen de sector en uniforme en daarmee waardevolle informatie op cliëntniveau voor de gehele sector inclusief de niet-gecontracteerde wijkverpleging.

4.1.2 Breed experiment cliëntprofielen

Naast de reguliere bekostiging stellen we een breed opgezet experiment voor gericht op cliëntprofielen. Met een nieuw experiment stimuleren en faciliteren we de beweging naar meer inhoud en kwaliteit van zorg. Hiervoor adviseren we een breed toegankelijk nieuw experiment waarin partijen ervaring op kunnen doen met het werken met cliëntprofielen. Hierbinnen is ruimte voor zowel de deelnemers aan het huidige experiment als nieuwe deelnemers, die gebruik kunnen blijven maken of willen gaan maken van een integraal tarief per uur terwijl ze toewerken naar het gebruiken van cliëntprofielen.

Door de brede deelname ontstaat er inzicht in de case-mix van zorgaanbieders. Partijen die deelnemen aan het experiment gaan mee in deze richting. Hieronder werken we het doel en de concrete invulling van het experiment verder uit. In bijlage 4 geven we een toelichting over het proces dat we tot aan 2022 met elkaar willen doorlopen om dit te realiseren.

4.1.3 Doel van het experiment

Binnen het experiment willen we door middel van een andere manier van het vergoeden van zorg stimuleren dat wijkverpleegkundigen meer ruimte krijgen om naar hun professionele inzicht de zorg in te zetten die nodig is voor de cliënt. Zij kunnen daarbij meer inzetten op zelfredzaamheid. Hierin ontstaat dan ook meer ruimte voor samenwerking met andere zorgverleners in de wijk en regio. Daarnaast geven we richting aan meer inzicht in inhoud, uitkomsten en kwaliteit van de wijkverpleging. Deze doelen willen we met elkaar tijdens het experiment steeds voor ogen houden.

De cliëntprofielen lenen zich ook om voor groepen met een vergelijkbare zorgvraag vergelijkbare uitkomsten te bespreken. Door die uitkomsten te verbeteren, stimuleer je kwaliteit. Door de ingezette interventies met elkaar te bespreken, kunnen interventies gekoppeld worden aan kwaliteit en uitkomsten en kunnen bruikbare en niet-bruikbare interventies worden verzameld. Cliëntprofielen helpen dus om kwaliteit en uitkomsten te vergelijken en hierop te sturen.

In de sector wijkverpleging is al sinds de overheveling vanuit de AWBZ behoefte aan informatie over de zorgvraag en zorgzwaarte op cliëntniveau. Een gezamenlijk begrippenkader voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars helpt om een gesprek over de inhoud van de zorg te voeren. Een case-mix model draagt bij aan een verbetering van de zorgvraagtypering en standaardisatie in begrippen. Daarnaast speelt het leren van deze data binnen dit experiment een belangrijke rol, zowel voor zorgaanbieders als voor zorgverzekeraars. Binnen de pilot die we in 2019 hebben uitgevoerd, bleek dat gegevens over cliëntkenmerken waardevolle informatie creëren over de cliëntenpopulatie. Binnen dit nieuwe experiment is het daarom ook belangrijk om zorgaanbieders en zorgverzekeraars zoveel mogelijk te faciliteren om van de data gebruik te maken en zo steeds meer datagedreven te werken.

Op basis van de ervaringen binnen het experiment bepalen we vervolgens samen met het veld of en op welke manier cliëntprofielen een plek krijgen in de reguliere bekostiging van de wijkverpleging. We kiezen er dus voor om de volle ontwikkelkracht van de sector en van de NZa in te zetten op het verder brengen van de cliëntprofielen. Het nieuwe experiment is daarmee ook de lakmoesproef voor een bredere bekostiging op basis van cliëntprofielen in de wijkverpleging.

4.1.4 Concrete invulling van het experiment

Het nieuwe experiment biedt ook ruimte aan deelnemers die werken met een integrale uurprestatie en die zich nog aan het voorbereiden zijn op het werken met cliëntprofielen (en dus nog niet daadwerkelijk registreren of contracteren op basis van deze informatie). Voor deze groep wordt het tarief naar verwachting gebaseerd op de historische gegevens over de cliëntenpopulatie zoals binnen het huidige experiment ook gebeurt.

Binnen het experiment is er daarmee ruimte voor (1) zorgaanbieders die zichzelf voorbereiden op het werken met cliëntprofielen, (2) zorgaanbieders die werken met cliëntprofielen en een vergoeding per uur en (3) zorgaanbieders die werken met cliëntprofielen en een vergoeding voor een langere periode, zoals per week of per maand. Op deze manier is ook vergoeding op basis van een integraal uurtarief mogelijk binnen het experiment. Voor deelname aan het experiment geldt een contractvereiste. Binnen het experiment is ruimte voor zowel grote als kleine zorgaanbieders. Beide groepen kunnen zo ervaring opdoen met het werken met cliëntprofielen.

Vergoeding voor een langere periode

Initieel is het werken met cliëntprofielen verbonden aan het werken met een vergoeding voor een langere periode (bijvoorbeeld een prestatie per week of per maand). Cliëntprofielen mitigeren dan de verleiding op risicoselectie die hiermee samenhangt doordat een profiel een indicatie geeft van de benodigde uren zorg voor een bepaalde groep cliënten. Tegelijkertijd zien we dat het werken met een prestatie voor een langere periode vraagt om meer ervaring en tijd om soft controls in te richten zoals vertrouwen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Binnen het experiment bepalen zorgaanbieders en zorgverzekeraars dan ook in samenspraak op welke manier ze de cliëntprofielen een plek geven binnen de contractering.

Een experimentele situatie geeft de ruimte om meer ervaring op te doen en verder onderzoek te doen naar andere vormen dan een tarief per uur. Deelname aan het experiment betekent dan ook niet een automatische overgang naar bijvoorbeeld maandprestaties. In het experiment is er nog steeds ruimte voor zowel het betalen per uur als per week als maand, zodat aangesloten kan worden bij de verschillende zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Ook zonder een vergoeding voor een langere periode leveren de cliëntprofielen belangrijke voordelen op door inzicht in de case-mix te genereren. Tegelijkertijd kunnen zorgaanbieders in overleg met hun zorgverzekeraar steeds meer gaan werken met prestaties voor een langere periode.

De overgang van een vergoeding per uur naar een vergoeding per maand gebeurt altijd in overleg tussen de individuele zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Daarbij zijn uitgangspunten onder andere dat cliëntprofielen moeten passen bij de zorg die nodig is voor de individuele cliënt en dat er wanneer dat niet zo is, ruimte moet blijven bestaan voor een maatwerkprofiel.

Experiment als transitie-model

Het experiment richt zich dus op het (gaan) werken met cliëntprofielen. Dit vraagt een andere manier van registreren en declareren. Dit is geen stap die alle zorgaanbieders al per 2022 op hetzelfde moment hoeven te zetten. Om die reden zien we binnen het experiment een model voor ons zoals weergegeven in Figuur 3.

Figuur 2. Start en verloop deelname experiment.



We onderscheiden vier fases voor deelnemers aan het experiment:

1. Voorbereiden: in deze fase bereiden zorgaanbieders zich voor op het gaan registreren van cliëntprofielen. Dit vraagt aanpassing in de ICT, backoffice en instructie aan wijkverpleegkundigen. Belangrijk hierbij is dat softwareleveranciers de vragenlijst integraal onderdeel maken van het proces wat de wijkverpleegkundige in het ECD doorloopt bij de intake en indicatie. Ook kunnen zorgaanbieders alvast ervaringen ophalen bij andere zorgaanbieders die zich in een volgende fase bevinden.
2. Registreren: om de cliëntprofielen te gebruiken bij het declareren of het contracteren is er historisch inzicht nodig in de verdeling van de populatie over de cliëntprofielen. De bedoeling is dan ook dat zorgaanbieders eerst een (half) jaar de cliëntprofielen registreren voordat deze ook gebruikt worden als informatie bij de declaratie of als onderbouwing in de contractering. Registratie van de cliëntprofielen gebeurt door de wijkverpleegkundige. Bij elke indicatie of herindicatie typeert de wijkverpleegkundige in 3-5 minuten de cliënt aan de hand van een aantal inhoudelijke vragen. Vanuit de antwoorden op de vragenlijst wordt automatisch een cliëntprofiel afgeleid.
3. Declareren. Wanneer een zorgaanbieder binnen het experiment inzicht heeft in de cliëntgroepen, voegt zij deze informatie toe aan de declaratie. Op deze manier krijgen zowel zorgaanbieder als zorgverzekeraar inzicht in de case-mix. Deze stap is een voorwaarde om vervolgens in overleg de stap te maken naar het contracteren op basis van cliëntprofielen. In deze fase kan de zorgaanbieder blijven declareren op basis van werkelijke gemaakte uren. Wel ontstaat er inzicht in het type cliënten aan wie zorg is geleverd.

4. Contracteren: in deze fase gebruiken zorgaanbieders de case-mixprofielen als informatie voor de contractering en tarifiering. Op basis van de specifieke case-mix kunnen zorgverzekeraar en zorgaanbieder contractafspraken maken over onder andere een integraal tarief. Voor elke nieuwe cliënt of cliënt met een veranderde zorgvraag wordt de vragenlijst ingevuld. Op deze manier blijft het inzicht in de case-mix actueel. Contracteren kan op basis van een vergoeding per uur, week of maand plaatsvinden. Zorgaanbieders die declareren per uur kunnen in overleg met de zorgverzekeraar overstappen naar een vergoeding per week of per maand.

De eerste groep zorgaanbieders kan zich in 2021 voorbereiden, in 2022 registreren en vanaf 2023 declareren en contracteren op basis van de cliëntprofielen. De tweede groep start een jaar later. De omvang van de twee groepen bepalen we de komende maanden en is vooral afhankelijk van de keuze van de individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Op deze manier groeit het gebruik en de ervaring met cliëntprofielen door de jaren heen.

Voor elke stap evalueren we collectief wat de ervaringen met de cliëntprofielen zijn op dat moment. Op deze manier is er ruimte om gedurende het experiment bij te sturen. Daarnaast wordt er in elke individuele situatie door de betreffende zorgaanbieder en zorgverzekeraar een afweging gemaakt over de overgang naar een vergoeding per week of per maand.

Voor de volledigheid benoemen we hier dat de vragenlijst in geen geval de wijkverpleegkundige indicatie vervangt. Cliëntprofielen dienen als middel om tot een passende bekostiging te komen, maar zijn niet plaatsvervangend voor het stellen van een juiste indicatie voor de verzekerde zorg voor de Zvw.

Prestaties en tarieven binnen het experiment

Concreet betekent dit dat er in 2022 en in 2023 door (een deel van) de zorgaanbieders gedeclareerd wordt zonder de cliëntprofielen als basis. Er is dan immers nog geen informatie beschikbaar over de case-mix. Voor deze periode is daarom een integrale uurprestatie beschikbaar zoals ook in het huidige experiment gebruikt wordt. Voor zorgaanbieders die nu met een week- of maandtarief werken, blijven deze tarieven beschikbaar in de eerste periode van het experiment.

Deze integrale uurprestatie zonder toevoeging van een specifiek cliëntprofiel is alleen beschikbaar tijdens de eerste twee jaar van het experiment. Daarna is bij een integraal uurtarief toevoeging van een cliëntprofiel noodzakelijk. Zorgaanbieders zodra zij cliëntkenmerken registreren ook na twee jaar dus instappen in het experiment.

Wanneer een deelnemende zorgaanbieder inzicht heeft in de case-mix door middel van cliëntprofielen, kunnen deze profielen ook worden gebruikt voor het declareren van zorg. Dit betekent dat zorgaanbieders de zorg per cliëntprofiel declareren door middel van een prestatiecode per cliëntprofiel. Ook dan blijft een integraal uurtarief bestaan, alleen de cliëntprofielen worden dan als 'gemeenschappelijke taal' toegevoegd aan de declaratie.

Dit lijkt op de wijze waarop binnen het huidige experiment de ZN-doelgroepen worden gebruikt in de declaratie. Wanneer er tien cliëntgroepen zijn, komen er dus tien prestaties met een vrij tarief per uur, tien prestaties met een vrij tarief per week en tien prestaties met een vrij tarief per maand. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders spreken onderling af welke tarieven zij hanteren voor de verschillende cliëntgroepen. De NZa berekent dus geen maximumtarief per cliëntprofiel.

Uiteindelijk kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars dus op basis van de informatie over de case-mix, cliëntprofielen steeds meer gebruiken als basis voor contractering. Naast de informatie over de cliëntprofielen, kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars ook andere informatie gebruiken om tot een tarief te komen. Voorbeelden hiervan zijn regionale kenmerken en de historische mix tussen verpleging en verzorging. De tarieven binnen het experiment zijn vrij, dus zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen ook binnen het experiment nog steeds werken met een integraal tarief. In dat geval declareert de zorgaanbieder voor iedere cliëntgroep hetzelfde tarief.

We adviseren om zeker in het begin van het experiment de cliëntprofielen met name te gebruiken om te komen tot een integraal tarief per uur, week of maand. Op deze manier ontstaat er wel samenhang tussen de inhoudelijke populatie cliënten en de vergoeding voor de zorg, maar is er geen directe prikkel voor upcoding. Op basis van data van voorgaande jaren en data van andere zorgaanbieders kunnen zorgverzekeraars grote wisselingen in typen cliënten zien tussen bijvoorbeeld twee verschillende jaren. Zo kan upcoding, ook op de langere termijn, worden ondervangen.

Naast deze integrale prestatie per cliëntgroep kunnen ook de aanbieders binnen het experiment gebruik maken van de prestaties voor systeemfuncties uit de reguliere bekostiging. Deze prestaties kennen een vrij tarief en een contractvereiste. Deze prestaties lichten we verder toe in paragraaf 4.2.

In overleg met zorgaanbieders en zorgverzekeraars bekijken we de komende maanden of de huidige prestatie 'Beloning op maat' binnen het experiment blijft bestaan. Vanwege het vrije karakter van de integrale prestatie kan zorgvernieuwing en uitkomstbeloning ook binnen de integrale prestaties van het experiment goed worden vormgeven.

Evalueren

Ook tijdens het experiment is er verdere uitwerking en verdiepend onderzoek nodig. De eerste ervaringen met de cliëntkenmerken worden in dit experiment opgedaan en kunnen worden gedeeld in een lerend netwerk van zorgaanbieders. Het is daarom belangrijk om tijdens en na afloop van het experiment te evalueren of de gestelde doelen behaald zijn en of we ons nog op de juiste route bevinden. De NZa voert deze evaluaties uit. De evaluaties kunnen gezien worden als keuzemomenten voor de verdere richting binnen het experiment en geven de mogelijkheid om bij te sturen. Deze evaluatie kan bijvoorbeeld jaarlijks plaatsvinden en in een bestuurlijk overleg worden besproken.

Naast deze collectieve evaluatie over de werking van het case-mix model, maken zorgaanbieders en zorgverzekeraars op individueel niveau de afweging wanneer een zorgaanbieder de overstap maakt van een vergoeding per uur naar een vergoeding voor een langere periode.

We werken de komende maanden met veldpartijen verder uit hoe er in het experiment een lerend netwerk kan ontstaan om ervaringen te delen. Aan het einde van het experiment vindt de eindevaluatie door de NZa plaats. Hierin wordt ook de eindconclusie getrokken of cliëntprofielen bruikbaar zijn om in reguliere bekostiging op te nemen.

Ruimte voor innovatie binnen het experiment

In het nieuwe experiment worden de cliëntprofielen de taal om mee te declareren. De tarieven zijn vrij en dat geeft vrijheid aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om maatwerkafspraken te maken. Het verschil met het huidige experiment is dat de basis voor het integrale tarief op termijn niet langer de mix van verpleging of verzorging is, maar steeds meer de case-mix van de zorgaanbieder.

Deze informatie kan vervolgens dienen om in onderling overleg toe te bewegen naar een vergoeding per maand. De ruimte en flexibiliteit blijven daarbij vrijwel gelijk aan die in het huidige experiment en er is nadrukkelijk ook ruimte om andere ontwikkelingen hierin te stimuleren. We moedigen partijen aan om die ruimte te gebruiken om maatwerkafspraken te maken om bijvoorbeeld de JZOJP en preventie te stimuleren.

4.2 Systeemfuncties

Door partijen wordt aangegeven dat het regionaal contracteren van deze zorg onvoldoende tot stand komt. Daarom hebben we het afgelopen jaar onderzoek gedaan bij veldpartijen naar de inrichting en bekostiging van systeemfuncties binnen de wijkverpleging. Het doel van het onderzoek is om inzicht te verkrijgen in wat systeemfuncties precies zijn, wat de omvang is en waar een bekostiging van een systeemfunctie in de wijkverpleging aan zou moeten voldoen. Bijlage 2 bevat een uitgebreid verslag van de bevindingen en conclusies van het onderzoek. Hieronder geven we een korte samenvatting van de uitkomsten van het onderzoek, wat een eerste voorzet is voor mogelijke prestaties voor systeemfuncties. De komende tijd werken we samen met partijen verder uit hoe definitieve prestaties voor systeemfuncties eruit kunnen zien.

4.2.1 Afbakening

Een systeemfunctie in de wijkverpleging zien we als een functie met de volgende eigenschappen:

- Zorgverzekeraars en zorgaanbieders organiseren dit alleen doelmatig op bovenlokaal niveau (regionaal).
- De functie hangt samen met een aparte organisatie van zorg voor bijvoorbeeld een voorziening of infrastructuur.
- Niet alle zorgaanbieders hoeven deze functie te organiseren, er is behoefte aan een selectie van zorgaanbieders die dit doen.
- Het regionaal organiseren van de functie is van wezenlijk belang voor het lokaal goed functioneren van wijkverpleging.

Systeemfuncties zijn dus gericht op het onderhouden van een netwerk, infrastructuur en organisatieschil om de zorglevering heen en zijn niet individueel toewijsbaar. Hiermee is een systeemfunctie vooral een regionale organisatievorm en geen individuele zorgfunctie, die door een zorgaanbieder wordt geleverd. Uit ons onderzoek blijkt dat deze definitie van een systeemfunctie breed wordt gedragen door zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

4.2.2 Doel

Belangrijke doelen voor het contracteren en vergoeden van systeemfuncties in de nieuwe bekostiging zijn:

- De prestaties helpen om in de inkoop het gesprek te voeren én afspraken te maken over belangrijke inhoudelijke onderwerpen.
- De prestaties helpen om de activiteiten voor deze afspraken herkenbaar te vergoeden.
- De prestaties dragen bij aan een uniforme wijze van contracteren en declareren. Dit helpt bij een samenhangende regionale aanpak en helpt zorgverzekeraars elkaar te volgen waar dat kan.

We adviseren daarom om een aantal specifieke prestaties te onderscheiden die gaan over herkenbare onderdelen van organisatie en infrastructuur van de wijkverpleging. Dit onderscheid nodigt zorgaanbieders en zorgverzekeraars uit om hier concrete afspraken over te maken tijdens de contractering.

4.2.3 Mogelijke prestaties

Als voorbeeld werken we hieronder drie prestaties uit voor de bekostiging van systeemfuncties per 2022:

- Organisatie en beschikbaarheid van onplanbare zorg in avond, nacht en weekend.
- Organisatie en beschikbaarheid van specialistisch verpleegtechnische zorg.
- Organisatie en beschikbaarheid van netwerken en sociale infrastructuur ten behoeve van samenwerking en coördinatie binnen de wijkverpleging en over de domeinen heen.

De prestaties bieden alleen een vergoeding voor de organisatie en beschikbaarheid van de zorg. De individueel geleverde zorg valt hier niet onder. Die is onderdeel van de integrale prestatie verpleging en verzorging. Op deze manier behouden we het integrale karakter van de individuele zorglevering die past bij de beoogde integrale prestatiebeschrijving en bekostiging van de reguliere wijkverpleging. Wel is van belang dat individuele zorglevering die samenhangt met de systeemfunctie op een administratief eenvoudige manier kan worden gedeclareerd. Voor deze prestaties(systeemfuncties) geldt een vrij tarief en een contractvereiste.

Organisatie en beschikbaarheid van onplanbare zorg in avond, nacht en weekend

We zien dat de meeste zorgaanbieders de onplanbare nachtzorg met partners uit de regio organiseren. Een aantal zorgaanbieders zegt in overleg te zijn om meer samenwerking te organiseren. Op hoofdlijnen zien we de volgende vormen:

Samenwerking in de nacht met zorgaanbieders die voor elkaar rijden.

- Mobiel nachtzorgteam.
- Verpleegkundig Expertise- en Alarmeringsteam (VEAT).
- Zorgcentrale 24/7 eventueel samen met huisartsenposten en spoedeisende hulp.

De regionale organisatie en infrastructuur die nodig is om deze zorg goed te leveren in een regio zien we als een systeemfunctie.

Organisatie en beschikbaarheid van gespecialiseerde en technisch verpleegkundige zorg

Er is bij zorgaanbieders grote behoefte om gespecialiseerde kennis en kunde regionaal te organiseren, zodat meerdere zorgaanbieders hier gebruik van kunnen maken in een regio. Deze gespecialiseerde wijkverpleging is niet door iedere zorgaanbieder zelf kostendekkend te organiseren.

Organisatie hiervan ligt bij een enkele zorgaanbieder, namens een groter aantal zorgaanbieders. In dat opzicht voldoet de organisatie hiervan aan de definitie van een systeemfunctie zoals hiervoor verwoord. Het vereist bovendien specifieke deskundigheid, die niet door alle zorgaanbieders geboden kan worden, zoals regiefunctie complexe wondzorg, longzorg of medisch specialistisch verpleegkundige zorg thuis (MSVT).

In het onderzoek geven zorgaanbieders aan dat het soms moeilijk is om een kostendekkende vergoeding te krijgen voor specialistische verpleging, zeker wanneer deze in onderaanneming wordt geleverd.

We benadrukken dat we individuele levering van gespecialiseerde en technisch verpleegkundige wijkverpleging niet zien als een systeemfunctie. Over deze zorg moeten zorgverzekeraars en zorgaanbieders gezamenlijk tot goede en kostendekkende contractafspraken komen.

Organisatie en beschikbaarheid van netwerken en sociale infrastructuur ten behoeve van samenwerking en coördinatie binnen de wijkverpleging en over de domeinen heen.

Veel zorgaanbieders geven aan samenwerking en coördinatie van zorg te zien als een systeemfunctie. Samenwerking en coördinatie als voorbeeld van een specifieke systeemfunctie is naar onze mening te breed. Het is zo algemeen, dat het feitelijk op alle functies van toepassing is die je onder een systeemfunctie schaaft. De winst zit in de vele lokale en regionale initiatieven waarin zorgaanbieders onderling samenwerken, uiteenlopend van acute nachtzorg en specialistische teams, tot coördinatiepunten voor zorgvragen, het onderhouden van regionale netwerken en vroegsignalering van problematiek bij kwetsbare ouderen en kinderen.

Als derde prestatie kun je kiezen voor een prestatie met een open karakter, omdat niet is afgebakend over welke zorg het gaat. Het biedt ondersteuning om regionale samenwerkingsafspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, die ook uitgaan van een regionale organisatie en infrastructuur, apart te kunnen bekostigen. De nadruk ligt bij organisatie en beschikbaarheid van samenwerking en coördinatie over de domeinen heen.

Algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg (ADZ)

Bij de uitwerking van de prestaties stellen we voor om de mogelijkheid te onderzoeken om deze systeemfuncties als Bekostiging ADZ te beschouwen. (Eerstelijns)zorg kenmerkt zich door zorgverleners met een verschillende expertise en verschillende organisatiestructuren. Er is behoefte aan samenwerkingsvormen en netwerkstructuren die

de zorg en de ondersteuning, in onderlinge samenhang, rondom de patiënt organiseren. Het gaat hierbij om coördinatie-activiteiten en de onderliggende infrastructuur die benodigd is voor de organisatie van samenwerking tussen zorgaanbieders. Deze activiteiten bevorderen de kwaliteit, doelmatigheid en betaalbaarheid van verzekerde zorg. Dergelijke activiteiten worden aangeduid als 'algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg' (ADZ). Eén van de grote voordelen is de mogelijkheid om ADZ zelfstandig door derden, zoals samenwerkingsverbanden, te kunnen laten declareren.

De minister voor Medisch Zorg heeft hierover onlangs een brief naar de Tweede Kamer gestuurd.¹¹ We zien de systeemfuncties in de wijkverpleging als vergelijkbaar met ADZ. Daarover zegt de minister: "ADZ faciliteert een betere samenwerking en daarmee een betere kwaliteit, doelmatigheid en betaalbaarheid van zorg, waarbij de inzet is dat door deze efficiëntere wijze van bekostiging voor zorgaanbieders meer tijd vrijkomt voor echte zorgtaken. De behoefte en noodzaak van dergelijke ondersteunende diensten neemt toe." Voorwaarde is wel een toetsing door het Zorginstituut ten aanzien van de vraag of de voorgestelde vorm van ADZ als verzekerde zorg is te kwalificeren.

4.2.4 Randvoorwaarden

Om een systeemfunctie regionaal te kunnen laten slagen dienen een aantal randvoorwaarden te zijn ingevuld. De belangrijkste zijn:

- Zorgverzekeraars contracteren op basis van congruent marktgedrag, dat betekent dat de zorgverzekeraars voor de regio dezelfde zorgaanbieder of de samenwerking van zorgaanbieders contracteren, als door de regie voerende zorgverzekeraar is overeengekomen.
- Zorgaanbieders hebben een regioplan, waarin het doel en de afspraken over de organisatie en beschikbaarheid van de systeemfunctie beschreven staan.
- Voldoende regionale organisatie en ruimte voor toetreding tot het samenwerkingsverband. Zorgaanbieders (ook kleinere) kunnen aansluiten bij een regionaal organisatieverband op verzoek van zorgaanbieder of zorgverzekeraar. De voordelen van samenwerking zijn breder beschikbaar, dan alleen voor initiatiefnemers en voorlopers. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars zodoende alle gecontracteerde zorgaanbieders in een regio onderbrengen bij een samenwerkingsverband rondom een systeemfunctie.
- Zorgverzekeraars maken inzichtelijk hoeveel ze vergoeden voor de functie.
- Zorgaanbieders maken inzichtelijk wat ze daar mee doen en wat de resultaten zijn.
- Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken concrete afspraken per functie, zoals afspraken over de activiteiten die het betreft, een kostendekkende vergoeding en de wijze van declareren.

¹¹ <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/kamerstukken/2020/06/29/kamerbrief-bekostiging-algemene-diensten-ten-behoeve-van-verzekerde-zorg>

4.3 Uitkomsten en kwaliteit

Bij een nieuwe bekostiging zien we een duidelijke rol weggelegd voor kwaliteit en uitkomsten van zorg. Zoals we al eerder benoemen wil de hele sector meer inzicht krijgen in de inhoud en kwaliteit van de zorg. Vanuit de stuurgroep kwaliteitskader wijkverpleging zijn hier al belangrijke stappen in gezet. Door middel van inzicht in uitkomsten kan het gesprek hierover worden gevoerd in de contractering. Ook kunnen op basis daarvan cliënten een beter geïnformeerde keuze maken en zorgaanbieders kunnen hun zorgverlening evalueren en verbeteren. We sporen de sector aan om vaart te maken met de voorgenomen acties rond het meten van uitkomsten. We zijn geen voorstander van een verplichte registratie vanuit de NZa. We stellen voor de urgentie hiervan en het commitment hieraan een plek te geven in het bestuurlijk convenant wijkverpleging.

Omdat we binnen het experiment werken met prestaties voor een langere periode, kan de verleiding ontstaan om binnen een periode minder zorg te leveren dan nodig is. Dit noemen we onderbehandeling. Daarom willen we binnen het experiment extra aandacht besteden aan uitkomsten. Alle zorgaanbieders binnen het experiment leggen informatie vast over uitkomsten en maken hierover concrete afspraken bij de inkoop. Waar dit waarde toevoegt kunnen relevante uitkomsten direct worden gekoppeld aan een specifieke cliëntprofielen.

In overleg met de sector bepalen we zowel voor de reguliere bekostiging als voor het experiment of en op welke manier het vastleggen en leren van uitkomsten een plek moet krijgen binnen de nieuwe regulering.

4.4 Specifieke patiëntgroepen

Binnen de wijkverpleging kennen we een aantal specifieke cliëntgroepen. De groepen die we onderscheiden zijn medische kindzorg en kinderpalliatieve zorg, palliatieve en palliatief terminale zorg en casemanagement dementie. Daarnaast zijn er nog een aantal kleinere specifieke patiëntgroepen die relatief veel en intensieve zorg nodig hebben. Omdat deze groepen relatief klein zijn en soms sterk verschillen van het grootste gedeelte van de wijkverpleging, bevat het huidige onderzoek naar cliëntprofielen niet voor al deze doelgroepen voldoende data om deze doelgroepen nu al mee te nemen in de te vormen cliëntprofielen.

Palliatief terminale zorg en casemanagement dementie komen voor in de data van het huidige onderzoek naar cliëntprofielen. Deze twee typen cliënten kunnen dan ook een plek krijgen in het nieuwe experiment en de zorglevering kan binnen het experiment worden vergoed. Daarbij is aandacht nodig voor het onderscheid tussen palliatieve zorg en palliatief terminale zorg. Palliatieve zorg speelt ook vaak een rol in de reguliere wijkverpleging, nog voordat er sprake is van palliatief terminale zorg. Deze zorg kan ook altijd worden gedeclareerd binnen de reguliere bekostiging.

We zien voor de langere termijn ook voor de medische kindzorg bekostiging op basis van cliëntprofielen als wenselijk. Deze vorm van bekostiging geeft ruimte voor preventieve inzet, afstemming met het netwerk van de cliënt, samenwerking en coördinatie. Elementen die ook juist bij de zorg aan deze doelgroep van groot belang zijn. Cliëntenprofielen voor kinderen zijn niet vergelijkbaar met die van volwassenen.

Er wordt binnen de branche gewerkt aan een passende omschrijving voor profielen met eigen cliëntkenmerken voor kinderen. In samenspraak met de sector voor medische kindzorg bekijken we of en op welke manier deze cliëntprofielen een plek kunnen krijgen binnen het nieuwe experiment.

Alle specifieke cliëntgroepen kunnen in ieder geval ook gebruik blijven maken van de reguliere bekostiging. In overleg met zorgverzekeraars kunnen hier passende afspraken over worden gemaakt. De Beleidsregel verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg blijft hiernaast bestaan.

4.5 Persoonsgebonden budget

In de praktijk worden de maximumtarieven binnen de huidige bekostiging ook gebruikt als basis voor het vergoeden van formele zorg vanuit het persoonsgebonden budget (pgb). Daarnaast zijn de bestuurlijke afspraken Zvw-pgb tussen ZN, V&VN, Per Saldo en het Ministerie van VWS leidend voor de invulling van het pgb in de Zvw. In voorgestelde bekostiging blijven de huidige prestaties en maximumtarieven bestaan. Met betrekking tot het pgb is daarmee de nieuwe situatie in 2022 gelijk aan de huidige situatie.

4.6 Opties voor bekostiging na afloop van het nieuwe experiment

In de inleiding van dit hoofdstuk benoemen we dat de bekostiging zoals we die adviseren een tijdelijk karakter heeft. Dit komt doordat we adviseren om het werken met cliëntprofielen vorm te geven in een nieuw experiment met een looptijd van vijf jaar. Op basis van de ervaringen met de cliëntprofielen binnen het nieuwe experiment kan in samenspraak met het veld worden bepaald of en op welke manier deze een structurele plek krijgen in de bekostiging na afloop van het nieuwe experiment. Bij goede ervaringen binnen het experiment kunnen steeds meer zorgaanbieders en zorgverzekeraars op deze manier gaan werken. Het doel is dat dit nieuwe experiment, bij een positieve evaluatie daarvan, toegroeit naar een nieuwe reguliere bekostiging.

Binnen het huidige experiment kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars vrij onderhandelen over het tarief. Er is geen tariefregulering van toepassing. Omdat vrijwel de hele gecontracteerde wijkverpleging gebruik maakt van de mogelijkheden die het huidige experiment biedt, geldt voor ruim 90% van de uitgaven aan wijkverpleging dat deze zijn gedaan binnen het experiment.

Het voordeel van vrije tarieven en vrije prestaties is dat er optimale ruimte is voor maatwerk in de contractering. Het reguleren van prestaties en tarieven kan mogelijk juist innovatie belemmeren. De meest recente ontwikkelingen kunnen in dat geval alleen in de contractering worden meegenomen wanneer de bekostiging door de NZa wordt aangepast. Deregulering is daarom ook voor de langere termijn het gewenste uitgangspunt, tenzij er zwaarwegende argumenten zijn om prestaties of tarieven te reguleren.

Bij afloop van het nieuwe experiment zien we een aantal opties voor een nieuwe bekostiging. Twee van deze opties vragen om een wetswijzigingen. Het is daarom belangrijk dat we nu al met elkaar nadenken over een goede manier om de

wijkverpleging te reguleren en te bekostigen op de langere termijn. Mogelijke wetswijzigingen kunnen zo tijdig worden voorbereid.

Eerste optie en voorkeursvariant

Een eerste optie en de variant van onze voorkeur is dat het ministerie van VWS de komende jaren gebruikt om een aanpassing van de Wmg in gang te zetten zodat gedifferentieerd reguleren mogelijk wordt. Goede elementen van het experiment kunnen dan samen met ruimte voor gecontracteerde wijkverpleging worden vormgegeven. Daarnaast kunnen prestaties op maat blijven bestaan voor bijvoorbeeld niet-gecontracteerde wijkverpleging en zeer intensieve zorg voor specifieke cliëntgroepen. Mogelijkheid tot differentiëren draagt dan bij aan maatwerk in de bekostiging. Wanneer het wettelijk kader van de Wmg de komende jaren niet wijzigt, zijn er in ieder geval twee andere opties. Beide gaan uit van een uniforme bekostiging voor de gehele sector.

Tweede optie

In de tweede optie kunnen we ervoor kiezen om ruimte te geven aan de gehele sector, het wettelijk kader laat dan immers geen ruimte voor een gedifferentieerde aanpak. Op basis van een eerste analyse zien we voldoende grond om de tarieven binnen de sector vrij te geven (zie bijlage 3). Er is een aantal wetsvoorstellen in voorbereiding bij het ministerie van VWS. Voorbeelden daarvan zijn het Wetsvoorstel Bevorderen contracteren (artikel 13 Zvw) en het Wetsvoorstel integrale bedrijfsvoering zorgaanbieders (Wibz).¹² De Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) en de Aanpassingswet Wtza (AWtza) zijn inmiddels aangenomen door de Eerste Kamer der Staten-Generaal.

Deze wet- en regelgeving kan bijdragen aan het mitigeren van de risico's van niet-gecontracteerde wijkverpleging wanneer meer ruimte wordt gegeven aan de gehele sector. Deze richting vraagt daarnaast om stevige randvoorwaarden die nodig zijn om de nieuwe bekostiging optimaal en zonder grote risico's te laten functioneren. Het niet of niet volledig invullen van deze randvoorwaarden brengt risico's met zich mee.

Wanneer de mitigerende werking van risico's van niet-gecontracteerde wijkverpleging door bovenstaande wetswijzigingen onvoldoende tot stand komt, zou kunnen worden gedacht een aanpassing van wet- en regelgeving (waaronder de Zvw) waardoor een contract een vereiste wordt voor de gehele sector.

Derde optie

Een derde en laatste optie is het vormgeven van een nieuw experiment vanaf 2027. In dit geval is het belangrijk dat er ook inhoudelijk aanleiding is voor een nieuw experiment zoals in de huidige situatie het geval is. Deze vraag moet dan opnieuw worden beoordeeld.

In dit advies richten we ons op de uitwerking van de bekostiging voor de komende vijf jaar. Bij de voorbereiding van de bekostiging per 2027 werken we deze opties verder uit. In hoofdstuk 6 van dit advies staan we nog stil bij niet-gecontracteerde wijkverpleging en onze visie daarop.

¹² Kamerstukken II 2019/20, 31765, nr. 480.

5. Randvoorwaarden en risico's nieuwe bekostiging

In dit hoofdstuk beschrijven we de randvoorwaarden die belangrijk zijn per 2022. Deze randvoorwaarden moeten de komende periode goed worden ingevuld, zodat de voorgestelde bekostiging optimaal kan functioneren. Het is belangrijk om daar niet mee te wachten, maar daarmee nu al een begin te maken.

5.1 Werk gefaseerd toe naar een nieuwe bekostiging op basis van cliëntprofielen

Zorgaanbieders binnen de wijkverpleging geven aan dat er beperkte verandercapaciteit is. Bij een geleidelijke implementatie is er tijd om te wennen aan nieuwe prestaties en tarieven. Ook geeft dit ruimte om het nieuwe systeem lerend te maken en steeds bij te schaven naar aanleiding van de ervaringen in het veld. Zorgverzekeraars geven aan dat het werken met een tarief voor een langere periode ook meer tijd en aandacht vergt in de contractering, juist ook omdat het opbouwen van een relatie en wederzijds vertrouwen daarbij erg belangrijk is.

De cliëntprofielen kunnen gedurende het experiment verder doorontwikkeld worden en zullen altijd worden verbeterd en aangescherpt. De ontwikkelingen in de zorg zelf staan namelijk ook niet stil. We slaan deze richting in omdat de resultaten van het uitgevoerde onderzoek voldoende vertrouwen bieden om hier in een nieuw experiment verder vorm aan te geven.

In ons voorstel geven we daarom vorm aan een gefaseerde invoering en verdere ontwikkeling van de cliëntprofielen door middel van een nieuw experiment. Dit nieuwe experiment is de ontwikkelrichting die we voor ogen hebben voor de wijkverpleging. Jaarlijks kan het aantal deelnemers groeien en ervaring opdoen met het werken met cliëntprofielen. Op basis van nieuwe data kunnen de cliëntprofielen worden verfijnd en verbeterd. Wanneer uit het experiment blijkt dat deze vorm van bekostiging geschikt is voor de hele sector dan kan het experiment vervolgens worden omgezet in reguliere bekostiging.

5.1.1 Risico's bij ontbreken randvoorwaarde

Sectorbreed invoeren van een bekostiging op basis van cliëntkenmerken legt nu te veel druk op de sector en is gevoeliger voor grote systeemfouten. Daarnaast is het belangrijk om met elkaar de cliëntprofielen verder te verfijnen en vertrouwen hierin op te bouwen. Gefaseerd ervaring opdoen voorkomt overbelasting van de sector en geeft zorgaanbieders en zorgverzekeraars de kans een eigen tempo te kiezen en om van elkaar en van de data te leren.

Een ander risico wat we zien is dat zorgverzekeraars onvoldoende tijd krijgen om de nieuwe risico's goed in kaart te brengen en te beheersen. Mogelijke risico's zijn onderbehandeling en risicoselectie. Door eerst ervaring op te binnen het experiment, kan op basis van deze ervaringen de werkwijze ook voor een groter aantal organisaties worden gebruikt. Doordat binnen het experiment ook vergoeding per uur mogelijk blijft, kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf een moment bepalen om over te stappen naar een vergoeding voor een langere periode.

5.2 Inzicht in kwaliteit en uitkomsten van zorg

Een belangrijke randvoorwaarde voor de ruimte die we voorstellen in de regulering, is dat er meetbare uitkomsten zijn van de kwaliteit van zorg. Dit geeft richting in het inkoopgesprek, helpt de cliënt om te kiezen en helpt de zorgaanbieder om voldoende zorg te leveren en deze zorg steeds te verbeteren. Ook afspraken over andere onderwerpen, zoals innovatie en preventie, moeten concreet en meetbaar worden gemaakt door zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Op dit moment is er binnen de wijkverpleging nog onvoldoende inzicht in de kwaliteit en uitkomsten van de geleverde zorg. Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars geven aan dat hier nog veel winst te behalen is.

De sector werkt al enige tijd aan het ontwikkelen van uitkomsten voor de wijkverpleging, als uitwerking van het kwaliteitskader wijkverpleging. We zien dat hier al stappen zijn gezet om tot meetbare indicatoren te komen, zoals de PREM en acute ziekenhuisopname. Tegelijkertijd zien we dat het soms lang kan duren voordat deze indicatoren ook daadwerkelijk sectorbreed in gebruik worden genomen. We willen de sector aansporen om hier vaart mee te maken, zodat kwaliteit en uitkomsten ook onderdeel kunnen worden van het inkoopgesprek. We vinden dat er op landelijk niveau uiterlijk op 1 januari 2022 met een aantal uniforme uitkomstindicatoren gewerkt moet worden.

Dit inzicht wordt steeds belangrijker naarmate een groter deel van de sector gaat werken met cliëntprofielen en vergoeding van zorg over een langere periode. In dat geval ontstaat er namelijk een prikkel voor onderbehandeling. In het nieuwe experiment met een tarief voor een langere periode op basis van cliëntprofielen, is informatie over uitkomsten en kwaliteit van zorg daarom een belangrijk onderdeel. De activiteiten die worden uitgevoerd binnen de periode hebben immers geen invloed op het te declareren bedrag voor die periode. Daarom is het bij deze manier van betalen voor zorg belangrijk om met elkaar duidelijke afspraken te maken over de uitkomsten van de te leveren zorg. Op deze manier kunnen zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars laten zien dat cliënten de zorg krijgen die nodig is, dat deze zorg van goede kwaliteit is en voldoet aan de normen van de beroepsgroep. We gaan in gesprek met de stuurgroep kwaliteitskader wijkverpleging om te bekijken of we binnen het nieuwe experiment expliciet uitkomsten kunnen betrekken bij de inkoop en vergoeding van zorg.

Ook in de reguliere bekostiging, waar we vooralsnog blijven werken met maximumtarieven per uur, vinden we het belangrijk dat er meer zicht komt op kwaliteit en uitkomsten van wijkverpleging. Cliënten kunnen dan beter kiezen; de markt wordt transparanter. Zorgaanbieders kunnen meer gericht hun organisatie en uitvoering van zorg aanpassen en verbeteren. Zorgverzekeraars kunnen meer gericht inkopen en zo voor hun verzekerden goede zorg inkopen.

Zowel voor verdere professionalisering van de sector als voor het ondervangen van het risico op onderbehandeling vinden we het belangrijk dat er snel goede kwaliteitsindicatoren beschikbaar komen. Vanuit het WPW is veel kennis opgedaan over relevante en beïnvloedbare kwaliteitsindicatoren. In overleg met de stuurgroep kwaliteitskader wijkverpleging en het WPW denken we graag verder over concrete indicatoren die we in het nieuwe experiment kunnen gebruiken per 2022.

5.2.1 Risico's bij ontbreken randvoorwaarde

Binnen de hele sector is er behoefte aan meer inzicht in de uitkomsten van wijkverpleegkundige zorg. Wanneer het onvoldoende lukt om hier zicht op te krijgen, bestaat de kans dat deze beweging binnen de sector ook onvoldoende op gang komt. We zien dan als risico dat de sector onvoldoende informatie krijgt voor goede zorginkoop en voor de nodige professionalisering. Goede kwaliteitsindicatoren helpen organisaties om hun eigen interventies te evalueren.

Daarnaast geeft inzicht in uitkomsten gefundeerd vertrouwen aan zorgverzekeraars om binnen het nieuwe experiment steeds meer ruimte te bieden aan de zorgaanbieders en de professionele autonomie van de wijkverpleegkundige. Dit vertrouwen is nodig om de omslag te maken van een systeem gebaseerd op kwantiteit naar een systeem gebaseerd op kwaliteit. Wanneer dit inzicht en dit vertrouwen ontbreekt, creëert de beoogde ruimte in het nieuwe experiment een risico op onderbehandeling.

Het derde en laatste risico is de toenemende krapte op de arbeidsmarkt. Voor steeds meer organisaties is het een opgave om voldoende wijkverpleegkundigen en verzorgenden te vinden. Dit vraagt om keuzes bij de inzet van deze zorgverleners. Deze keuzes kunnen invloed hebben op de kwaliteit en de uitkomsten van zorg. Bij toenemende krapte en een toenemende zorgvraag moet voorkomen worden dat kwaliteit lijdt onder de krapte. Het is daarom steeds belangrijker om met elkaar zicht te hebben op de kwaliteit en uitkomsten van de wijkverpleegkundige zorg.

5.3 Cliëntprofielen en uniforme vragenlijst samen vormgeven met de sector

Op basis van de pilots zoals verder toegelicht in bijlage 1 kunnen we voldoende bruikbare cliëntprofielen vormen om een start te maken met het gebruiken van cliëntprofielen in een nieuw experiment. Er moeten echter nog wel een aantal keuzes worden gemaakt om in 2022 een uniforme vragenlijst te kunnen gebruiken. Die keuzes willen we samen met het veld verder verkennen. Met name zorgaanbieders en zorgverzekeraars die deelnemen aan het experiment kunnen hierbij meedenken en zo betrokken zijn. Door dit samen verder vorm te geven, voorkomen we dat er straks een 'NZa-vragenlijst' ontstaat. In plaats daarvan willen we toewerken naar een gezamenlijke en herkenbare vragenlijst die de basis vormt voor de cliëntprofielen.

Vanaf 2022 is er binnen het experiment sprake van continue doorontwikkeling en het leren van de data. Zo doen zorgaanbieders en zorgverzekeraars ervaring op met het werken met cliëntprofielen. Deze ervaringen leiden vervolgens mogelijk tot verdere verbetering van de cliëntprofielen. Ook helpen deze ervaringen bij een goede overgang naar een reguliere bekostiging. De beweging die we voor elkaar willen krijgen, wordt alleen succesvol als alle partijen hiervoor gemotiveerd zijn en hieraan bijdragen.

Risico's bij ontbreken randvoorwaarde

We zien twee risico's bij het bij het onvoldoende invullen van deze randvoorwaarde. Allereerst is het belangrijk dat de cliëntprofielen in het nieuwe experiment ook daadwerkelijk worden gebruikt. Bij onvoldoende draagvlak zal er weinig gebruik van worden gemaakt. Daarom is het belangrijk dat alle partijen de meerwaarde zien van het werken met cliëntprofielen en zich herkennen in de uiteindelijke vragenlijst.

Daarnaast is het van belang dat de profielen ook inhoudelijk goed aansluiten bij het vak van de wijkverpleegkundige. Bij de ontwikkeling van de vragenlijst hebben we nauw samengewerkt met zorgaanbieders en wetenschappelijke partners om dit te borgen. We willen die aansluiting met de praktijk zo goed mogelijk blijven vormgeven.

5.4 Bestuurlijk convenant met commitment aan inhoudelijke lijn

Het nieuwe brede experiment met bekostiging op basis van cliëntprofielen is een begin van een richting die we met elkaar in willen slaan. Het is belangrijk dat er ook van alle partijen commitment is om mee te bouwen aan deze richting. De inhoudelijke koers van het experiment is niet vrijblijvend, maar de uitkomst staat ook nog niet vast. Daarom zijn bestuurlijke betrokkenheid en periodieke evaluatie belangrijk. We zien het experiment als een eerste stap in de richting die we de komende jaren met de hele sector verder willen verkennen. Het lijkt ons daarom goed om in een bestuurlijk convenant commitment uit te spreken voor de ingeslagen richting. Hierin maken we met elkaar verdere afspraken over bovenliggende visie en ambities, snelheid van opschaling in het experiment, rolverdeling, monitoring, evaluatie en bijsturen. Een bestuurlijk convenant maakt onderdeel uit van het proces wat we met elkaar tot 2022 willen doorlopen (zie ook bijlage 4).

Risico's bij ontbreken randvoorwaarde

We staan met de hele sector voor een grote uitdaging de komende jaren. Deze uitdaging vraagt een gezamenlijke inspanning. Als niet alle partijen inzetten op de inhoudelijke verandering die we met elkaar voor ogen hebben, dan is enkel het werken met een nieuwe bekostiging onvoldoende. Het risico bestaat dan dat de ruimte die een nieuwe bekostiging biedt, onvoldoende wordt benut. We missen dan de inhoudelijke verdieping in het inkopen en leveren van wijkverpleging waar we als sector juist naartoe willen werken en die ondersteund wordt door een nieuwe manier van bekostiging.

6. Verantwoording beleidskeuzes advies bekostiging

In dit hoofdstuk motiveren we ons advies voor een nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging. We staan eerst stil bij de niet-gecontracteerde wijkverpleging. Het verschil tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg is een belangrijke overweging in het komen tot een passende bekostiging voor de wijkverpleging en we vinden het belangrijk om hier te benoemen dat we ook met de bekostiging contractering binnen de wijkverpleging willen stimuleren. Vervolgens beschrijven we hoe we vanuit de visie uit hoofdstuk twee komen tot de keuze voor een bekostiging binnen de huidige wettelijke ruimte. We lichten daarna toe op welke manier de voorgestelde richting voor de bekostiging voldoet aan de uitgangspunten die het veld naar voren heeft gebracht. Ook gaan we in op de uitgangspunten uit de opdrachtbrief van VWS.

6.1 Gecontracteerde en niet-gecontracteerde wijkverpleging

We kennen binnen de wijkverpleging een relatief groot deel niet-gecontracteerde zorg. Hoewel de omvang hiervan als onderdeel van de totale wijkverpleging af lijkt te nemen, is dit nog steeds een grote groep die relatief veel uren zorg per cliënt levert.¹³ Deze groep heeft weinig tot geen contact met de zorgverzekeraars. Ook inhoudelijk is er weinig zicht en grip op de zorg die wordt geleverd zonder contract.

We willen met de hele sector inzetten op meer inzicht in kwaliteit en uitkomsten van wijkverpleging. Met een groot aandeel niet-gecontracteerde en zelfstandig werkende wijkverpleegkundigen is het moeilijker om hier een goed beeld van te krijgen. Ook wordt dan niet het goede gesprek gevoerd met de zorgverzekeraars. Om die reden willen we stimuleren dat alle zorgaanbieders van wijkverpleging werken met een contract.

Omdat een regulering uniform moet zijn, en daarmee voor de hele sector toepasbaar, geldt ruimte in de regulering ook voor niet-gecontracteerde wijkverpleging. Op de korte termijn, in de voorgestelde bekostiging zoals we beschrijven in dit advies, is dit geborgd doordat het nieuwe experiment alleen open staat voor zorgaanbieders met een contract.

¹³ Vervolgonderzoek – ontwikkeling (niet)gecontracteerde wijkverpleging 2016-2019. Vektis, januari 2020.

Daarnaast behouden we een bekostiging met maximumtarieven per uur. Voor de langere termijn is het belangrijk om de risico's van niet-gecontracteerde wijkverpleging op een goede manier te ondervangen. Dit is zeker het geval wanneer de Wmg ongewijzigd blijft.

Zowel het werken met een integraal uurtarief als het werken met een vaste vergoeding per cliëntprofiel kent de mogelijkheid van risicoselectie. Gecontracteerde zorgaanbieders maken hierover vaak afspraken met de zorgverzekeraar. Zorgaanbieders zonder een contract kunnen selecteren op meer winstgevende cliënten. Met name wanneer we sectorbreed toewerken naar een bekostiging op basis van cliëntprofielen en een vergoeding voor een langere periode zien we aanzienlijke risico's binnen de niet-gecontracteerde wijkverpleging. Risicoselectie wordt dan erg aantrekkelijk. Wanneer de hele sector gebruik maakt van een reguliere bekostiging op basis van een prestatie voor een langere periode zien we een contractplicht als een belangrijke randvoorwaarde.

Zoals eerder vermeld kunnen de Wtza, de AWtza, het Wetsvoorstel bevorderen zorgcontractering en de Wibz op onderdelen bijdragen aan het stimuleren van contractering en aan het verkleinen van de risico's van niet-gecontracteerde zorg.

De risico's zoals we die hierboven benoemd hebben kunnen deels worden opgevangen wanneer bovenstaande wet- en regelgeving meer vorm heeft gekregen. We denken dat enkel de Wtza en de AWtza zoals die nu zijn aangenomen, te weinig invloed hebben op de risico's die we zien voor niet-gecontracteerde wijkverpleging. Een aanscherping daarvan in de Wibz en het uitwerken van artikel 13 Zvw (in het bijzonder het percentage vergoeding voor niet-gecontracteerde wijkverpleging) kunnen meer bijdragen aan het beperken van de risico's.

We zijn van mening dat binnen het gecontracteerde zorgaanbod inhoudelijk de grootste slagen te maken zijn. We blijven ons daarom als NZa ook de komende jaren inzetten voor het stimuleren van contractering in de wijkverpleging.

6.2 Toets aan uitgangspunten veldpartijen

Het ministerie van VWS heeft aangegeven dat een nieuwe bekostiging aan een aantal uitgangspunten moet voldoen. Deze uitgangspunten hebben we al kort benoemd in de inleiding. Ook vanuit de gesprekken met veldpartijen komen een aantal belangrijke uitgangspunten naar voren. Hieronder bespreken we op welke manier de voorgestelde bekostigingsopties rekening houden met deze uitgangspunten. Eerst staan we stil bij de uitgangspunten vanuit het veld en vervolgens bij de uitgangspunten van VWS.

6.2.1 Eenvoud, maatwerk en uitkomsten

In de gesprekken met het veld zijn drie belangrijke uitgangspunten benoemd. Een nieuwe bekostiging moet eenvoudig zijn, ruimte laten voor differentiatie en uitkomsten van zorg moeten daarin een belangrijke plek hebben. Het huidige integrale uurtarief is een eenvoudige manier om vrijwel alle soorten zorg binnen de wijkverpleging te vergoeden. Ook geeft deze manier vrijheid aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om verschillende soorten afspraken te maken en biedt dit ruimte voor maatwerk. Dit uurtarief blijft ook binnen het nieuwe experiment bestaan.

Wel voegen we daar cliëntprofielen aan toe om meer inhoud te geven aan de contractering. De prestaties voor systeemfuncties helpen bij het regionaal inrichten en herkenbaar vergoeden van belangrijke infrastructuur op het gebied van onplanbare zorg, specialistische zorg en preventie.

Over de hele sector verwachten we dat uitkomsten van zorg steeds belangrijker worden. Met name binnen het nieuwe experiment gaan uitkomsten een belangrijke rol spelen omdat daar wordt gewerkt aan de overstap naar een vergoeding voor een langere periode. We verwachten dat ook binnen het experiment de zorg eenvoudig kan worden gedeclareerd, dat er ruimte is voor verschillen in inkoop en dat er meer inzicht ontstaat in kwaliteit en uitkomsten van zorg. De introductie van cliëntprofielen binnen het experiment geeft ruimte om op basis van inzicht in de inhoud gedifferentieerde afspraken te maken. De voorgestelde opties en de volgorde van invoeren voldoen daarmee aan de uitgangspunten die voor het veld belangrijk zijn.

6.3 Toets aan uitgangspunten VWS

Ook vanuit het ministerie van VWS zijn een aantal uitgangspunten benoemd. In de adviesaanvraag geeft de minister al aan dat, uitgaande van een uniforme regulering voor de hele sector, niet aan al deze uitgangspunten kan worden voldaan. Hieronder beschrijven we op welke manier we denken dat de voorgestelde richting recht doet aan deze uitgangspunten. Per uitgangspunt beschrijven we hieronder een alinea waarin de dikgedrukte tekst verwijst naar het besproken uitgangspunt. In de financiële analyse in bijlage zes gaan we op een aantal onderwerpen die we hieronder bespreken nog dieper in.

6.3.1 Toepasbaar voor alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars

De nieuwe bekostiging is duidelijk en bruikbaar voor grote en kleine zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Voor de meeste zorgaanbieders blijft de situatie in eerste instantie ongewijzigd doordat ze gebruik blijven maken van een integraal uurtarief binnen het nieuwe experiment. Het doel is dat de cliëntprofielen de nodige zorg steeds beter weten te voorspellen, zodat deze ook bruikbaar worden voor kleinere organisaties en het vergoeden van zorg voor specifieke cliëntgroepen. Voor alle aanbieders van wijkverpleegkundige zorg blijft de huidige reguliere bekostiging gehandhaafd. Zo is de nieuwe bekostiging bruikbaar voor zowel grote als kleine zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

6.3.2 Sturen op uitkomsten van zorg

Zowel met een integraal uurtarief als met cliëntprofielen is er ruimte om te sturen op uitkomsten van zorg. Zorgverzekeraars hebben binnen het experiment, waarbij er alleen sprake is van gecontracteerde zorg, betere instrumenten tot hun beschikking om hierop te sturen. Daarnaast verwachten we dat de inkoop en de contractering steeds meer gaat over het belonen van goede uitkomsten. Specifiek in het experiment denken we dat ook de verantwoording anders moet worden ingericht: meer gericht op inhoud en gefundeerd vertrouwen en minder op het verantwoorden van uren geleverde zorg. Het bekostigen middels prestaties voor een langere periode nodigt hiertoe uit.

6.3.3 Beperking administratieve lasten

We zien in de nieuwe bekostiging geen aanleiding waardoor de administratieve lasten voor wijkverpleegkundigen toenemen. Een groot deel van de uitkomstmetingen kan ofwel door de cliënt worden uitgevoerd (PREM) ofwel automatisch uit de data worden afgeleid (ongeplande ziekenhuisopname). Binnen het experiment verwachten we dat zorgaanbieders intern minder gaan sturen op geleverde uren zorg en dat wijkverpleegkundigen daardoor ook steeds minder hun uren zorg hoeven te verantwoorden. In plaats daarvan zal de verantwoording verschuiven naar inhoud en kwaliteit van zorg.

Binnen het experiment gaan wijkverpleegkundigen per cliënt een korte vragenlijst invullen. Wijkverpleegkundigen die mee hebben gedaan aan de pilot zeggen hier een aantal minuten (3-5 minuten) per cliënt voor te gebruiken en ervaren dit niet als een grote administratieve last. Binnen het nieuwe experiment kunnen verdere afspraken gemaakt worden over hoe de ZN-doelgroepen zich tot de cliëntprofielen verhouden. Op termijn kunnen de cliëntprofielen de ZN-doelgroepen vervangen. Het uitgangspunt is dat er geen dubbele registratie plaatsvindt. In de verdere uitwerking van de bekostiging blijft het een aandachtspunt dat er zo weinig mogelijk hoeft te worden geregistreerd.

6.3.4 Stimuleren van samenwerking, coördinatie en preventie

Samenwerking, coördinatie en preventie moet met name vorm krijgen binnen de contractering. De prestaties en tarieven moeten daar vervolgens ondersteunend aan zijn. Binnen het nieuwe experiment maakt het integrale tarief per uur, week of maand veel soorten afspraken mogelijk. Ook de tarieven voor een langere periode geven ruimte om de zorg voor een cliënt naar eigen inzicht in te richten. Voor met name coördinatie en de nodige infrastructuur om goed samen te kunnen werken, kunnen de prestaties voor de systeemfuncties worden gebruikt.

6.3.5 Borgen van toegankelijkheid van zorg

De cliëntprofielen waarmee we binnen het experiment gaan werken geven inzicht in de cliëntenpopulatie van een zorgaanbieder. Zo kan ook de vergoeding per cliënt per periode verschillen, afhankelijk van het cliëntprofiel. Zo wordt binnen het experiment risicoselectie beperkt. Binnen de reguliere bekostiging is dit geborgd doordat persoonlijke verzorging en verpleging apart gedeclareerd worden. De toegankelijkheid van zorg wordt beïnvloed door allerlei ontwikkelingen, zoals de vergrijzing. Door ruimte te geven aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars verwachten we dat zij daar optimaal gebruik van maken om de nodige zorg te blijven aanbieden. Binnen het experiment verwachten we door de flexibiliteit die zorgaanbieders hebben, dat zij met dezelfde capaciteit meer cliënten kunnen helpen. Dit heeft een positief effect op de toegankelijkheid van de zorg. Ook digitale zorg kan hier een bijdrage aan leveren.

6.3.6 Borgen van keuzevrijheid voor de verzekerde

Ook in de bekostiging zoals we die voorstellen blijft er voldoende keuze in aanbod van wijkverpleging voor de verzekerde. Zoals eerder aangegeven is de bekostiging bruikbaar en duidelijk voor diverse soorten zorgaanbieders. We verwachten daarom als gevolg van de nieuwe bekostiging geen grote wijzigingen in het huidige aanbod. Keuzevrijheid blijft daarmee gewaarborgd binnen de wijkverpleging.

6.3.7 Aansluiten bij ontwikkeling naar herkenbare en aanspreekbare teams

Een meer overkoepelend uitgangspunt is dat de minister van VWS wil dat een nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging in lijn is met de bredere ontwikkeling en agenda van VWS voor de wijkverpleging zoals herkenbare en aanspreekbare teams. Hierbij spelen de nieuwe prestaties voor systeemfuncties een belangrijke rol. Deze faciliteren een regionale inkoop en coördinatie van bijvoorbeeld de onplanbare zorg in de nacht

Ook de organisatie en infrastructuur die nodig is voor het vormen van herkenbare en aanspreekbare teams kan hiermee worden ingekocht. De ruimte binnen het experiment kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders gebruiken om ook preventie en coördinatie van zorg goed vorm te geven. Wanneer zorgaanbieders binnen het experiment gaan werken met een vergoeding voor een langere periode ontstaat daar meer ruimte voor samenwerking en afstemming over de domeinen heen.

6.4 Conclusie

We kiezen bij een nieuwe bekostiging met overtuiging voor maximale ruimte voor de sector om verder te ontwikkelen. Minder gericht op kwantiteit in uren wijkverpleging, en meer aandacht voor kwaliteit en uitkomsten van zorg. Deze ruimte bevindt zich vanaf 2022 vooral in een breed opgezet experiment waarvan de sector gebruik kan maken. Op langere termijn verwachten we dat deze ruimte voor de gehele wijkverpleging beschikbaar komt in een reguliere bekostiging.

Binnen een nieuw experiment geven we in samenwerking met veldpartijen vorm aan de richting die we met elkaar in willen slaan. We werken met elkaar toe naar het gebruik van cliëntprofielen en de omslag naar een vergoeding voor een langere periode. Door middel van verder onderzoek en de ervaringen binnen het experiment kunnen we de cliëntprofielen steeds breder in de sector gaan gebruiken. Uitkomsten en kwaliteit van zorg worden daarbij binnen het experiment, maar ook in de reguliere bekostiging, steeds belangrijker. Zo ontstaat er ruimte voor de professional om de nodige zorg rondom de cliënt te organiseren.

De nieuwe bekostiging past goed bij de uitgangspunten van zowel het veld als VWS. Ook wordt de richting naar herkenbare en aanspreekbare teams ondersteund. Daarmee zien we dit advies als de beste optie om vanaf 2022 binnen de huidige wettelijke kaders de regulering en bekostiging van de wijkverpleging vorm te geven.

Bijlagen

Bijlage 1 – Onderzoeksrapport Pilot cliëntprofielen wijkverpleging

Bijlage 2 – Onderzoek bekostiging systeemfuncties wijkverpleging

Bijlage 3 – Analyse liberalisering tarieven wijkverpleging

Bijlage 4 – Proces en stappen tot aan 2022

Bijlage 5 – Fraudetoets

Bijlage 6 – Analyse financiële effecten



Nederlandse
Zorgautoriteit