

Voortgangsrapportage

**Doorontwikkeling
bekostiging
wijkverpleging**

februari 2019

Inhoud

Samenvatting	5
1. Inleiding	7
1.1 Aanleiding en achtergrond	7
1.2 Leeswijzer	7
2. Wat willen we bereiken met de wijkverpleging?	8
2.1 Het gebruik van wijkverpleging neemt toe	8
2.2 Coördinatie tussen wijkverpleging en andere zorgvormen wordt belangrijker	8
2.3 Perspectief: bekostiging van integrale netwerkzorg in de regio	10
2.4 Huidige bekostiging verbeteren	10
3. Wat kan er beter in de wijkverpleging en waarom komen die verbeteringen niet of onvoldoende tot stand?	12
3.1 Inleiding	12
3.2 De huidige bekostiging en productstructuur	12
3.3 Gebrek aan inzicht	13
3.4 Dynamiek tussen niet-gecontracteerde en gecontracteerd zorgaanbieders	15
3.5 Knelpunten in de regionale beschikbaarheid van onder andere onplanbare zorg	17
4. Wat kunnen we doen om de genoemde problemen aan te pakken?	18
4.1 Inleiding	18
4.2 Stappen naar een nieuwe bekostiging	18
4.2.1 Integrale netwerkzorg in de regio	19
4.2.2 Cliëntgerichte bekostiging met een vergoeding per episode per cliënt	19
4.2.3 Succesvolle elementen uit de experimenten toevoegen aan de reguliere bekostiging	21
4.2.4 Andere manieren zoeken om innovatie, samenwerking en zelfredzaamheid te bevorderen	21
4.3 Verwachte effecten op gecontracteerde en niet-gecontracteerde wijkverpleging en grote en kleine aanbieders	22
5. Welke stappen hebben we al gezet?	24
5.1 Inleiding	24
5.2 Het Wetenschappelijk Programma Wijkverpleging (WPW)	25
5.3 Resultaten van het WPW	25
5.3.1 Enquête cliëntkenmerken	25
5.3.2 Resultaten data analyses voor het casemix-systeem	25
5.4 Lopend onderzoek WPW	26
5.4.1 Ontwikkeling kennis over bekostiging thuiszorg internationaal	26
5.4.2 Ontwikkeling kennis van effectieve interventies en uitkomsten in de wijkverpleging	26
5.5 Bestuurlijk overleg	27
6. Welke stappen zetten we de komende tijd?	28
6.1 Inleiding	28
6.2 Vervolgstappen Wetenschappelijk Programma Wijkverpleging	28
6.2.1 Identificeren individuele kenmerken en cliëntgroepen	28
6.2.2 Inzicht in karakteristieken en risicofactoren populatie wijkverpleging	28
6.2.3 Onderzoek naar relevante en beïnvloedbare uitkomsten van wijkverpleegkundige zorg	29

6.2.4	Ontwikkelen en toepassen cliëntkenmerken als basis voor een casemix-systeem	29
6.3	Evalueren werking beleidsregel experiment bekostiging verpleging en verzorging	30
6.4	Informatie genereren om gelijk speelveld te creëren	30
6.5	Onderzoeken organisatie en bekostiging onplanbare wijkverpleging in avond, nacht en weekend.	31
6.6	Dynamisch reguleren	31
Bijlage 1. Data-analyses met betrekking tot cliëntgroepen in de wijkverpleging		32

Samenvatting

Knelpunt in de huidige bekostiging

Bij de overheveling van de wijkverpleging van de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) werd al snel duidelijk dat het model gebaseerd op verschillende uurtarieven voor verschillende vormen van zorg niet meer voldoet voor de zorgpraktijk. De bekostiging stimuleert inzet van uren zorg, zonder dat de behoefte van de cliënt centraal staat. Daarbij zien we de volgende knelpunten:

- De huidige fee-for-service bekostiging;
- Een gebrek aan inzicht in de zorgverlening, zowel in de verwachte behoefte aan zorg van verzekerden als in de uitkomsten van de zorgverlening;
- De dynamiek tussen niet-gecontracteerd en gecontracteerd zorgaanbod;
- Knelpunten in het organiseren van systeemfuncties, zoals de regionale beschikbaarheid van onplanbare wijkverpleging in de avond, nacht en het weekend, coördinatie en samenwerking en preventie.

Eindperspectief voor een nieuwe bekostiging

We gaan uit van de zorg die een cliënt nodig heeft. Voor de lange termijn zien we integrale bekostiging van zorgnetwerken rond de cliënt als het eindperspectief. Op de kortere termijn kunnen we al een aantal stappen in deze richting zetten. Waar het een wijziging in de bekostiging betreft, geldt dat de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport eerst een aanwijzing moet geven, voordat we een dergelijke wijziging in de bekostiging kunnen doorvoeren.

Mogelijke stappen richting het eindperspectief

- Informatie over cliëntkenmerken is belangrijk om een goed model voor casemix-correcties te kunnen ontwikkelen. Om die reden overwegen we een algemene verplichting in te voeren tot het aanleveren van cliëntkenmerken per 1 januari 2020.
- Vanuit de bekostiging kunnen we sturen op een systeem waarbij de cliënt centraal staat en zorgaanbieders en zorgverzekeraars ruimte hebben om de organisatie van zorg rond de cliënt en in de wijk vorm te geven. Model 1 verwoordt het eindperspectief, de volgende drie varianten fungeren als traptreden daarnaartoe. De laatste variant (Model 4) zien we als een terugvalscenario.
 - Model 1: Ons eindperspectief is een model van integrale bekostiging van zorgverlening in netwerken.
 - Model 2: Invoeren van een uniform model van cliëntgerichte bekostiging in de wijkverpleging, gebaseerd op een vergoeding per episode per cliënt.
 - Model 3: Leren van de succesvolle elementen in de experimenten onder de beleidsregel experiment bekostiging verpleging en verzorging. Deze variant is ook te combineren met model 2.
 - Model 4: Als we bovenstaande opties niet kunnen realiseren, blijft het huidige model bestaan. In dat geval willen we zoeken naar andere manieren om innovatie, samenwerking en inzetten op zelfredzaamheid te bevorderen.

Activiteiten en resultaten tot nu toe

De NZa heeft het afgelopen jaar met universitaire onderzoekers en veldpartijen gewerkt aan het verzamelen en analyseren van data ten behoeve van een classificatiemodel (indeling in cliëntgroepen). Daarnaast hebben we van verpleegkundigen uit het veld input gekregen

over welke cliëntkenmerken relevant zijn voor de aard en omvang van de verwachte zorgvraag.

We hebben ook de gegevens onderzocht van enkele grote aanbieders die de classificatiesystemen Omaha en Nanda gebruiken, zodat we die kunnen vergelijken met de door de zorgverzekeraars gebruikte cliëntdoelgroepen.

Hiermee kunnen we in 2019 verder werken aan de analyses. Begin 2020 melden we de uitkomsten in een volgende voortgangsrapportage. De verdere ontwikkeling zien we als een jaarlijkse cyclus.

Binnenkort volgt er een systematische review op basis van internationale literatuur. Hieruit kunnen we leren op welke manier andere landen een casemix-systeem hebben ingericht voor de wijkverpleging. Ook maken we een overzicht van effectieve interventies binnen de wijkverpleging en op welke manier die bijdragen aan goede uitkomsten.

Concrete stappen in 2019 en 2020

Vanuit het wetenschappelijk programma wijkverpleging zijn in nauwe samenwerking met de NZa de volgende activiteiten gepland:

- Identificeren voorspellende individuele kenmerken en cliëntgroepen;
- Inzicht krijgen in karakteristieken en risicofactoren voor de mensen die wijkverpleging ontvangen;
- Onderzoek doen naar relevante en beïnvloedbare uitkomsten van wijkverpleegkundige zorg. Deze informatie vormt een belangrijk onderdeel van een goed functionerende bekostiging op basis van een bedrag per zorgepisode per cliënt;
- Ontwikkelen en toepassen van een meetinstrument door middel van pilots met zorgaanbieders. De informatie hieruit is belangrijk voor het ontwerpen van een goede casemix. De NZa en de Universiteit Maastricht werken nauw samen in dit project.

Vanuit de NZa zijn de volgende activiteiten gepland:

- Evalueren werking beleidsregel experiment bekostiging verpleging en verzorging. Deze evaluatie is belangrijk voor het vormgeven van een nieuwe bekostiging of het aanpassen van de huidige bekostiging;
- Informatie genereren om een gelijk speelveld te creëren. Concreet kan dit betekenen dat er per 1 januari 2020 een verplichting gaat gelden voor aanbieders om de cliëntdoelgroepen te registreren zoals de zorgverzekeraars deze nu gebruiken. In 2017 had ruim 90% van de zorgaanbieders een contract met één of meer zorgverzekeraars. Binnen die contracten is het registreren van de doelgroepen al een verplichting. Dat betekent dat deze verplichting met name invloed heeft op de zorgaanbieders zonder contract;
- Onderzoek doen naar de organisatie en bekostiging van systeemfuncties, waaronder onplanbare wijkverpleging in avond, nacht en weekend.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding en achtergrond

Per 1 januari 2015 is de wijkverpleging vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw), met als doel deze zorg dichterbij de eerstelijnszorg en het sociale domein te positioneren. Voor de prestaties en tarieven is grotendeels aangesloten bij het systeem dat gold onder de AWBZ (maximumtarieven per uur), welke zouden gelden totdat een ander bekostigingsmodel zou zijn ontwikkeld. In de brief van de Staatssecretaris aan de Tweede Kamer van 8 juni 2016 staat dat het kabinet er met deze overheveling naar streeft om de wijkverpleegkundige haar vak weer integraal terug te geven.¹ Zij bepaalt op basis van haar professioneel handelen welke inzet van zorg nodig en gepast is. Gebaseerd op een indicatie en beschreven in een zorgplan. Ook staat in deze brief dat er een nieuw bekostigingsmodel voor de wijkverpleging komt: "Hierbij is een inhoudelijke onderbouwing van de inzet van zorg op patiëntniveau van belang. Deze onderbouwing zal leiden tot een aantal zorgprofielen, gebaseerd op zorg gerelateerde informatie (bijvoorbeeld is iemand dementerend of palliatief terminaal) en de specifieke patiëntkenmerken (bijvoorbeeld is er mantelzorg beschikbaar)." In de brief van de Staatssecretaris aan de Tweede Kamer van 28 juni 2017 staat: "Een nieuwe bekostiging dient het bevorderen van de zelfredzaamheid en de inzet van meer preventieve activiteiten te belonen" en "De inhoud van de zorg moet voorop staan en de nieuwe bekostiging moet ondersteunend zijn aan de wijkverpleegkundige autonomie."²

De afgelopen jaren is al veel energie gestoken in een goede alternatieve bekostiging. Uitwerkingen die er lagen waren bruikbaar maar nog niet voldoende. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft daarom de uitwerking van een nieuwe bekostiging opgepakt.

1.2 Leeswijzer

Deze voortgangsrapportage beschrijft waar we staan met de uitwerking van de nieuwe bekostiging en welke stappen we voor ons zien.

In hoofdstuk twee beschrijven we het eindperspectief dat we voor ogen hebben in de wijkverpleging. Hoofdstuk drie benoemt de knelpunten die we in het huidige systeem zien. Vervolgens beschrijven we in hoofdstuk vier op welke manier we toe kunnen werken naar het eindperspectief zoals benoemd in hoofdstuk twee. Hoofdstuk vijf geeft een overzicht van de stappen die we tot nu toe hebben gezet en in hoofdstuk zes benoemen we de stappen die we de komende twee jaar kunnen nemen.

Ten slotte hebben we een bijlage bijgevoegd waarin de data-analyses zijn uitgewerkt die we hebben gebruikt voor het onderzoek naar voorspelkracht van cliëntkenmerken op de hoeveelheid zorg.

¹<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/06/08/kamerbrief-over-bekostiging-wijkverpleging-2017>

²https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2017Z09284&did=2017D19329

2. Wat willen we bereiken met de wijkverpleging?

2.1 Het gebruik van wijkverpleging neemt toe

De wijkverpleging vervult een belangrijke rol in de zorg. Sinds de hervorming van de langdurige zorg in 2015 is de wijkverpleging een essentiële schakel in het beleid dat er op gericht is om cliënten zo lang mogelijk zelfstandig in de eigen woonomgeving te laten blijven. De totale uitgaven aan wijkverpleging stijgen dan ook. Bij de wijkverpleging zijn dat in het bijzonder ouderen, die het grootste deel uitmaken van de groep cliënten die wijkverpleging ontvangt.

Volgens zorgcijfersdatabank.nl zijn dit de (verwachte) Zvw uitgaven aan V&V voor de jaren 2015 tot en met 2018 (in mln. euro's):

Jaar	(Verwachte) Zvw-uitgaven verpleging en verzorging (x1.000)
2015	3.102,8
2016	3.216,1
2017	3.416,9
2018	3.690,7

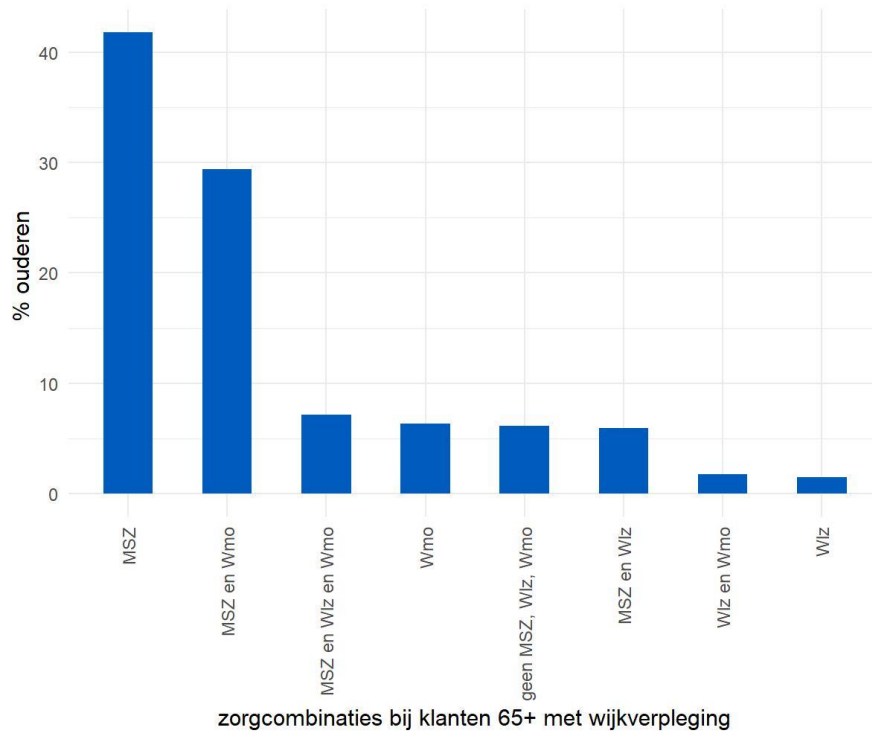
2.2 Coördinatie tussen wijkverpleging en andere zorgvormen wordt belangrijker

Mensen die gebruik maken van wijkverpleging, gebruiken vaak ook andere vormen van zorg. Dit laatste geldt met name voor een steeds groter wordende groep oudere mensen met structurele hulp en ondersteuning in de thuissituatie. Uit de monitor ouderenzorg van de NZa blijkt dat in de categorieën cliënten die tijdelijk of structureel wijkverpleging gebruiken, ook relatief hoge uitgaven aan eerstelijnszorg en medisch specialistische zorg worden gedaan.³ Cijfers van Vektis illustreren dit. Van de mensen die wijkverpleging gebruiken, komt 97% ook bij de huisarts, 99% gebruikt geneesmiddelen, 95% komt ook in het ziekenhuis en 79% gebruikt hulpmiddelen.⁴

Figuur 1 toont het percentage ouderen dat zorg in verschillende combinaties gebruikt.

³ Monitor Zorg voor Ouderen 2018. Nederlandse Zorgautoriteit, april 2018.

⁴ <https://www.zorgprismapubliek.nl/producten/zorg-dichtbij/wijkverpleging/row-2/maken-mensen-met-wijkverpleging-ook-gebruik-van-andere-zorg/> (geraadpleegd op 25 januari 2019).

Figuur 1. Zorgcombinaties bij ouderen

Bron: NZa, monitor zorg voor ouderen

De verwachting is dat de vraag naar wijkverpleging de komende jaren zal stijgen als gevolg van de demografische ontwikkelingen. Het aantal ouderen neemt zowel relatief als absoluut toe, waardoor de vraag naar wijkverpleging blijft toenemen.

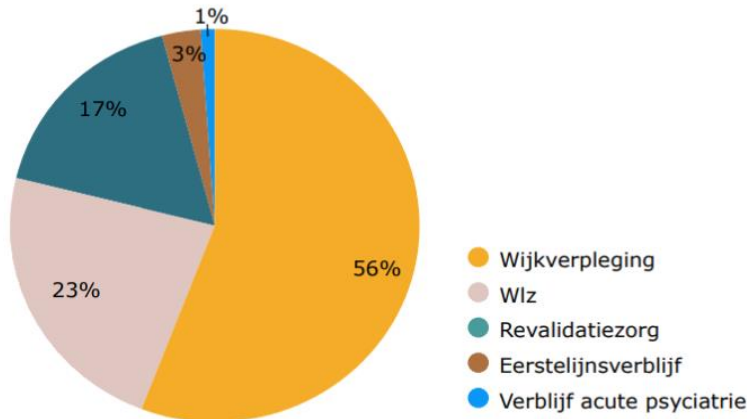
De wijkverpleging speelt ook een belangrijke rol bij de doorstroom van (oudere) patiënten uit de spoedzorg. We zien dat ouderen boven de 75 relatief vaak gebruik maken van de huisartsenpost of andere zorg in avond, nacht of weekend.⁵

Figuur 2 toont de vervolgzorg die patiënten na het bezoeken van de seh ontvangen, buiten het ziekenhuis. De wijkverpleging was in 2016 met ca. 177.000 cliënten de grootste vorm van vervolgzorg.

⁵ Monitor Zorg voor Ouderen 2018. Nederlandse Zorgautoriteit, april 2018.

Figuur 2. Vervolgzorg na seh-bezoek

Vervolgzorg na seh, exclusief klinische opname 2016



Bron: Vektis

2.3 Perspectief: bekostiging van integrale netwerkzorg in de regio

Financiële middelen en gekwalificeerd personeel zijn niet ongelimiteerd beschikbaar. Daarom is het belangrijk om de wijkverpleging zowel kwalitatief als wat betreft doelmatigheid zo goed mogelijk in te richten. Dat betekent dat de zorgverlening afgestemd moet zijn met andere domeinen zoals huisartsen, medisch specialistische zorg en farmacie. Maar ook met hulp en ondersteuning in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en zorg in de Wlz. In ons ideaalbeeld werken we toe naar de inkoop en levering van wijkverpleging in combinatie met andere zorg in de vorm van netwerkzorg die regionaal is georganiseerd en integraal is bekostigd.

Het eindperspectief beschrijft een model dat de bekostiging van waardegedreven zorg over de sectoren heen mogelijk maakt. Een integrale bekostiging van netwerkzorg stimuleert dat. Waardegedreven zorg is een begrip dat de afgelopen tijd veel wordt gebruikt. Met waardegedreven zorg bedoelen we zorg die bijdraagt aan het verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg, het verbeteren van de gezondheid van een populatie en het verlagen van de kosten van zorg per hoofd van de bevolking.⁶

2.4 Huidige bekostiging verbeteren

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. Tegelijk moet het aantrekkelijk worden voor zorgaanbieders om te investeren in arbeidsbesparende innovaties, zonder dat ze daardoor nadeel ondervinden als gevolg van het bekostigingsmodel. Dit sluit ook goed aan bij de grondbeginselen van waardegedreven zorg in de wijkverpleging.

⁶ Rapport Nivel, Triple Aim in Nederland: Betere zorg met minder kosten, 2018.

In het volgende hoofdstuk laten we zien dat de huidige markt in de wijkverpleging naar onze mening niet optimaal functioneert. Daarna gaan we in op de mogelijkheden die we zowel voor de korte als de lange termijn zien om hier verbetering in te brengen.

3. Wat kan er beter in de wijkverpleging en waarom komen die verbeteringen niet of onvoldoende tot stand?

3.1 Inleiding

We zien een aantal factoren in de huidige wijkverpleging die naar onze mening het optimaliseren van de zorgverlening in de weg staan:

- De huidige door de NZa vastgestelde fee-for-service bekostiging;
- Een gebrek aan inzicht in de zorgverlening, zowel wat betreft de voorspellende factoren voor de zorgbehoefte van verzekerden als wat betreft de uitkomsten van de zorgverlening;
- De dynamiek tussen niet-gecontracteerd en gecontracteerd zorgaanbod;
- Knelpunten in het organiseren van systeemfuncties zoals regionale beschikbaarheid van acute wijkverpleging in de avond en nacht, coördinatie en samenwerking en preventie op populatieniveau.

Op al deze terreinen zijn al ontwikkelingen gaande. We bespreken ze hieronder verder om een betere analyse van de knelpunten te geven.

3.2 De huidige bekostiging en productstructuur

In de huidige prestatiestructuur kennen we onderstaande prestaties:

Prestaties met maximumtarieven per uur:

- Persoonlijke verzorging;
- Oproepbare verzorging;
- Verpleging;
- Oproepbare verpleging;
- Gespecialiseerde verpleging;
- Advies, instructie en voorlichting (AIV).

Prestaties met een vrij tarief en een contractvereiste:

- Ketenzorg dementie;
- Beloning op maat;
- Regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg;
- Onderlinge dienstverlening.

Naast de gereguleerde prestaties is het binnen de beleidsregel experiment bekostiging verpleging en verzorging mogelijk om een integraal uurtarief af te spreken. Daarbij valt het onderscheid tussen verpleging en verzorging weg. Daarnaast is het mogelijk om binnen deze beleidsregel afspraken te maken op basis van een vast bedrag per cliënt per maand. Deze experimentele bekostiging kan alleen op basis van een contract tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar worden vergoed. Een experiment binnen de hierboven genoemde beleidsregel heeft een maximale looptijd van vijf jaar. Dat betekent dat de experimenten aflopen in december 2020.

We zien dat zorgverzekeraars in de inkoop binnen de beleidsregel experiment bekostiging verpleging en verzorging nog sterk leunen op een vergoeding per uur. Een groot nadeel daarbij is dat hierdoor een sterke prikkel op volume in stand blijft. Zo blijkt uit de NZa-monitor

contractering wijkverpleging dat verzekeraars met ruim 95% van de gecontracteerde aanbieders een integraal uurtarief afspreken. Dit betreft een omzet van ca. € 2,6 mrd. Budgetplafonds zijn daarbij regel. De 'reguliere' prestaties spelen materieel dus enkel een rol in de niet gecontracteerde zorg.⁷

Met overige experimentele afspraken (anders dan het integraal uurtarief), zoals een bedrag per cliënt per week of maand is slechts een gering deel van de uitgaven gemoeid, ca. € 158 mln. Sommige verzekeraars werken daarbij inmiddels met meerjarencontracten. Deze experimenten lopen af in 2021. In de evaluatie van de experimenten zoals beschreven in paragraaf 6.3 brengen we de resultaten daarvan verder in kaart.

Een nadelig gevolg van het betalen per uur is dat bij zorgaanbieders ook de productie van een voldoende aantal uren een belangrijk element in de aansturing van de zorgprofessionals is. We willen door de bekostiging stimuleren dat die aansturing meer vanuit de inhoud wordt vormgegeven.

Een tweede tekortkoming in een fee-for-service model is kort samengevat 'de vloek van de goede daad'. Een zorgaanbieder die zich richt op zelfredzaamheid van de cliënt levert de gewenste zorg qua uitkomst: de cliënt is op termijn beter af. De zorgaanbieder wordt daarvoor echter in het huidige model 'gestraft' door een daling van omzet en een lage productiviteit. Hetzelfde mechanisme werkt ook bij het inzetten van arbeidsbesparende technologie. Partijen ervaren dan ook dat innovatieve zorgvormen zoals e-health onvoldoende tot stand komen.

Van die perverse prikkels willen we in de toekomstige bekostiging af. In het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging 2019-2022 (Hoofdlijnenakkoord) staat genoemd dat partijen met de NZa eventuele nog bestaande belemmeringen in de bekostiging van innovatieve toepassingen binnen de wijkverpleging inventariseren. De NZa heeft in dat kader bijvoorbeeld ook actief de mogelijkheden van e-health onder de aandacht gebracht.⁸

Een apart punt van aandacht is hoe uitgaven binnen de experimentafspraken in de risicoverevening moeten worden verantwoord. Dit wordt belangrijker naarmate de uitgaven aan andere zorgvormen toenemen.

3.3 Gebrek aan inzicht

Als een verzekeraar wil sturen op uitkomst in plaats van op volume van zorg, dan moet er voldoende bekend zijn over de uitkomsten. Tegelijk moet het, om risicoselectie tegen te gaan, mogelijk zijn om te corrigeren voor niet beïnvloedbare verschillen tussen cliënten. Dat betekent dat je op basis van objectieve kenmerken iets moet kunnen zeggen over de zorgbehoefte. Dat inzicht is er nu onvoldoende, hoewel partijen zich wel inspannen om dit te verbeteren.

Er zijn verschillende modellen om de zorgvraag van cliënten in kaart te brengen. Het meest algemeen gebruikte model van cliëntclassificatie in Nederland is het doelgroepenmodel dat de zorgverzekeraars vanaf 2017 hanteren. Dit wordt namelijk door elke gecontracteerde zorgaanbieder

⁷ NZa, Monitor contractering wijkverpleging 2018.

⁸ NZa, wegwijzer bekostiging e-health, https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3654_22/1/

gebruikt, omdat zorgverzekeraars dit als eis stellen voor een contract. Daarnaast zijn bekende modellen het Omaha⁹ en het NANDA-NIC-NOC¹⁰ model. Deze modellen zijn classificatiesystemen waarmee het verpleegkundig proces van diagnose tot interventies en zorgresultaten gestandaardiseerd vastgelegd kan worden. Elementen hieruit zouden mogelijk als basis kunnen dienen voor een nog te ontwikkelen cliëntclassificatie systeem. We hebben een aantal vergelijkingen gemaakt tussen deze modellen waar we in hoofdstuk 5 nader op ingaan.

Alle zorgverzekeraars werken vanaf 2017 met de zogenaamde cliëntdoelgroepen in de gecontracteerde zorg. Deze doelgroepen zijn:

- kortdurende ziekenhuis nazorg;
- zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken (< 3 maanden);
- zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken (> 3 maanden), met het zwaartepunt van de zorg op somatische klachten;
- zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken (> 3 maanden), met het zwaartepunt van de zorg op psychogeriatrische klachten;
- preventie aan kwetsbare ouderen die nog geen zorgvraag hebben;
- zorg aan terminale cliënten;
- intensieve kindzorg.

Uit de data blijkt dat 76% van alle cliënten die in december 2017 wijkverpleging kregen, was ingedeeld in de doelgroepenregistratie. In de praktijk blijkt dat niet alle cliënten worden ingedeeld in een doelgroep.

Het merendeel van de geregistreerde cliënten (63%) zit in een langer durend zorgtraject met somatische klachten, de groep psychogeriatrisch is ongeveer 15% van het geheel. Kortdurende zorg aan kwetsbare ouderen maakt ongeveer 10% van het totaal uit. Het totaal aantal cliënten bedraagt ongeveer 550.000.¹¹

Deze classificatie van cliënten is de enige breed gebruikte classificatie op dit moment. Het geeft meer inzicht over de verwachte aard van de zorgverlening, maar zegt nog niet veel over de omvang van de zorgbehoefte op cliëntniveau.

Sommige zorgverzekeraars proberen op basis van spiegelinformatie onnodige praktijkvariatie tegen te gaan en gebruiken de doelgroepeninformatie als benchmark. Daarnaast maken zorgverzekeraars soms gebruik van cliëntwaarderingen.¹² Hier zijn echter geen landelijke standaarden voor.

Het doelgroepenmodel van de zorgverzekeraars wordt tot nu toe alleen gebruikt in de gecontracteerde zorg. Dat betekent dat deze classificatie beperkt bruikbaar is voor benchmark analyses over de gehele zorg. We vinden het wenselijk dat er eenduidige informatie beschikbaar komt over de gehele wijkverpleging.

De aanwezige informatie moet zo breed mogelijk beschikbaar zijn voor alle partijen. Dat geldt ook voor de nieuwe nog te ontwikkelen algemene systemen. Deze informatie is belangrijk om een goed model voor casemix-correcties te kunnen ontwikkelen. Om die reden onderzoeken we de mogelijkheid van een algemene verplichting tot het aanleveren van cliëntkenmerken.

⁹ <https://www.omhasystem.nl/omaha-classificatiesysteem.html>

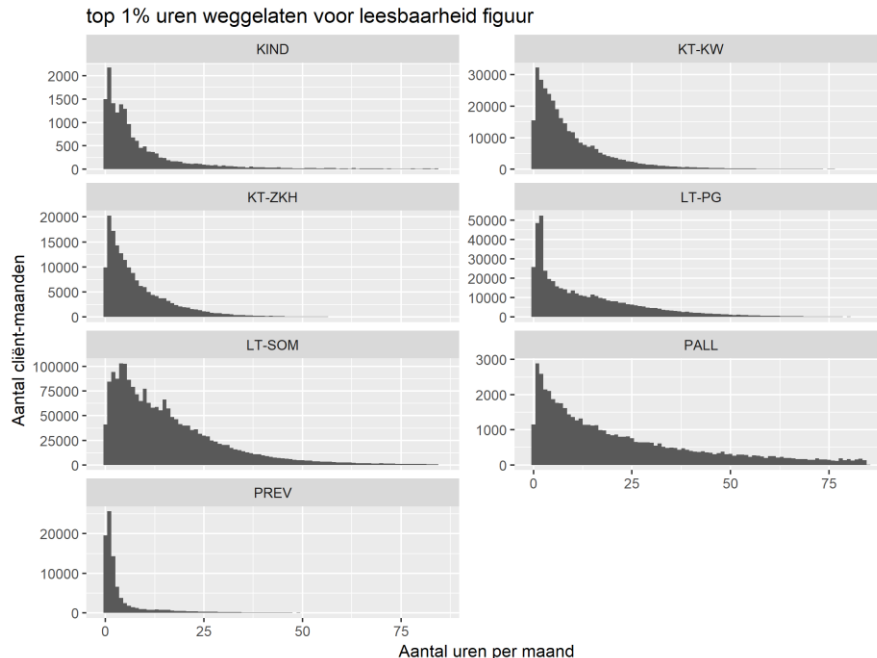
¹⁰ <http://www.nandanetwerk.nl/>

¹¹ Vektis, zorgprisma, 2017.

¹² zie bijvoorbeeld

<https://www.cz.nl/~media/zorgaanbieder/actueel/zorginkoopbeleid/zorginkoopbeleid-wijkverpleging.pdf?revid=f7392682-9869-43e9-861c-f4b8706b55f9>

Uit analyses van de cliëntdoelgroepen blijkt dat de spreiding in het aantal uren aanzienlijk is. De verdeling van het aantal uren zorg geleverd per maand, is hieronder weergegeven per doelgroep. We tellen hier het aantal cliënt-maanden, een cliënt kan dus meerdere keren meegeteld worden. Er zijn duidelijk verschillen tussen doelgroepen (de urenverdeling verschilt), maar ook binnen een doelgroep kan heel veel spreiding zijn.



Hoewel de cliëntdoelgroepen al een zekere mate van inzicht geven, is de spreiding te groot om deze classificatie in de huidige vorm de enige basis te laten zijn van een nieuw bekostigingsmodel. In paragraaf 6.2.4 lichten we toe op welke manier we verder onderzoeken hoe de genoemde cliëntdoelgroepen gebruikt kunnen worden voor het ontwikkelen van een casemix-systeem. In paragraaf 6.4 beschrijven we hoe een algemene registratieverplichting van deze doelgroepen hieraan kan bijdragen.

3.4 Dynamiek tussen niet-gecontracteerde en gecontracteerd zorgaanbieders

In de wijkverpleging zien we een toename van de niet-gecontracteerde zorg. Volgens de monitor contractering wijkverpleging 2018 is de schatting van de omvang van niet-gecontracteerde zorg ca. € 0,2 mrd. (exclusief het pgb) op een totaal van geschatte uitgaven van € 3,5 mrd. (iets minder dan 6%) Dit is een stijging t.o.v. 2017 met bijna 5% (€ 0,09 mrd). 19% van de aanbieders sloot in 2018 bewust met één of meer zorgverzekeraars geen contract.¹³

We hebben geen harde data over de verdeling van niet-gecontracteerde en gecontracteerde zorg over de aanbieders. We weten wel iets over de globale verdeling over grote en kleine aanbieders. In 2016 werd 64% van de omzet wijkverpleging (exclusief pgb) door aanbieders met een declaratie-omzet wijkverpleging (exclusief pgb) van meer dan €15 mln.

¹³ We hebben geen cijfers over de omvang van die aanbieders. Aanbieders die wel een contract hebben met enkele verzekeraars, maar niet met allemaal, zitten hier ook bij. Het is echter de vraag of hun werkwijze bij de niet-gecontracteerde zorg structureel afwijkt van de gecontracteerde.

geleverd. 30% werd door aanbieders met een declaratie-omzet wijkverpleging van meer dan € 1 mln. en minder dan € 15 mln. geleverd. De resterende 6% van de omzet werd door aanbieders/zzp-ers met een omzet van minder dan € 1 mln. geleverd.

We verwachten dat niet-gecontracteerde zorg vooral bij de kleinere aanbieders/zzp-ers voorkomt. Bovendien is er bij de wat grotere aanbieders ook een belangrijke groep, die deels gecontracteerde zorg levert.

Deze ontwikkeling zien we als onwenselijk omdat verzekeraars met aanbieders zonder contract geen afspraken kunnen maken over uitkomsten, juiste zorg op de juiste plaats en coördinatie van de zorgverlening. Hoewel de omvang van de niet-gecontracteerde zorg nog relatief beperkt is, stijgt het aandeel wel.

Er is een ongewenste dynamiek tussen de niet-gecontracteerde en de gecontracteerde wijkverpleging. De niet-gecontracteerde aanbieders concurreren als het ware om de cliënten met de gecontracteerde aanbieders en doorkruisen op die manier mogelijk afspraken die zorgverzekeraars hebben gemaakt met andere aanbieders over kwaliteit, doelmatigheid, samenwerking of regionale afstemming. De productieprikkel die uitgaat van de huidige hoogte van de maximumtarieven stimuleren dit gedrag.¹⁴

In het Hoofdlijnenakkoord zijn afspraken gemaakt over het terugdringen van niet-gecontracteerde zorg. De minister heeft daarin ook aangekondigd dat wettelijke maatregelen kunnen volgen als partijen de niet-gecontracteerde zorg niet terug weten te dringen.

Wij hebben geen signalen dat de kwaliteit van de zorg bij niet gecontracteerde zorg lager ligt dan bij de gecontracteerde zorg; wel blijkt dat bij de niet gecontracteerde zorg per cliënt gemiddeld meer uren worden geleverd dan in de gecontracteerde zorg, ook als wordt gecorrigeerd voor verschillen in cliëntengroepen.¹⁵ Binnen de gecontracteerde wijkverpleging kunnen afspraken worden gemaakt over waar de indicatiestelling aan moet voldoen. Bij de niet-gecontracteerde wijkverpleging is dat niet het geval. Partijen kunnen zelf, binnen de wettelijke ruimte die ze hebben, maatregelen treffen om meer inzicht te krijgen in de zorgverlening en de indicatiestelling. Dit zal met name een positief gevolg kunnen hebben op het inzicht in de niet-gecontracteerde zorg.

Bij het vormgeven van beleid om contracteren te stimuleren zijn twee aspecten belangrijk. Allereerst moet de verzekeraar belang hebben bij contracteren; als dat niet het geval is kan deze besluiten om als alternatief voor een naturapolis een combipolis of restitutiepolis aan te bieden en de betreffende zorg alleen op basis van restitutie te vergoeden. Anderzijds moet het voor een aanbieder aantrekkelijk zijn om te contracteren; prikkels vanuit de tariefhoogte spelen hier een belangrijke rol en zijn tegengesteld gericht. Bij een relatief laag maximumtarief is er namelijk een prikkel voor de zorgverzekeraar om minder te contracteren en een prikkel voor de zorgaanbieder om een contract aan te gaan. Bij een relatief hoog maximumtarief liggen deze prikkels precies andersom.

¹⁴ De monitor wijkverpleging 2018 laat zien dat de gecontracteerde tarieven onder het maximum liggen.

¹⁵ o.a. Arteria (<https://www.rijksoverheid.nl/regering/bewindspersonen/hugo-de-jonge/documenten/kamerstukken/2018/01/22/kamerbrief-over-contractering-wijkverpleging>)

3.5 Knelpunten in de regionale beschikbaarheid van onder andere onplanbare zorg

Het is niet exact bekend hoeveel er om gaat in de beschikbaarheidsvoorzieningen voor onplanbare zorg. In een informele zienswijze over een initiatief van aanbieders om de acute thuiszorg via een coöperatie aan te bieden noemt de ACM een omzet van ca. 1% van de totale omzet aan thuiszorg (dus ca. € 35-40 mln.).¹⁶ Er is inmiddels een landelijk werkende organisatie door een aantal zorgaanbieders opgericht om de infrastructuur voor zorgverlening buiten kantooruren overeind te houden en te verbeteren.

In de bestaande prestatiestructuur is een afzonderlijke prestatie opgenomen die het voor verzekeraars en aanbieders mogelijk maakt om afspraken te maken over de beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg. Hieraan zijn eisen verbonden. Er moet sprake zijn van een contract tussen de zorgaanbieder en een zorgverzekeraar en de zorgaanbieder moet naast onplanbare zorg ook reguliere zorg leveren.

Aanbieders hebben laten weten dat door de druk op de tarieven in de inkoop, de regionale beschikbaarheid voor acute zorg onder druk kan komen te staan en dat het moeilijk is om hiervoor voldoende personeel aan te trekken.

We merken op dat hier twee aspecten relevant zijn. Het voorzien in onplanbare zorg valt binnen de zorgplicht van de verzekeraar. De huidige prestatiestructuur maakt het in beginsel mogelijk dat de zorgverzekeraar aan zijn zorgplicht voldoet. We hebben ook geen signalen dat er verzekeraars zijn die niet aan hun zorgplicht kunnen voldoen.

Een ander aspect is we signalen uit het veld krijgen dat de huidige manier waarop de onplanbare zorg kan worden ingekocht en/of georganiseerd mogelijk niet de meest doelmatige manier is. Dat kan een rol spelen als iedere verzekeraar voor zichzelf de onplanbare wijkverpleging inkoop of als meerdere aanbieders hiervoor capaciteit en middelen in dezelfde regio moeten inzetten. Dat betekent dat er geen coördinatie plaats vindt tussen de afzonderlijke eenheden en dat de beschikbaarheid van acute zorg tijdens de ANW-uren mogelijk dubbel wordt georganiseerd, namelijk bij een veelheid van aanbieders in een wijk.

Het is binnen de bestaande wet- en regelgeving mogelijk dat aanbieders samen werken om in een regio onplanbare zorg in avond, nacht en weekend aan te bieden. Dit gebeurt in de praktijk ook al. De huidige bekostiging is niet specifiek op dergelijke samenwerkingsverbanden toegesneden, maar staat deze ook niet in de weg. In het Hoofdlijnenakkoord hebben partijen afgesproken dat de acute zorg 'niet concurrentieel is' en dat zorgverzekeraars 'congruent gedrag' zullen vertonen met in acht neming van hun eigen verantwoordelijkheid'. Hoe dit in de praktijk uitpakt is nog niet duidelijk.

Buiten het borgen van de beschikbaarheid van acute zorg is het van belang dat er samenwerking is tussen alle spelers in de spoedketen. De NZa benadrukt dat in de monitor acute zorg 2019.¹⁷

¹⁶ Informele zienswijze samenwerking in de acute thuiszorg, ACM, 2017.
<https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/17368/Ruimte-voor-samenwerking-in-de-acute-thuiszorg>

¹⁷ Monitor acute zorg 2019 p. 4, NZa.

4. Wat kunnen we doen om de genoemde problemen aan te pakken?

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we in op de maatregelen die de NZa kan nemen om de beschreven problemen te verhelpen of om de nadelige effecten ervan af te zwakken. We kijken daarbij met name naar hoe een nieuwe bekostiging daaraan bij kan dragen. We starten met het eindperspectief van integrale netwerkzorg zoals we dat benoemen in paragraaf 2.3. Vervolgens benoemen we in aflopende volgorde welke varianten daarbij het dichtst in de buurt komen.

Een nieuwe manier van reguleren heeft verschillende effecten voor niet-gecontracteerde en gecontracteerde wijkverpleging. Aan het einde van dit hoofdstuk besteden we daar apart aandacht aan. De bestaande vrijheid voor gecontracteerde wijkverpleging in het experiment willen we zo veel mogelijk behouden om de huidige positieve ontwikkelingen niet te ondermijnen.

4.2 Stappen naar een nieuwe bekostiging

Het huidige bekostigingsmodel bestaat voor het grootste deel van de uitgaven uit maximumtarieven per uur.¹⁸ Ook bij gecontracteerde zorg maken partijen voor het overgrote deel afspraken over een (integrale) vergoeding per uur verpleging en verzorging.

Dit fee-for-service model heeft een sterke productieprikkel. Het voordeel van een dergelijk model is dat het relatief eenvoudig en overzichtelijk is, en dat er geen prikkel voor onderbehandeling bestaat. Ieder uur geleverde zorg wordt vergoed, waardoor er geen financiële reden is om minder zorg te verlenen. Een ander voordeel is dat er weinig prikkels voor risicoselectie zijn. Meer of minder tijdsinzet krijgt een evenredige vergoeding.

De volume prikkel kan echter wel leiden tot overbehandeling. Een ander nadeel van het bestaande model is dat het alleen direct cliëntgebonden tijd vergoedt. Zoals al opgemerkt bij de knelpunten in hoofdstuk 3 stimuleert dit geen werkwijze die de zelfredzaamheid van een cliënt bevordert en maakt het ook investeringen in innovatieve (arbeidsbesparende) werkwijzen onaantrekkelijk. Een fee-for-service model biedt geen inzicht in de zorgvraag van de cliënt en in de uitkomsten van de geleverde zorg. Het is onduidelijk of de geleverde zorg effectief is ingezet en of vooraf beschreven doelen zijn behaald.

Op de weg naar een nieuwe bekostiging zien we een aantal stappen voor ons. We beschrijven eerst kort de stip op de horizon en vervolgens welke stappen daar het dichtst bij in de buurt komen.

¹⁸ Naast de prestatie- en tariefregulering is een MBI van toepassing om de uitgaven te beheersen. Het makro kader en het MBI liggen tot 2023 vast in het Hoofdlijnenakkoord.

4.2.1 Integrale netwerkzorg in de regio

Ons eindperspectief is een model van integrale bekostiging en zorgverlening in netwerken. In een studie concludeert het Instituut voor Beleid en Management in de Gezondheidszorg (iBMG/ESHM) dat multidisciplinaire bekostiging per zorgbundel, gecombineerd met het belonen van goede uitkomsten de meest aangewezen manier is om goede zorg te bereiken.¹⁹

De gedefinieerde zorgbundel geldt voor een afgebakende groep van vergelijkbare cliënten binnen de zorgketen of het netwerk. De bundel is onafhankelijk van de bestaande schotten gedefinieerd en wordt ook los van de budgettaire kaders bekostigd. Dit bevordert, mits goed ingericht, gezondheid, geeft goede prikkels voor optimaal zorgvolume, preventie en het komen tot optimale coördinatie tussen zorgprofessionals.²⁰

De integrale bekostiging van zorg in een netwerk is op de korte termijn niet haalbaar. Naast een casemix-correctie die voor een dergelijk model nodig is, vergt dit model aanpassingen in de Zvw en mogelijk de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), omdat met de bekostiging, ook de financiering over de verschillende wettelijke kaders heen moet worden vormgegeven.

Cliëntgerichte bekostiging van de wijkverpleging met een vergoeding per episode per patiënt kan een goede manier zijn om een stap te zetten richting dit eindperspectief.

4.2.2 Cliëntgerichte bekostiging met een vergoeding per episode per cliënt

Het invoeren van een vaste vergoeding per zorgepisode, zoals een week-maand- of jaarprestatie per cliënt is een manier om ruimte te geven voor innovatieve manieren van behandeling, preventie, zelfredzaamheid en inzet van technische hulpmiddelen, zoals zorg op afstand. De zorgaanbieder wordt in dat geval niet direct financieel benadeeld als er minder of anders zorg wordt geleverd. Immers de hoeveelheid directe geleverde tijd verpleging en verzorging per maand of jaar is in dat geval niet meer bepalend voor de vergoeding van zorg.

Een bijkomend voordeel is dat de verantwoording over geleverde zorg verandert. Directe tijdsverantwoording hoeft niet meer. Dat biedt ruimte voor een omslag van verantwoording van tijdsinzet per cliënt naar verantwoording van inhoud en bereikte doelen op organisatieniveau. Dat reduceert de administratieve lasten. Een aandachtspunt hierbij zijn de gevolgen die dit heeft voor de informatie voor de risicoverevening.

Een vaste vergoeding per zorgepisode per cliënt levert betere resultaten op dan een uur prestatie. Onderstaand een overzicht.

Doel	Uur	Episode
Volume beheersen	Weinig	Veel
Risicoselectie ontmoedigen	Ja	Nee
Onderbehandeling voorkomen	Ja	Nee
Preventie	Nee	Ja
Zelfredzaamheid	Nee	Ja
Goede uitkomsten/kwaliteit	Nee	Nee

¹⁹ iBMG, maart 2015, Uitkomstbekostiging in de zorg: een (on) begaanbare weg? P. 37.

²⁰ iBMG, maart 2015, Uitkomstbekostiging in de zorg: een (on) begaanbare weg? P. 9.

Coördinatie in de keten	Nee	Nee
Vermindering administratieve lasten	Nee	Ja
Financieel risico beperken voor kleine aanbieders	Ja	Nee

Nadelen van een vaste vergoeding per zorgepisod per cliënt zijn prikkels voor risicoselectie en onderbehandeling. Er is een prikkel om minder zorg te leveren en om zwaarder dan gemiddelde cliënten te weigeren. Ook ontbreekt een stimulans om kwalitatief goede zorg te leveren.

Om risicoselectie tegen te gaan is een systeem van zorgzwaartecorrectie nodig. Homogene cliëntgroepen (casemix-systeem) zijn een middel om risicoselectie tegen te gaan. Ook is het een goed middel om de risico's voor kleinere aanbieders weg te nemen.

Onderbehandeling is tegen te gaan door het belonen van goede uitkomsten van zorg. Kwaliteit van zorg wordt zichtbaar als uitkomsten worden vastgelegd. Hiermee wordt een stimulans voor kwaliteit ingebouwd. Om dat mogelijk te maken is het nodig dat informatie over effecten en uitkomsten beschikbaar komt. Daarvoor zullen uitkomstindicatoren ontwikkeld en ingevoerd moeten worden of, als het definiëren op zich laat wachten, bestaande uitkomsten via data-analyse zichtbaar gemaakt moeten worden. Te denken valt aan SEH-bezoek, ziekenhuisopname, plaats van overlijden. Dit zijn indicatoren die nu al beschikbaar zijn.

Een combinatiemodel met bovengenoemde elementen levert een verbeterd resultaat op:

Doel	Uur	Maand/jaar	Episode uitgebreid (*)
Volume beheersen	Weinig	Veel	Veel
Risicoselectie ontmoedigen	Ja	Nee	Ja
Onderbehandeling voorkomen	Ja	Nee	Ja
Preventie	Nee	Ja	Ja
Zelfredzaamheid	Nee	Ja	Ja
Goede uitkomsten/kwaliteit	Nee	Nee	Ja
Coördinatie in de keten	Nee	Nee	Ja
Vermindering administratieve lasten	Nee	Ja	Ja
Financieel risico beperken voor kleine aanbieders	Ja	Nee	Ja

(*) Met cliënten zwaartegroepen, uitkomst indicatoren en een vergoeding voor coördinatie en samenwerking in de keten.

Voor het definiëren van cliëntgroepen beschikken we op dit moment alleen over data van de doelgroepen classificatie die de zorgverzekeraars hanteren in de contractvoorwaarden. Binnen die doelgroepen is de spreiding in de zorgzwaarte/zorgvraag te groot is om deze classificatie te gebruiken voor casemix-correcties.

Er is daarom nader onderzoek en/of een andere oplossing nodig voor het casemix-probleem. Een mogelijkheid is om te onderzoeken of we kunnen werken met een variant op de extreme zorgzwaarte toeslagen die we in

de Wlz kennen.²¹ De huidige analyses laten al zien dat een klein deel van de cliënten relatief veel zorg krijgt (zie figuur 3 in paragraaf 2.3).

Wij denken dat het vooralsnog niet haalbaar is om op basis van uitkomsten te vergoeden, omdat er nog geen goed operationeel instrument is om uitkomsten mee te meten.

Randvoorwaarde voor deze optie is dus dat partijen kunnen beschikken over een operationeel systeem van casemix-correctie, en/of een systeem van uitkomstinformatie. Om dit te kunnen ontwikkelen zien we de noodzaak van een transparantieverplichting om over cliëntinformatie te kunnen beschikken zoals eerder beschreven.

We zien dit model niet als een vooraf uitontwikkeld model. Wanneer nieuwe kennis en informatie beschikbaar komt kunnen we steeds kijken op welke wijze deze nu al kan landen in de reguliere bekostiging.

4.2.3 Succesvolle elementen uit de experimenten toevoegen aan de reguliere bekostiging

In dit model worden na tussentijdse evaluaties positief beoordeelde elementen uit de huidige experimenten opgenomen in de structurele bekostiging van de wijkverpleging. Een combinatie van ruimte in de experimenten met een stapsgewijze ontwikkeling cliëntgroepen kan ook een manier zijn om de risico's van een nog onvolgroeid casemix-model te ondervangen.

Wanneer het experiment positief wordt beoordeeld, kan bijvoorbeeld met een integraal uurtarief worden gewerkt totdat het bekostigingsmodel zoals hiervoor voldoende is uitgewerkt. Het vaststellen van een integraal maximum uurtarief kent wel uitvoeringsproblemen, onder andere door verschillen in de mix van disciplines tussen de verschillende zorgaanbieders.

Een andere stap kan zijn dat we een algemene transparantieverplichting opnemen voor het vastleggen van cliëntinformatie zoals bijvoorbeeld de ZN doelgroepen.

Een belangrijke randvoorwaarde voor dit model is dat uit een evaluatie van het experiment blijkt dat er goede en bruikbare elementen zijn te identificeren die passen binnen de huidige bekostiging. Deze evaluatie voeren we uit in 2019 zoals ook beschreven in paragraaf 6.3. In de evaluatie kijken we niet alleen naar tarieven en vergoedingen, maar ook naar inhoudelijke contractafspraken.

Dit model heeft als voordeel dat we geleidelijk aan toe kunnen werken naar een uniform casemix-model. Dit model is daarom ook goed te combineren met de hiervoor beschreven stap of kan daar een voorloper van zijn.

4.2.4 Andere manieren zoeken om innovatie, samenwerking en zelfredzaamheid te bevorderen

Ten slotte bestaat er een mogelijkheid dat de evaluatie van het experiment negatief uitpakt en dat het niet lukt om een structurele verbetering door te voeren in de bekostiging ten opzichte van het huidige model. Het bestaande bekostigingsmodel blijft dan in stand. In dat geval

²¹http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/WerkenmetZZPs/Beleidsregel_Toeslag_Extreme_Zorgzwaarte.pdf

willen we zoeken naar andere manieren om innovatie, samenwerking en inzetten op zelfredzaamheid te bevorderen.

Alternatieve innovatieve zorgvormen, zoals zorg op afstand of cliëntgebonden afstemming door de wijkverpleegkundige met collega's en andere disciplines moeten dan op een andere manier worden gestimuleerd. Je zou daarbij kunnen denken aan ruimte in de bekostiging voor activiteiten die niet direct aan één patiënt zijn te koppelen.

Ook in dit model zien we meerwaarde van inzicht en transparantie in de gehele wijkverpleging. Wanneer de beschikbare data onvoldoende houvast biedt voor het ontwerpen van een casemix-systeem, kan zij alsnog wel bruikbaar zijn voor de zorginkoop door zorgverzekeraars.

We vinden het belangrijk om nu eerst met focus te werken aan een goed casemix-systeem met daarbij ruimte om nu al succesvolle elementen uit de huidige experimenten mee te nemen in de huidige bekostiging. Wanneer bij een volgende voortgangsrapportage blijkt dat hiervoor onvoldoende informatie is, onderzoeken we meer uitgebreid of en op welke manier we de nodige ruimte alsnog in de huidige fee-for-service bekostiging kunnen vormgeven.

4.3 Verwachte effecten op gecontracteerde en niet-gecontracteerde wijkverpleging en grote en kleine aanbieders

Zoals hierboven gemotiveerd scoort een aanpassing van prestaties naar langere episodes aan de hand van cliënten zwaartegroepen, uitkomstindicatoren en een vergoeding voor coördinatie en samenwerking in de keten theoretisch het beste op de beoogde doelen. Zodra de beschikbare informatie voorhanden is om cliëntgroepen te maken en uitkomsten te volgen ligt het voor de hand om de bekostiging hierop aan te laten sluiten.

Er zijn verschillende effecten te verwachten op de markt. We kijken naar gecontracteerde wijkverpleging versus niet-gecontracteerde wijkverpleging en naar grote versus kleine zorgaanbieders.

Gecontracteerde versus niet-gecontracteerde wijkverpleging
Alle zorgaanbieders krijgen dezelfde transparantieverplichtingen opgelegd. Hierdoor worden de verschillen in inzicht in gecontracteerde en niet-gecontracteerde wijkverpleging kleiner. Door middel van het contract kan een zorgverzekeraar goede uitkomsten belonen bij gecontracteerde wijkverpleging. Op die manier kan een zorgverzekeraar preferente zorgaanbieders aan zich binden en daar meer zorg inkopen.

De prikkels om te komen tot een contract liggen voor zorgverzekeraars bij grote zorgaanbieders anders dan bij kleine zorgaanbieders. Een zorgverzekeraar zal vanuit het oogpunt van schaalvoordeel eerder geneigd zijn om een grote zorgaanbieder van voldoende kwaliteit aan zich te binden, dan een heleboel kleine aanbieders ongeacht de kwaliteit. Immers veel (kleine) aanbieders contracteren vergt meer inkoopinspanningen, dan een enkele (grote) aanbieder contracteren. Het wordt pas lonend voor de zorgverzekeraar om ook kleine zorgaanbieders met behulp van een contract aan zich te binden, wanneer de extra inkoopinspanningen opwegen tegen lagere zorgkosten.

Grote versus kleine zorgaanbieders

Bij de kleine zorgaanbieders zal een aanpassing van de prestaties naar langere episodes zonder adequate casemix-correcties een sterkere prikkel tot risicoselectie met zich meebrengen. Wanneer een prestatie voor een langere periode gaat gelden, zal de vergoeding meestal gebaseerd zijn op gemiddelde kosten. Als een aanbieder veel cliënten heeft is dat geen probleem. Soms lever je meer zorg en soms minder. Voor kleine aanbieders of aanbieders met een sterk afwijkende specifieke casemix ligt dat anders. Een klein aantal zwaardere cliënten kunnen er dan al toe leiden dat de vergoeding niet kostendekkend is. Dat werkt selectie van cliënten met een lichtere zorgvraag in de hand. De omvang van dat risico verschilt per zorgaanbieder en hangt ook samen van de mate van doelmatigheid van de zorglevering. Hier dient bij de uitwerking aandacht voor te zijn.

5. Welke stappen hebben we al gezet?

5.1 Inleiding

Met de overheveling van de wijkverpleging van de AWBZ naar de Zvw per 1 januari 2015 is er behoefte ontstaan aan informatie over zorgvraag en zorgzwaarte op cliëntniveau.

In het voorjaar van 2015 heeft VWS samen met veldpartijen de mogelijkheden verkend voor een bekostigingsmodel in de wijkverpleging dat zorgpakketten automatisch afleidt uit cliëntkenmerken. De wens hierbij was dat de benodigde informatie automatisch volgt uit de dagelijkse uitvoeringspraktijk van de wijkverpleegkundige, en dus niet leidt tot extra registratielast.

Gupta Strategists heeft vervolgens in 2015 in opdracht van VWS een analyse uitgevoerd naar de haalbaarheid en praktische uitvoerbaarheid van deze insteek. Gupta heeft toen onderzocht hoe sterk de (statistische) relatie is tussen cliëntkenmerken (zoals vastgelegd in de digitale classificatie OMAHA) en het aantal uren geleverde zorg. Op grond van dit onderzoek (Gupta 2016) was de conclusie dat een automatische afleiding uit classificatiesystemen op dat moment niet mogelijk was.

VWS heeft medio 2016 de kamer geïnformeerd over het vervolg: "De NZa gaat de verdere uitwerking van het traject voor de nieuwe bekostiging op zich nemen waarbij zij de partijen van de wijkverpleging nauw betrekken."

En:

"Omdat partijen de inhoud van het wijkverpleegkundige vak als startpunt willen hanteren voor de bekostiging, hebben ze het initiatief genomen om samen met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een alternatief bekostigingsmodel uit te werken. Bij dit alternatieve bekostigingsmodel werd een inhoudelijke onderbouwing van de inzet van zorg op cliëntniveau belangrijk gevonden."²²

Hiertoe heeft bureau HHM in opdracht van V&VN een studie uitgevoerd die liep van juni 2016 tot en met september 2016 en leidde tot publicatie van het V&VN rapport "Verkenning ontwikkeling zorgprofielen wijkverpleging". De conclusie was dat aanvullend onderzoek nodig was.

Verzekeraars hebben toen besloten om, in afwachting van het aanvullend onderzoek, alvast een eerste stap te zetten door de zogeheten ZN doelgroepen als contracteereis op te nemen.

De NZa heeft op basis van de adviezen in het rapport het initiatief genomen voor vervolgonderzoek. In dit vervolgonderzoek werken we samen met zorgverleners, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en vertegenwoordigers van cliënten.

²² Kamerbrief bekostiging wijkverpleging 2017, 8 juni 2016.

5.2 Het Wetenschappelijk Programma Wijkverpleging (WPW)

Met drie universiteiten hebben we in 2017 een samenwerkingsverband gesloten onder de titel 'Wetenschappelijk Programma Wijkverpleging' (WPW). De Universiteit/Hogeschool Utrecht, de Universiteit Maastricht en de Universiteit Tilburg doen hier aan mee. Binnen het WPW worden drie promotieonderzoeken uitgevoerd.

Het WPW heeft als doel om alle relevante wetenschappelijke kennis over de wijkverpleging samen te brengen om van daaruit bouwstenen te leveren voor de nieuwe bekostiging. In dit hoofdstuk lichten we kort toe welke stappen we de afgelopen twee jaar hebben gezet in samenwerking met de veldpartijen en de wetenschap.

5.3 Resultaten van het WPW

5.3.1 Enquête cliëntkenmerken

Een belangrijke bouwsteen voor de nieuwe bekostiging is inzicht in cliëntkenmerken die voorspellend zijn voor de inzet van zorg. De Universiteit van Maastricht heeft in de internationale literatuur 120 kenmerken geïdentificeerd die worden genoemd als voorspeller.²³ Die kenmerken hebben zij samen met V&VN en de NZa teruggebracht tot 35 kenmerken. Vervolgens zijn die 35 kenmerken in enquêtevorm voorgelegd aan wijkverpleegkundigen. Met een response van ruim 1000 ingevulde enquêtes konden die kenmerken teruggebracht worden naar 15 kenmerken waarover consensus is met de beroepsgroep over de voorspellende waarde.²⁴

De resultaten van de enquête vormen een belangrijke bron naast cliëntendoelgroepen en de elementen die in de classificatiesystemen Omaha en NANDA worden geregistreerd.

5.3.2 Resultaten data analyses voor het casemix-systeem

Om inzicht te krijgen in de relatie tussen kenmerken uit verpleegkundige classificatiesystemen en de benodigde hoeveelheid zorg heeft de NZa data gekregen van Meander Groep en Envida, twee grote zorgaanbieders in Limburg. Hierdoor beschikken we over classificatiedata van zowel Omaha als NANDA. De datasets bevatten ook de doelgroepen van de zorgverzekeraars.

Er zijn diverse analyses uitgevoerd. Zo is gekeken naar de verdeling van geleverde of gedeclareerde zorguren op cliëntniveau tussen en binnen de doelgroepenregistratie. Ook is de 'voorspelkracht' van de doelgroepenregistratie onderzocht. Zowel afzonderlijk en in combinatie met classificatie kenmerken uit Omaha of NANDA. Hierbij is vooral gekeken naar het gemiddeld aantal uren per maand.

De belangrijkste uitkomsten van de analyses zijn de volgende:

- De doelgroepenregistratie heeft een, zij het beperkte, voorspellende waarde voor het aantal uren zorg dat een cliënt ontvangt;

²³ Characteristics complete overview excel, Anne van den Bulck, April 2017.

²⁴ Health and Social Care in the Community- Which client characteristics predict home-care needs? Results of a survey study among Dutch home-care nurses; July 2018, Anne O. E. van den Bulck, Silke F. Metzeldin, Arianne M. J. Elissen, Marianne C. Stadlander, Jaap E. Stam, Gia Wallinga, Dirk Ruwaard.

- Wanneer Omaha of NANDA kenmerken worden toegevoegd neemt de voorspellende waarde toe;
- De doelgroepenregistratie heeft een zekere voorspellende waarde voor de duur van de zorgepisode

Een document met onder andere bovenstaande resultaten van de data analyses ('Data-analyses met betrekking tot cliëntgroepen in de wijkverpleging') is als los document als bijlage opgenomen bij deze voortgangsrapportage.

5.4 Lopend onderzoek WPW

5.4.1 Ontwikkeling kennis over bekostiging thuiszorg internationaal

Via de Universiteit van Maastricht verkregen we kennis over de werking van het casemix-systeem voor thuiszorg in Nieuw Zeeland door een werkbezoek en een bijeenkomst op de Hogeschool Utrecht met de grondleggers van het Nieuw Zeelands casemix-systeem. Hierdoor hebben we geleerd welke kenmerken in hun model bepalend zijn voor zorgzwaarte. Die kenmerken hebben een rol gespeeld bij het maken van het meetinstrument dat in paragraaf 6.2.4 wordt beschreven.

Op dit moment (begin 2019) voert de Universiteit van Maastricht een systematische review uit naar bekostigingssystemen in andere landen. Er zijn tot nu toe 15 relevante studies gevonden uit internationale wetenschappelijke literatuur over bestaande casemix-modellen en bijbehorende bekostigingssystemen van thuiszorg. Hieruit zijn 7 casemix-modellen gedefinieerd voor wijkverpleging. Deze modellen worden volgens de gevonden studies echter beperkt toegepast binnen bekostigingssystemen. In de wetenschappelijke literatuur worden enkel Amerika en Nieuw-Zeeland beschreven als landen met een bekostigingssysteem gebaseerd op casemix. De mogelijke effecten van een dergelijk bekostigingssysteem op onder andere kosten, de gezondheidsstatus en kwaliteit van zorg zijn daarnaast enkel onderzocht in Amerika. Naast het onderzoeken van wetenschappelijke literatuur wordt de literatuurstudie op dit moment verder uitgebreid met niet-wetenschappelijke literatuur.

5.4.2 Ontwikkeling kennis van effectieve interventies en uitkomsten in de wijkverpleging

De Universiteit Utrecht en de Hogeschool Utrecht (in samenwerking met Cochrane Nederland) voert op dit moment (begin 2019) een systematische review uit naar wijkverpleegkundige interventies. Gekeken wordt welke interventies er binnen de wijkverpleging bestaan en wat de effecten van deze interventies zijn op zorggebruik zoals opname in ziekenhuis of spoedeisende hulp en gezondheidsuitkomsten zoals functioneren en kwaliteit van leven. Tevens wordt gekeken welke uitkomsten worden meegenomen om de kwaliteit van zorg te meten.

De literatuurstudie is geregistreerd bij het International prospective register of systematic reviews (PROSPERO). Voor meer details over deze studie, zie http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.php?ID=CRD42017058768.

5.5 Bestuurlijk overleg

In een Bestuurlijk Overleg in het voorjaar van 2018 hebben we met onze stakeholders afspraken gemaakt over de onderwerpen die van belang zijn voor een nieuw bekostigingsmodel. Deze onderwerpen zijn hiervoor al grotendeels besproken.

6. Welke stappen zetten we de komende tijd?

6.1 Inleiding

De stappen die we zetten, starten in 2019 en worden deels afgerond in hetzelfde jaar. Deze hebben mogelijk al effect op de regelgeving van 2020. We maken in deze paragraaf onderscheid tussen acties die worden ingezet ten behoeve van het wetenschappelijk onderzoek dat voor de ontwikkeling van de bekostiging wordt uitgevoerd en acties die we vanuit de NZa oppakken. Per onderdeel beschrijven we wanneer we starten. Ook maken we per onderdeel een inschatting van het moment van afronden en zo nodig het moment van invoeren in de regelgeving.

6.2 Vervolgstappen Wetenschappelijk Programma Wijkverpleging

6.2.1 Identificeren individuele kenmerken en cliëntgroepen

Tot nu toe hebben de analyses zich gericht op de voorspelkracht van een verzameling kenmerken, zoals alle diagnoses uit NANDA-I, of alle Omaha probleemgebieden in combinatie met de gekozen actievlakken.

In de volgende fase van het onderzoek van NZa met Universiteit Tilburg ligt de nadruk op de individuele kenmerken: Kunnen we een selectie van kenmerken maken die het gros van de voorspelkracht bevat? En kunnen we deze selectie van kenmerken vervolgens reduceren tot een beperkt aantal clusters van combinaties van deze kenmerken? Hoe verhouden deze kenmerken zich tot de kenmerken die door wijkverpleegkundigen worden genoemd als relevant?

Begin 2020 rapporteren we hierover in een volgende voortgangsrapportage. Voor een nieuwe bekostiging betekent dit dat die pas op zijn vroegst in 2021 kan ingaan, mits de analyses bruikbare resultaten opleveren.

Op korte termijn verwacht de NZa ook van een derde zorgaanbieder een gegevenslevering met verpleegkundige (Omaha) diagnoses. Ook deze gegevens analyseren we in 2019.

6.2.2 Inzicht in karakteristieken en risicofactoren populatie wijkverpleging

Er is momenteel onvoldoende kennis over kenmerken en risicofactoren van degenen die wijkverpleging ontvangen. De Universiteit Utrecht & Hogeschool Utrecht werken daarom samen met de NZa om inzicht krijgen in de karakteristieken en risicofactoren voor het wel of niet gebruiken van wijkverpleging door thuiswonende ouderen.

Op basis van de beschikbare (declaratie) data van de zorgaanbieders wordt inzicht verkregen in de zorgverlening, zowel wat betreft de voorspellende factoren voor de zorgbehoefte van verzekerden als wat betreft de uitkomsten van de zorgverlening. Eerste resultaten worden in 2019 verwacht.

6.2.3 Onderzoek naar relevante en beïnvloedbare uitkomsten van wijkverpleegkundige zorg

Onderbehandeling is tegen te gaan door het belonen van goede uitkomsten van zorg. Kwaliteit van zorg wordt zichtbaar als uitkomsten worden vastgelegd. Hiermee wordt een stimulans voor kwaliteit ingebouwd. Om dat mogelijk te maken is inzicht nodig in relevante en beïnvloedbare uitkomsten voor wijkverpleegkundige zorg. Dit inzicht is ook wenselijk vanuit de kwaliteitseisen uit het kwaliteitskader wijkverpleging.

De Universiteit Utrecht & Hogeschool Utrecht zijn daarom een onderzoek gestart naar relevante en beïnvloedbare uitkomsten van wijkverpleegkundige zorg. Het betreft een Delphi studie waarin, samen met verschillende experts op het gebied van wijkverpleging (ambassadeurs wijkverpleging, docenten en onderzoekers), wordt beoogd consensus te bereiken over wat relevante en beïnvloedbare cliëntuitkomsten zijn van wijkverpleegkundige zorg. Een eerste stap hierin is het identificeren van potentiële uitkomsten middels een verkennende literatuurstudie, welke in 2018 is afgerond. Een volgende stap is het bediscussiëren van deze uitkomsten om tot consensus te komen. Resultaten worden uiterlijk eind 2019 verwacht.

Naast dit onderzoek loopt er een landelijk traject waar veldpartijen samen met KPMG uitkomstindicatoren ontwikkelen. Dit traject is in 2018 gestart en loopt door naar 2019. De NZa vindt het van groot belang dat de ontwikkeling van de indicatoren voortgang heeft. Wij zullen contact houden met partijen en de voortgang nauwgezet volgen.

6.2.4 Ontwikkelen en toepassen cliëntkenmerken als basis voor een casemix-systeem

We starten in 2019 een pilot met een meetinstrument bij een aantal zorgaanbieders.

Naast het analyseren van data die al geregistreerd wordt tijdens het primaire proces, zal de NZa vanuit het WPW samen met de Universiteit Maastricht en een aantal zorgaanbieders ook aanvullende gegevens gaan verzamelen. Dit maakt het mogelijk om los van systemen als Omaha en NANDA-I op uniforme wijze, de gewenste gegevens te verzamelen die voorspellend zijn voor de benodigde zorginzet.

De vragenlijst is ontwikkeld door de Universiteit van Maastricht en bevat ongeveer tien vragen die betrekking hebben op de volgende drie domeinen:

- Fysiek functioneren/functionele zelfredzaamheid: het vermogen van de cliënt om zelfstandig te functioneren qua algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en instrumentele ADL (iADL);
- Cognitief/mentaal functioneren: de cognitieve/mentale vermogens van de cliënt en de invloed daarvan op het algemeen dagelijks functioneren;
- Sociale steun. Het hulpsysteem rond de cliënt, specifiek de aanwezigheid van mantelzorg en een sociaal ondersteuningsnetwerk.

Om de administratieve last voor de wijkverpleegkundige zo beperkt mogelijk te houden, is het uitgangspunt voor het te ontwikkelen meetinstrument dat er via een minimaal aantal vragen een zo goed mogelijk inzicht wordt verkregen in de mate van fysieke, cognitieve en sociale beperkingen van een cliënt in de wijkverpleging. De vragenlijst is op basis van systematisch literatuuronderzoek primair gebaseerd op

cliëntkenmerken die onderdeel zijn van bestaande (inter)nationale casemix-systemen. Deze kenmerken zijn vervolgens opgenomen in de vragenlijst op basis van bestaande, gevalideerde meetinstrumenten, onder andere voor ADL (Katz-schaal) en iADL (Lawton en Brody-schaal).

Vooralsnog hebben we afspraken gemaakt voor een pilot met vier aanbieders. We bekijken gedurende de pilot of het wenselijk en haalbaar is om deze groep uit te breiden.

De vragenlijst zal geïntegreerd worden met de gebruikelijke cliëntgegevens, zodat er een koppeling gemaakt kan worden tussen de zorginzet, en kenmerken als de Omaha/NANDA, en de doelgroepenregistratie van zorgverzekeraars.

6.3 Evalueren werking beleidsregel experiment bekostiging verpleging en verzorging

De beleidsregel experiment bekostiging verpleging en verzorging geeft vrijheid voor aanbieders en verzekeraars om onder een aantal voorwaarden de bekostiging zelf in te richten.

De NZa vindt het belangrijk om te leren van deze experimenten. In oktober 2018 hebben vijf zorgaanbieders en de vier grote zorgverzekeraars een aantal lopende experimenten besproken. Het gaat met name om experimenten met een maand- of een jaarbedrag per cliënt. Hieruit bleek dat deze manier van bekostigen aanbieders stimuleert om doelmatig te werken en de zorg beter te organiseren. Ze sturen meer op zelfredzaamheid van cliënten en op het inzetten van innovatieve manieren van zorgverlening zoals e-health. Een risico is dat er structureel minder zorg wordt verleend dan dat de cliënt nodig heeft (onderbehandeling). Men ziet ook risico om cliënten te weigeren die naar verwachting meer uren zorg nodig hebben dan past bij het gemiddelde bedrag (risicoselectie).

Wij vinden het belangrijk om ook zelf de beleidsregel experiment bekostiging verpleging en verzorging grondig te evalueren. Om die reden bekijken we in 2019 de inhoud van de contracten binnen deze beleidsregel. Variërend van initiatieven met een integraal uurtarief tot en met experimenten met een maand of jaarbedrag per cliënt. In de evaluatie besteden we ook aandacht aan de effecten die afspraken binnen het experiment hebben voor de gegevens die worden aangeleverd voor de risicoverevening.

6.4 Informatie genereren om gelijk speelveld te creëren

Binnen de beleidsregel experiment bekostiging verpleging en verzorging hebben aanbieders en verzekeraars afgesproken om cliëntdoelgroepen vast te leggen en beschikbaar te stellen. Dit levert informatie op over type cliënten. Het is een eerste stap naar cliëntgroepen. Er is nog geen verplichting voor het aanleveren van cliëntkenmerken binnen de beleidsregel verpleging en verzorging, op basis waarvan met name niet-gecontracteerde aanbieders declareren.

We onderzoeken daarom de mogelijkheid tot het opleggen van een algemene informatieverplichting (zie 4.2). Voor gecontracteerde aanbieders verandert er dan niets. Niet-gecontracteerde aanbieders

worden daarbij verplicht om ook gegevens over cliëntdoelgroepen aan te leveren. Deze verplichting kan mogelijk ingaan per 1 januari 2020.

Door de hierboven genoemde verplichting ontstaat een duidelijker beeld van deze cliëntengroepen binnen de gecontracteerde en de niet-gecontracteerde wijkverpleging. De administratieve lasten zijn minimaal omdat het grootste deel van de zorgaanbieders deze informatie al registreert. Voor de gecontracteerde zorgaanbieders verandert er niets. In 2017 had ruim 90% van de zorgaanbieders een contract met één of meer zorgverzekeraars. Dat betekent dat deze verplichting met name invloed heeft op een klein deel zorgaanbieders zonder contract.

6.5 Onderzoeken organisatie en bekostiging onplanbare wijkverpleging in avond, nacht en weekend.

In paragraaf 3.5 beschrijven we een knelpunt in de regionale beschikbaarheid van de acute wijkverpleging in avond, nacht en weekend. Binnen de beleidsregel verpleging en verzorging bestaat de prestatie regionale beschikbaarheidsfunctie onplanbare zorg. Door partijen wordt aangegeven dat het regionaal contracteren van deze zorg onvoldoende tot stand komt.

We gaan, zoals ook in het Hoofdlijnenakkoord tussen partijen is overeengekomen, de mogelijkheden verkennen van een andere bekostiging voor acute wijkverpleging. In dat licht is het interessant om te kijken naar de wijze van organisatie van de ANW huisartsenzorg (hds) of de acute ggz.²⁵ Daarmee willen we zoveel mogelijk belemmeringen voor een doelmatiger organisatie van deze vorm van wijkverpleging wegnemen.

Wij onderzoeken in 2019 of de (organisatie van) de onplanbare wijkverpleging onvoldoende tot stand komt en of er daarvoor barrières liggen in de huidige bekostiging. Naast onplanbare wijkverpleging kijken we ook naar mogelijke verbeteringen voor andere systeemfuncties zoals coördinatie en samenwerking en preventie op populatieniveau.

6.6 Dynamisch reguleren

In bovenstaand hoofdstuk benoemen we concreet welke acties er gepland zijn voor de komende twee jaar. Met deze acties bewegen we toe naar het lange termijn perspectief zoals we dat schetsen in deze voortgangsrapportage. Daarmee geven we aan dat het inrichten van bekostiging een dynamisch proces is, waarin periodiek verbeteringen worden doorgevoerd op basis van ervaringen van gebruikers en op basis van nieuwe data.

Op basis van de bevindingen en de aanwijzing van de Minister van VWS werken we stap voor stap aan het verbeteren van de bekostiging voor de wijkverpleging.

²⁵ Zie NZa advies: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_231186_22/1/

Bijlage 1. Data-analyses met betrekking tot cliëntgroepen in de wijkverpleging

Deze bijlage is als een los document bijgevoegd.