

Consultatiedocument

Overheveling extramurale verpleging naar de Zorgverzekeringswet

september 2013

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	11
1.1 Aanleiding	11
1.2 Opdracht	11
1.3 Opbouw consultatiedocument	13
2. Huidige situatie	15
2.1 Extramurale verpleging in de AWBZ	16
2.1.1 Prestaties in de AWBZ	16
2.1.2 Wijze van bekostiging in de AWBZ	17
2.2 Extramurale verpleging in de Zvw	18
2.2.1 Prestaties in de Zvw	18
2.2.2 Wijze van bekostiging in de Zvw	19
3. Toekomstige situatie	23
3.1 Verpleging in de thuissituatie en de context van de Zorgverzekeringswet	23
3.2 Indicatiestelling	25
3.3 Zorginkoop en macro budgettaire beheersing	26
3.3.1 Mogelijkheden zorginkoop	26
3.3.2 Methoden macro budgettaire beheersing	27
4. Bekostigingsmodel Populatiebekostiging	29
4.1 Inleiding	29
4.2 Afbakening populatie	29
4.3 Uitgangspunten vergoeding per populatie	31
4.3.1 Bekostiging	31
4.3.2 Eigen risico	33
4.4 Algemene beschrijving bekostigingsmodel	33
4.4.1 Laag 1 - Zorgbekostiging	34
4.4.2 Laag 2 - Uitkomstbeloning	38
4.5 Mogelijke effecten en aandachtspunten	38
4.5.1 Kwaliteit, transparantie en doelmatigheid	38
4.5.2 Toegankelijkheid en keuzevrijheid	39
4.5.3 Macro budgettaire beheersbaarheid	39
4.5.4 Speelveld van aanbieders (systeemrisico's voor aanbieders)	40
4.5.5 Concurrentie tussen verzekeraars	40
4.5.6 Onafhankelijkheid wijkverpleegkundige	40
4.5.7 Positie van de verzekerde/patiënt	41
4.5.8 Substitutie van zorg	41
4.5.9 Samenwerking met / aansluiting op het sociale domein	41
4.5.10 Administratieve lasten	41
4.5.11 Herkenning historie van gegevens i.v.m. risicoverevening	42
4.5.12 Risico's toezichtbaarheid	42
4.6 Tijdenpad invoering	42
4.7 Samenvatting voor- en nadelen	43
5. Bekostigingsmodel Integrale prestaties	45
5.1 Algemene beschrijving bekostigingsmodel	45
5.1.1 Vormgeving prestaties	45
5.1.2 Het bekostigingsmodel in drie lagen	47
5.1.3 Zorginkoop en keuzevrijheid	49
5.1.4 Mogelijke effecten en aandachtspunten	49
5.1.5 Kwaliteit, transparantie en doelmatigheid	49

5.1.6	Toegankelijkheid en keuzevrijheid	50
5.1.7	Macro budgettaire beheersbaarheid	50
5.1.8	Speelveld van aanbieders	50
5.1.9	Concurrentie tussen verzekeraars	50
5.1.10	Onafhankelijkheid rondom schakeltaken	51
5.1.11	Positie van de verzekerde/patiënt	51
5.1.12	Substitutie van zorg	51
5.1.13	Samenwerking met/aansluiting op het sociale domein	51
5.1.14	Administratieve lasten	51
5.1.15	Herkenning historie van gegevens i.v.m. risicoverevening	52
5.1.16	Risico's toezichtbaarheid	52
5.2	Tijdpad invoering	53
5.3	Samenvatting voor- en nadelen	53
6.	Openstaande vraagstukken	55
6.1	Huidige prestaties	55
6.1.1	ADL- assistentie	55
6.1.2	Begeleiding	55
6.1.3	Behandeling	56
6.2	Rafelranden	56
6.2.1	Intensieve Kindzorg	56
6.2.2	Palliatieve zorg	57
6.3	Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg (Bub Wmg)	57
Bijlage A – Brief aanvraag uitvoeringstoets bekostiging verpleging		59
Bijlage B – Beschrijvingen AWBZ-prestaties VP en PV		65
Bijlage C –Concept-verkenning CVZ aanspraak extramurale verpleging in de Zvw		69
Bijlage D – De wijkverpleegkundige		75
Bijlage E – Overeenkomsten bekostigingsmodel verpleging met het beoogde bekostigingsmodel voor huisartsenzorg		77

Vooraf

De NZa adviseert de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de overheveling van de extramurale verpleging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). In dit consultatiedocument presenteren wij de eerste analyses en conclusies over de toekomstige bekostiging van extramurale verpleging. Naar aanleiding van deze analyses hebben wij een aantal vragen. Via een consultatieronde leggen wij deze vragen voor aan experts in het veld, zoals ziektekostenverzekeraars, zorgaanbieders, branchepartijen en overheidsorganisaties. De uitkomsten van de consultatie worden meegewogen in de definitieve uitvoeringstoets dat naar verwachting in oktober 2013 wordt gepubliceerd.

Deze consultatie biedt de gelegenheid voor belanghebbenden om commentaar te leveren op de voorstellen voor de toekomstige bekostiging van extramurale verpleging na overheveling van de extramurale verpleging van de AWBZ naar de Zvw. Wij vragen in elk geval uw zienswijze te geven op de onderstaande vragen:

1. Vragen bij het Bekostigingsmodel Populatiebekostiging

- Hoe ziet u ten algemene dit model van toepassing op de bekostiging van thuisverpleging?
- Hoe beoordeelt u de uitgangspunten van populatiebekostiging in het licht van het huidige zorgverzekeringsstelsel?
- Hoe beoordeelt u de wenselijkheid en effecten van tariefregulering (middels een max-max tarief) versus het vrijgeven van het tarief voor thuisverpleging?
- Heeft u ideeën bij de verdere invulling van uitkomstbeloning zoals voorgesteld in paragraaf 4.2.1?
- Hoe ziet u de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om tot goede zorginkoop te komen en de waarschijnlijkheid en wenselijkheid van de effecten zoals beschreven in paragraaf 4.2.2?
- Hoe ziet u de mogelijkheid om in het zorgaanbod de samenwerking tussen de verschillende domeinen te waarborgen?
- Welke mogelijkheden ziet u om de belemmerende factoren van dit model op te heffen?
- Hoe kijkt u aan tegen het kritische tijdpad voor invoering van dit model per 1 januari 2015?

2. Vragen bij het Bekostigingsmodel Integrale Prestaties

- Hoe ziet u ten algemene dit model van toepassing op de bekostiging van thuisverpleging?
- Hoe ziet u de functie wijkverpleging in het bijzonder tot uiting komen in dit model?
- Hoe ziet u de doorontwikkeling van de prestaties “verpleging” en de indicatoren die bepalen tot welke zorgzwaarte de patiënt behoort?
- Heeft u ideeën bij de verdere invulling van uitkomstbeloning zoals voorgesteld in paragraaf 5.1.2?
- Hoe ziet u de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om tot goede zorginkoop te komen?
- Hoe ziet u de mogelijkheid om in het zorgaanbod de samenwerking tussen de verschillende domeinen te waarborgen?
- Hoe ziet u de mogelijkheden voor macro-budgettaire beheersbaarheid?

- Welke mogelijkheden ziet u om de belemmerende factoren van dit model op te heffen?
- Hoe kijkt u aan tegen het kritische tijdpad voor invoering van dit model per 1 januari 2015?

Uw schriftelijke reactie op het document en de consultatievragen kunt u tot en met 20 september 2013 e-mailen aan ileeuw@nza.nl onder vermelding van 'consultatie overheveling verpleging'. Wij hanteren een openbare consultatieprocedure. Uw reactie is daarom openbare informatie. Een overzicht van de reacties wordt op de website www.nza.nl gepubliceerd.

Op 17 september 2013 vindt van 13.00 tot 16.00 uur een bijeenkomst plaats voor consultatiepartijen. Tijdens deze bijeenkomst is er gelegenheid om reacties toe te lichten en hierover met elkaar van gedachten te wisselen.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter Raad van Bestuur

Managementsamenvatting

Inleiding

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (de minister) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) gevraagd om advies uit te brengen over de toekomstige bekostiging van extramurale verpleging na overheveling van de extramurale verpleging en de daarmee samenhangende persoonlijke verzorging in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). De minister heeft daarbij een aantal randvoorwaarden gesteld, onder andere de aanwezigheid van adequate prikkels voor kwaliteit en doelmatigheid van zorg, voldoende keuzevrijheid voor de verzekerde, macro budgettaire beheersbaarheid en de datum van overheveling per 1 januari 2015.

Aan de hand van de randvoorwaarden, enkele beleidsmatige uitgangspunten en andere specifieke vragen, vraagt de minister ons om twee modellen voor de toekomstige bekostiging van extramurale verpleging in de Zvw uit te werken. Het gaat om een model op basis van populatiebekostiging en een model op basis van integrale prestaties.

Huidige situatie

In de huidige situatie komt extramurale verpleging voor in zowel de AWBZ als de Zvw. Dit wordt echter op verschillende manieren bekostigd.

AWBZ

In de AWBZ zijn verschillende vormen van extramurale verpleging en persoonlijke verzorging neergelegd in prestaties. Het CIZ indiceert de zorgbehoefte van de cliënt, in de vorm van functies en klassen. In de huidige situatie is wijkverpleging geen onderdeel van de AWBZ, maar wordt dit gefinancierd door projecten van 'Zichtbare Schakel' of andere tijdelijke subsidies.

VWS stelt jaarlijks een landelijke contracteerruimte voor de inkoop van AWBZ-zorg vast. Op aanwijzing van VWS verdeelt de NZa deze contracteerruimte over 32 zorgkantorregio's, die op hun beurt weer zorg inkopen voor de regio. Zorgkantoren contracteren zorgaanbieders en maken afspraken over de vormen van te leveren zorg en bijbehorende tarieven.

Zvw

In de huidige Zvw bestaat extramurale verpleging als onderdeel van huisartsenzorg en als verpleegkundige zorg thuis via de medisch specialist (MSVT). De eerstelijnszorg kent verschillende vormen van bekostiging. Verpleegkundige zorg wordt op dit moment geleverd onder verantwoordelijkheid van een huisarts en wordt op basis van reguliere huisartsenbekostiging of via integrale bekostiging van ketenzorg voor specifieke groepen van chronisch zieken bekostigd. MSVT is rechtstreeks declarabel bij zorgverzekeraars. Wanneer verpleging geen onderdeel is van een DBC/DOT-product, vindt declaratie plaats op basis van patiëntgebonden tijd.

Toekomstige situatie

De extramurale verpleging die op dit moment uit de AWBZ wordt bekostigd, wordt overgeheveld naar de Zvw. Het gaat hier om de huidige prestaties Verpleging (VP), Persoonlijke Verzorging Speciaal (PV-speciaal) en van de overige prestaties Persoonlijke Verzorging (PV) slechts een gedeelte. Al deze vormen zullen onder één aanspraak 'thuisverpleging' komen te vallen. Ook de 'schakeltaken' van

wijkverpleegkundigen, zoals die nu in projecten van de 'Zichtbare Schakel' worden ingezet, behoren onder de aanspraak.

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft deze nieuwe aanspraak in de Zvw, op basis van de uitgangspunten in het regeerakkoord, beschreven. De verpleegkundige zorg kan binnen de Zvw geleverd worden wanneer een medische diagnose, gesteld door de huisarts of de medisch specialist, aan de orde is. De verpleegkundige kan daarbinnen de aard, inhoud en omvang, oftewel de indicatiestelling, van de nodige verpleegkundige zorg vaststellen.

Bekostigingsmodel Populatiebekostiging

In dit model is de bekostiging gebaseerd op een gemiddeld bedrag per verzekerde. De zorgverzekeraar koopt vervolgens voor zijn populatie de thuisverpleging in. Het tarief wordt bepaald aan de hand van huidige macrokosten voor verpleging, omgeslagen in een bedrag per verzekerde. Dit tarief kan vervolgens gedifferentieerd worden naar populatiekenmerken en kan aangevuld worden met een laag voor uitkomstbeloning.

De analyse van deze bekostigingsvorm levert een beeld op van de voor- en nadelen van populatiebekostiging als bekostigingsmodel voor thuisverpleging bij overheveling naar de Zvw.

Voor de zorgverlening en inrichting van de beschikbaarheid van het zorgnetwerk in de wijk brengt dit systeem veel voordelen met zich mee. Integrale, doelmatige zorglevering en het tot stand brengen van samenwerking in de wijk gaat goed samen met deze wijze van bekostiging. Ook zijn de uitgaven aan verpleging bij dit systeem goed voorspelbaar. De nadelen van dit systeem zitten onder andere in de tariefstelling en de zorginkoop voor eigen verzekerden. De tariefsoort is een lastig vraagstuk. Het hanteren van een gereguleerd max-max tarief brengt knelpunten met zich mee vanwege de sterke spreiding van de zorgvraag. Ook het hanteren van een vrij tarief brengt nadelen met zich mee. Tot slot verloopt de zorginkoop en de manier waarop zorgaanbieders moeten concurreren op andere wijze dan bedoeld in het zorgverzekeringsstelsel. Het belangrijkste verschil met de gebruikelijke vormen van bekostiging binnen de Zvw is dat niet het zorggebruik leidend is voor de vergoeding. Dit veroorzaakt een risico op onderbehandeling. Daarnaast leiden de andere uitgangspunten tot een andere werking van het systeem. Ex ante contractering van aanbieders lijkt bijvoorbeeld noodzakelijk en voor restitutievergoedingen moet specifiek beleid worden vastgesteld. Gevolg hiervan is bijvoorbeeld dat er sprake is van zeer beperkte keuzevrijheid voor de verzekerden.

Bekostigingsmodel Integrale prestaties

Deze bekostigingsvariant is gebaseerd op integrale prestaties thuisverpleging die op patiëntniveau worden gedeclareerd conform de principes van prestatiebekostiging. De prestaties variëren naar zorgzwaarte van de patiënt en bevatten een totaalpakket aan thuisverpleging en de daarmee verbonden persoonlijke verzorging. Ook dit tarief bestaat uit twee lagen: een basislaag voor de integrale prestatie waarbij een module is inbegrepen voor de beschikbaarheid van schakeltaken en daarmee de infrastructuur in de wijk. Ook dit model kent een aanvullende laag met een tarief voor uitkomstbeloning.

De analyse van deze bekostigingsvorm levert een beeld op van de voor- en nadelen van prestatiebekostiging als bekostigingsmodel voor thuisverpleging bij overheveling naar de Zvw. Deze variant maakt een eenvoudige bekostiging mogelijk, gebaseerd op een beperkt aantal

prestaties die op patiëntniveau in rekening kunnen worden gebracht. De zorginkoop door zorgverzekeraars, concurrentie tussen zorgaanbieders en keuzevrijheid van verzekerden zijn daarmee gelijk aan de overige vormen van eerstelijnszorg. Nadelen die aan deze bekostiging kleven liggen voornamelijk op het vlak van het creëren van een wijkinfrastructuur voor beschikbaarheid en schakeltaken van de wijkverpleegkundige. Daarnaast vergt het vaststellen van een eenvoudige prestatiestructuur met kostendekkende tarieven nader onderzoek. Daarmee is een reëel risico voor dit traject dat invoering van deze bekostigingssystematiek per 1 januari 2015 te vroeg is, afhankelijk van eventuele knelpunten bij de verdere ontwikkeling van prestaties. Indien geen voldoende onderscheidende prestaties worden ontwikkeld, bestaat tevens een risico tot upcoding. Tot slot bestaat in 2015 en 2016 (wanneer verzekeraars nog niet risicodragend zijn) een risico op volumegroei indien niet in een systeem van macrobeheersing wordt voorzien.

Openstaande vraagstukken

Bij de Hervorming Langdurige Zorg zijn een aantal zorgvormen waarvan nog niet geheel duidelijk is hoe deze verzekerd en bekostigd zullen worden. Van een aantal prestaties in de huidige extramurale AWBZ-zorg (ADL-assistentie, Nachtverpleging en Behandeling) is nog niet zeker of en wanneer deze worden overgeheveld naar de Zvw. Dit geldt tevens voor enkele 'rafelranden', namelijk intensieve kindzorg en palliatieve zorg, waarover nog discussies gaande zijn. Ten slotte is het essentieel dat artikel 5 van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg aangepast wordt voor het vaststellen van zelfstandige prestaties verpleging in de Zvw door de NZa.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (de minister) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) gevraagd om advies uit te brengen over de overheveling van de extramurale verpleging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) (zie bijlage A).

Vanaf 2015 zal de extramurale verpleging niet meer vanuit de AWBZ, maar vanuit de Zvw bekostigd worden, zo stelt het Regeerakkoord. De huidige indicatiestelling vervalt en de patiënt krijgt meer zorg op maat en in de buurt waardoor deze langer thuis kan blijven wonen. Tevens geeft het Regeerakkoord aan dat voor de jaren 2015 en 2016 een hoofdlijnenakkoord wordt gesloten met zorgverzekeraars, waarin het budgetplafond voor de uitvoering van de functies verpleging en het tempo van opbouw van de risicodragendheid van zorgverzekeraars wordt vastgelegd. Vanaf 2017 zullen zorgverzekeraars risicodragend zijn.

Dit consultatiedocument vormt de eerste stap in het definitieve advies dat wij schrijven. In dit consultatiedocument presenteren wij de eerste analyses en conclusies voor de toekomstige bekostiging van extramurale verpleging in de Zvw. Aan deze conclusies kunnen geen rechten worden ontleend. De uitkomsten van de consultatie worden meegewogen in de definitieve uitvoeringstoets die naar verwachting in oktober 2013 gepubliceerd wordt.

1.2 Opdracht

Vanaf 2015 zal sprake zijn van een nieuwe aanspraak 'thuisverpleging' en wordt omschreven als '*zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden in verband met geneeskundige zorg*'. Naast de huidige extramurale verpleging uit de AWBZ zal ook een deel van de huidige persoonlijke verzorging (PV) in de AWBZ een plaats krijgen binnen de Zvw. Daarnaast zal wijkverpleegkundige zorg deel uitmaken van de Zvw. Dit alles dient een plaats te krijgen binnen de bekostiging van de Zvw.

De minister heeft enkele beleidsmatige uitgangspunten opgesteld voor de bekostiging van de thuisverpleging en deze worden hier kort benoemd:¹

- De bekostiging van thuisverpleging dient te voorzien in een populatiegebonden deel. Hieronder wordt verstaan dat (een deel van) de bekostiging plaatsvindt op basis van populatiekenmerken die voldoende bepalend zijn voor de zorgvraag.
- Binnen de bekostiging dient ruimte te zijn voor aanvullende beloningsafspraken op basis van (gezondheids)uitkomsten.
- De bekostiging dient tevens een verschuiving te bevorderen van professionele zorg naar zelf- en mantelzorg en van specialistische zorg naar minder complexe zorg.
- Met de nieuwe bekostiging wordt beoogd de volumeprikkels, die in de huidige bekostiging van extramurale verpleging is verweven door iedere handeling te koppelen aan een tarief, weg te nemen.

¹ Voor de volledige aanvraag van de minister zie bijlage A: Brief aanvraag uitvoeringstoets bekostiging thuisverpleging

- De samenwerking tussen de eerstelijns zorgaanbieders en aanbieders in het sociale domein zou bij voorkeur een plek moeten krijgen in de bekostiging door het bijvoorbeeld als voorwaarde aan een tarief of prestatie te koppelen.

De minister heeft ons gevraagd om twee modellen voor bekostiging uit te werken. Het gaat om de volgende twee modellen:

- **Model 1. Bekostigingsmodel op basis van integrale prestaties**
In dit model zal thuisverpleging bekostigd worden op basis van patiëntvolgende, integrale prestaties. De wijze van bekostigen wordt afgeleid van de bekostigingssystematiek die vanaf 2014 zal gelden voor de 'basisGGZ'. Het betreft een vorm van bekostiging op basis van een beperkt aantal integrale zorgpakketten. Deze te definiëren zorgpakketten binnen de aanspraak thuisverpleging omvatten het geheel aan werkzaamheden dat een verpleegkundige in de thuissituatie uit kan voeren. Ook persoonlijke verzorging (PV) is daarmee onderdeel van de zorgpakketten in de Zvw, voor zover deze onlosmakelijk verbonden is met verpleging.
- **Model 2. Bekostigingsmodel op basis van populatiebekostiging**
In dit bekostigingsmodel wordt ex ante op basis van populatiekenmerken bepaald welk bedrag voor een bepaalde populatie wordt besteed aan de thuisverpleging. Dit in tegenstelling tot het model op basis van integrale prestaties, waarbij de bekostiging gekoppeld is aan de feitelijke levering van zorg. Ook bij dit model moet gelden dat ruimte is voor het belonen van uitkomsten.

Transitiemodel

Indien de invulling van de vorm van bekostiging meer tijd vergt dan beschikbaar is om te komen tot overheveling naar de Zvw in januari 2015, is gevraagd om een transitie-model op te stellen waarbij de nieuwe aanspraak 'thuisverpleging' in de Zvw wordt bekostigd op basis van de huidige prestaties in de AWBZ.

Dit consultatiedocument richt zich op de toekomstige bekostigingsmodellen op basis van integrale prestaties en op basis van populatiebekostiging. In onze uitvoeringstoets voor de minister zal aandacht besteed worden aan een model voor deze transitiefase. Belanghebbende partijen worden in een later stadium – indien een transitiefase noodzakelijk blijkt – actief betrokken bij verdere uitwerking van het model voor de transitiefase. Dit is een gebruikelijke werkwijze.

Randvoorwaarden

De minister heeft enkele randvoorwaarden gesteld waarmee wij bij het opstellen van het advies rekening moet houden:

- De overheveling verloopt budgettair neutraal (vanaf 2017 volgt een korting van € 30 miljoen).
- De overheveling vindt plaats per 1 januari 2015.
- Er gelden adequate prikkels voor kwaliteit en doelmatigheid van zorg.
- Er zijn adequate waarborgen voor de toegankelijkheid van zorg.
- Er is voldoende keuzevrijheid voor de verzekerde.
- Macro budgettaire beheersbaarheid is gewaarborgd.
- Abrupte veranderingen in opbrengsten voor aanbieders als gevolg van wijziging van het bekostigingsstelsel (systeemrisico's) worden voorkomen.
- Er is adequate aansluiting op de bekostiging van de zorg in andere domeinen of onderdelen van de zorg zodat mogelijke afwenteling van

kosten wordt voorkomen en samenwerking tussen de verschillende aanbieders wordt gestimuleerd.

Daarnaast verzoekt de minister om de voor- en nadelen van de geschetste modellen in de Zvw te benoemen. Hierbij is het van belang om te weten wat de effecten van de modellen zijn op onder andere de volgende onderdelen:

- positie van de verzekerde/patiënt;
- mogelijkheid van sturing door zorgverzekeraars;
- transparantie van kwaliteit;
- afbouw van zorg;
- administratieve lasten;
- welke effecten hebben de modellen op de diverse aanbieders in een wijk; ziet het speelveld van zorgaanbieders er straks als gevolg van een nieuwe bekostiging anders uit?;
- de onafhankelijkheid (van de eigen organisatie) van de wijkverpleegkundige.

1.3 Opbouw consultatiedocument

In dit consultatiedocument presenteren wij de uitkomsten van de eerste analyses die zijn uitgevoerd.

Hoofdstuk 2 beschrijft de huidige situatie van de extramurale verpleging binnen de AWBZ en Zvw en de ontwikkelingen daarin. Hoofdstuk 3 gaat in op de toekomstige situatie met de nieuwe aanspraak thuisverpleging en de indicatiestelling in de Zvw vanaf 1 januari 2015.

Hoofdstuk 4 en 5 gaan in op de modellen voor de bekostiging van de thuisverpleging in de Zvw. Deze modellen worden getoetst aan bovenstaande uitgangspunten en randvoorwaarden.

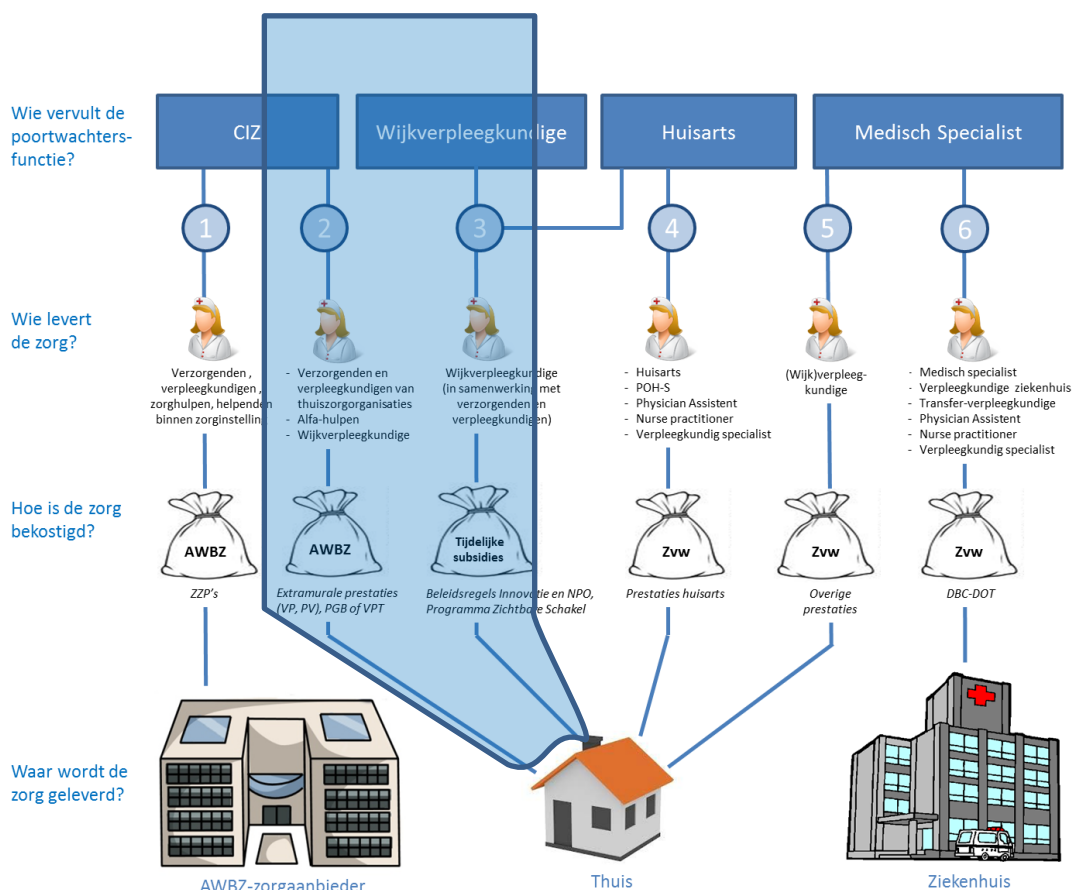
Hoofdstuk 6 bevat enkele openstaande vraagstukken die belangrijk zijn voor de toekomst.

2. Huidige situatie

Zowel binnen de AWBZ als in de Zvw wordt extramurale verpleging geleverd. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de verschillende vormen van extramurale verpleging en de bijbehorende wijze van bekostiging in de huidige situatie.

De manier waarop verpleegkundige zorg momenteel wordt bekostigd is weergegeven in figuur 1. Hierin is tevens aangegeven wat de reikwijdte is van de overheveling naar de Zvw (blauw vlak): het betreft de extramurale verpleging die op dit moment uit de AWBZ wordt bekostigd en (wijk)verpleging op basis van tijdelijke subsidies (situaties 2 en 3).

Deze vormen van extramurale verpleging hebben raakvlakken met extramurale verpleging die reeds onder de Zvw vallen (situaties 4 en 5). Het is de bedoeling dat al deze vormen van verpleging na de overheveling naar de Zvw onder één aanspraak komen te vallen. Deze aanspraak 'thuisverpleging' zal naast verpleging ook de verzorgende activiteiten omvatten die hier onlosmakelijk mee zijn verbonden. Op de inhoud van de aanspraak wordt nader ingegaan in Hoofdstuk 3.



Figuur 1: Overzicht extramurale verpleging

Leeswijzer

Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd. Paragrafen 2.1 en 2.2 beschrijven respectievelijk voor de AWBZ en de Zvw om welke extramurale verpleegkundige zorg het gaat. Ook komt de werking van de huidige bekostiging binnen de AWBZ en Zvw aan bod.

2.1 Extramurale verpleging in de AWBZ

2.1.1 Prestaties in de AWBZ

In de AWBZ bestaan verschillende vormen van extramurale verpleging die zijn neergelegd in prestaties. Hieronder worden deze beschreven.

De aanspraak op AWBZ zorg

Voordat verpleging op basis van de AWBZ geleverd kan worden, is een indicatie nodig van het CIZ.² De indicatie geeft de zorgbehoefte van de cliënt weer in een AWBZ-aanspraak. De extramurale aanspraak wordt gedefinieerd in functies en klassen. De functie geeft de vorm van zorg aan (zoals in tabel 1 hieronder aangegeven). De klasse en bandbreedte bepaalt de benodigde tijd per week (zie ook Bijlage B). De zorg kan thuis geleverd worden door verzorgenden en (wijk)verpleegkundigen, die zelfstandig (ZZP'er) of werkzaam bij een zorgaanbieder zijn.

Voor zover deze zorg onlosmakelijk is verbonden met verpleging, wordt in de nieuwe situatie ook Persoonlijke Verzorging (PV) overgeheveld naar de Zvw. Dit betekent dat van de huidige AWBZ prestaties 'PV Speciaal' geheel wordt overgeheveld. Van de overige prestaties 'PV' wordt slechts een gedeelte overgeheveld. De overige PV wordt onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) gebracht, het gemeentelijke domein.

Tabel 1: omschrijving van de functies VP en PV (prestaties)

Prestatie VP	Beschrijving
<i>Verpleging (basis)</i>	Verheldering van de gezondheidsproblematiek van de cliënt in verpleegkundige termen en hierop aansluitend de nodige verpleegkundige interventies uitvoeren. VP-basis bevat tevens enige begeleiding en kan enige PV bevatten, voor zover die direct samenhangt met het verpleegkundig werk bij de cliënt.
<i>Verpleging extra</i>	VP-extra voorziet in een vergoeding van de beschikbaarheid, zodat uitvoerende beroepskrachten oproepbaar zijn.
<i>Gespecialiseerde verpleging</i>	Naast de basisverpleging ook het verrichten van gespecialiseerde verpleegkundige handelingen.
<i>Verpleging AIV</i>	Advies, instructie en voorlichting (AIV) is een vorm van kortdurende zorg, en wordt gekenmerkt door enkele consulten per cliënt per jaar. Het betreft consultatiewerk van (gespecialiseerde) verpleegkundigen; niet direct gekoppeld aan andere verzorgende of verpleegkundige handelingen.
<i>Verpleging zorg op afstand aanvullend</i>	Naast de bekostiging van de directe zorgcontacttijd kunnen zorgaanbieders die (een deel van) deze contacttijd als Zorg op afstand hebben afgesproken, een vergoeding declareren.

Prestatie PV	Beschrijving
<i>Persoonlijke verzorging (PV) (basis)</i>	PV-basis omvat hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen en hulp bij beperkingen op het vlak van zelfverzorging. Bevat ook advies, instructie en voorlichting aan de cliënt die in directe relatie staan met de persoonlijke verzorging.
<i>PV- extra</i>	PV-extra voorziet in een vergoeding van beschikbaarheid, zodat uitvoerende beroepskrachten oproepbaar zijn.
<i>PV- speciaal</i>	Naast de basis persoonlijke verzorging ook het verrichten van gespecialiseerde activiteiten die vaak verweven zijn met verpleegkundige handelingen.
<i>PV-zorg op afstand aanvullend</i>	Zie verpleging zorg op afstand aanvullend.
<i>PV- farmaceutische telezorg</i>	Naast de bekostiging van de zorgcontacttijd kunnen zorgaanbieders voor de farmaceutische telezorg een vergoeding declareren.

² Met uitzondering van de prestatie AIV, deze kan geleverd worden zonder een CIZ-indicatie maar met verwijzing van de huisarts.

Wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige levert nu naast de (CIZ) geïndiceerde AWBZ-zorg ook niet-geïndiceerde zorg, de zogenaamde 'schakeltaken'. De zorg geleverd door de wijkverpleegkundige is op dit moment in de AWBZ niet nadrukkelijk vervat in een prestatie. De afgelopen jaren kon deze zorg geleverd worden via de projecten van 'Zichtbare Schakel' (zie toelichting hieronder bij 'Bekostiging wijkverpleegkundige').

2.1.2 Wijze van bekostiging in de AWBZ

De AWBZ kent een specifieke bekostigingswijze. Deze wordt hieronder geschetst. Voor de inkoop van AWBZ-zorg wordt jaarlijks door VWS een landelijke contracteerruimte vastgesteld. De contracteerruimte wordt gebaseerd op die van het jaar ervoor, aangevuld met een 'groeiruimte' en kortingen of toevoegingen in verband met specifieke beleidswijzigingen. Op aanwijzing van VWS verdeelt de NZa deze contracteerruimte over 32 zorgkantorregio's.

De zorgkantoren hebben zo jaarlijks een financieel kader waarmee de benodigde zorg voor de regio kan worden ingekocht. Dit gebeurt door zorgaanbieders te contracteren en een te verwachten omzet af te spreken. De omzet wordt gedefinieerd in productieafspraken: vormen van te leveren zorg tegen een bepaald tarief. Over deze productieafspraken worden jaarlijks onderhandelingen gevoerd tussen zorgkantoren en zorgaanbieders. De uitkomsten van deze onderhandelingen worden vervolgens door de NZa vastgesteld. De tarieven per prestatie kunnen niet hoger zijn dan de door de NZa aangegeven maximale beleidsregelwaarden.³ Tevens toets de NZa het totaal van de voor een jaar gemaakte productieafspraken aan de beschikbare contracteerruimte. Het Budgettair Kader Zorg (BKZ, contracteerruimte plus overige beschikbare middelen) mag niet overschreden worden.

De zorg wordt vervolgens door de zorgaanbieder gedeclareerd bij het zorgkantoor in uren per functie (per prestatie) op cliëntniveau. Indien een zorgaanbieder uiteindelijk meer zorg heeft geleverd dan afgesproken, komt deze 'overproductie' niet voor vergoeding in aanmerking. Op deze wijze wordt voorkomen dat de beschikbare contracteerruimte alsnog wordt overschreden.

Bekostiging wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige zorg wordt, naast de zorg die wordt geleverd via de reguliere extramurale AWBZ-prestaties, via tijdelijke subsidies bekostigd.

– NZa-beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties'
Deze beleidsregel maakt het voor zorgaanbieders en zorgkantoren mogelijk om afspraken te maken over nieuwe zorgprestaties binnen de AWBZ. Deze beleidsregel is alleen van toepassing als het experiment niet onder het NPO valt maar wel binnen de reikwijdte van de Wmg en tot het AWBZ domein behoort. Voor deze toetsing consulteert de NZa het CVZ. Een experiment duurt maximaal drie jaar, met een mogelijkheid tot verlenging. Na de experimenteerperiode wordt bekeken of een nieuwe zorgprestatie toegevoegd moet worden.

– NZa-beleidsregel 'Nationaal Programma ouderenzorg' (NPO)
Deze beleidsregel is bedoeld voor kortdurende, kleinschalige experimenten die starten vanuit de AWBZ-zorg en gericht zijn op ouderen met een complexe zorgvraag. Een AWBZ-zorgaanbieder kan

³ Opgenomen in de Beleidsregel 'Tarieven en prestatiebeschrijvingen extramurale AWBZ-zorg'

samen met een zorgkantoor aanspraak maken op de beleidsregel als de geleverde zorg onderdeel is van een van de projecten van het NPO. ZonMw coördineert het programma in opdracht van het ministerie van VWS.

– NZa-beleidsregel ‘Ketenzorg Dementie’

De Beleidsregel ketenzorg dementie is bedoeld voor experimenten met AWBZ-zorg die is gericht op dementerende cliënten. De experimenten moeten de Leidraad Ketenzorg Dementie volgen.

– Programma ‘Zichtbare Schakel’

Een deel van de huidige inzet van de wijkverpleegkundige bij niet-geïndiceerde zorg, de schakeltaken, werd via het programma Zichtbare Schakel gefinancierd. Voor de jaren 2013 en 2014 zijn de structurele gelden (€ 10 miljoen per jaar) via een decentralisatie-uitkering voor de lopende ‘Zichtbare Schakelprojecten’ beschikbaar gesteld aan de gemeenten.⁴ Nieuwe instroom van projecten in het programma ‘Zichtbare Schakel’ is niet meer mogelijk.

2.2 Extramurale verpleging in de Zvw

2.2.1 Prestaties in de Zvw

In de huidige Zvw bestaat extramurale verpleging als onderdeel van huisartsenzorg en als verpleegkundige zorg thuis via de medisch specialist (MSVT).

Verpleging als onderdeel van huisartsgeneeskundige zorg

Indien de huisarts zelf verpleegkundige zorg indiceert die onder zijn eigen verantwoordelijkheid geleverd kan worden en de huisarts deze zorg ook zelf declareert, valt deze zorg onder de Zvw.

De verpleegkundige zorg wordt geleverd door de huisarts of door personeel onder verantwoordelijkheid van de huisarts, zoals een POH-S (praktijkondersteuning huisartsen somatiek), een verpleegkundig specialist (VS), nurse practitioner of een physician assistant.

Medisch-specialistische verpleging thuis (MSVT)

In 2006 is in de Zvw opgenomen dat verpleging die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg, ook thuis geleverd mag worden. Als gevolg hiervan konden verpleging bekostigd vanuit de AWBZ en verpleging bekostigd vanuit de Zvw naast elkaar bestaan. Immers, de verpleging die werd geleverd op basis van een CIZ-indicatie kon tevens noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg thuis. De CIZ-indicatieregels zijn pas later aangepast, zodat het niet langer mogelijk was om een CIZ-indicatie te krijgen voor MSVT. In 2009 heeft de NZa vervolgens ambtshalve de MSVT-prestatie vastgesteld. Het tarief voor de MSVT is afgeleid van de AWBZ prestatie H106 ‘gespecialiseerde verpleging’. Bij de overheveling van de AWBZ verplegingsprestaties naar de Zvw ligt het niet langer voor de hand om verschillende prestaties te hanteren.

MSVT betreft verpleging die in de basis door alle aanbieders van verpleegkundige zorg, zoals verpleegkundigen die bieden, kan worden geleverd. De medisch specialist is eindverantwoordelijk voor de door hem/haar ingezette zorgverlening en bepaalt of de betreffende patiënt in aanmerking komt voor de betreffende behandeling in de thuissituatie.

⁴ VWS brief met kenmerk DLZ/KZ/U-3115131

De MSVT wordt hoofdzakelijk geleverd door zorgaanbieders die ook de AWBZ verpleging leveren.⁵

Casemanagement

Casemanagement is een systematische werkwijze die toegepast wordt bij patiënten waar de zorgvraag hier aanleiding toe geeft. Daarbij overstijgt de inhoudelijke en organisatorische complexiteit de reguliere zorgverlening en is de regelcapaciteit van de patiënt en zijn systeem, gezien de situatie, te laag. Casemanagement coördineert de zorg vanuit de behoefte van de patiënt. Casemanagement is onder voorwaarden onderdeel van de te verzekeren prestatie in het kader van de Zvw en tevens onderdeel van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'. Daarmee moet casemanagement onderdeel worden van de reguliere bekostiging van verpleegkundige zorg (thuisverpleging).

In de praktijk lopen zorgaanbieders tegen het probleem aan dat de zorg zowel onderdeel is van verpleegkundige zorg (AWBZ) als onderdeel is van de Zvw-duiding door het CVZ. Deze spagaat komt tot uiting in een aantal innovatietrajecten met betrekking tot specifieke vormen van casemanagement (voor specifieke patiëntengroepen) die zowel in de AWBZ als de Zvw plaatsvinden. De overheveling van extramuraal verpleegkundige zorg naar de Zvw maakt een einde aan deze onduidelijkheid.

2.2.2 Wijze van bekostiging in de Zvw

Verzekeraars concurreren met elkaar om de gunst van de verzekerde door goede zorg en service te leveren tegen een zo laag mogelijke premie. De zorgverzekeraar koopt zorg in bij zorgaanbieders om aan zijn verzekerden te verlenen, of vergoedt zorg die de verzekerde van een zorgaanbieder ontvangen heeft. Zij hebben een belang om goede zorg tegen een goede prijs aan te bieden en dat zorgt weer voor een prikkel om efficiënter en klantgerichter te werken. De patiënt respectievelijk consument kan overstappen naar een andere zorgaanbieder en/of naar een andere zorgverzekeraar. De gedachte achter dit zorgstelsel is dat in plaats van de overheid, veldpartijen verantwoordelijk zijn voor goede zorg tegen zo laag mogelijke kosten. Zorgverzekeraars dienen hierin de regie te voeren.

In de Zvw bestaan veel verschillende zorgvormen. Dit betekent dat er ook vele verschillende manieren zijn waarop zorg wordt gefinancierd en bekostigd. Omdat extramurale verpleging eerstelijnszorg betreft, besteden we met name aandacht aan de wijze waarop zorg in de thuissituatie wordt bekostigd. Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) geeft namelijk in het document 'Extramurale verpleging en (deels) persoonlijke verzorging in de Zvw'⁶ aan dat 'huisarts en verpleegkundige een complementair team vormen, de as binnen de geïntegreerde eerstelijnszorg'.

Bekostiging eerstelijnszorg

De eerstelijnszorg kent diverse bekostigingsvormen. De huisartsgeneeskundige zorg wordt bekostigd via een inschrijftarief per ingeschrevene per kwartaal. Daarnaast zijn verrichtingen, consulten, modules en ANW-tarieven vastgesteld die per handeling of uur mogen worden gedeclareerd. Deze tarieven zijn gemaximeerd, met als uitzondering de modules, want deze hebben een vrij tarief.

⁵ De omzet aan MSVT geleverd door deze instellingen wordt door de zorgverzekeraars voor de jaren 2012 en 2013 respectievelijk ingeschat op bijna € 56 mln en € 53 mln.

⁶ Zie bijlage C. In hoofdstuk 3 wordt nader ingegaan op de omschrijving van de aanspraak thuisverpleging.

Verloskundige zorg wordt bekostigd door abonnementsprestaties met maximum tarieven, inschrijftarieven en verrichting met maximum tarieven en mogelijkheden voor toeslagen.

De eerstelijnszorg kent tevens een aantal vormen van ketenzorg. Multidisciplinaire zorgverlening kan bij een aantal chronische aandoeningen (DM type II, VRM, COPD) met een aparte prestatie bekostigd worden. Daarvoor moet aan een aantal voorwaarden zijn voldaan. Zo moet onder andere een zorgstandaard met bepaalde criteria zijn vastgesteld. Voor het declareren van ketenzorg is een van de methoden, veelal gebruikt door zorggroepen, de integrale bekostiging (de zogenaamde keten-DBC) met een bijbehorend ketentarief. Een andere vorm voor bekostiging van samenwerking en coördinatie is het zogenoemde 'koptarief', de Geïntegreerde EerstelijnsZorg (GEZ) module. Deze vorm wordt gekenmerkt door de declaratie van afzonderlijke prestaties van de afzonderlijke aanbieders. Er geldt een vrij tarief voor beide bekostigingsvormen.⁷

Verpleegkundige zorg die wordt geleverd onder verantwoordelijkheid van een huisarts kan anno 2013 worden bekostigd op verschillende wijzen. Op basis van reguliere huisartsenbekostiging of via integrale bekostiging van ketenzorg voor specifieke groepen van chronisch zieken.

Medisch specialistische verpleging thuis (MSVT) is rechtstreeks declarabel bij zorgverzekeraars. Voor zover de verpleging niet reeds onderdeel is van een DBC/DOT-product, vindt de declaratie plaats op basis van patiëntgebonden tijd (in eenheden van 5 minuten). Er zijn twee uitzonderingssituaties:

- Verpleging thuis die noodzakelijk is in verband met palliatieve terminale zorg. Bij samenloop valt dan alle verpleging onder de AWBZ. Deze uitzondering is niet gemaakt voor samenloop bij verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing.
- Verpleging thuis die kan worden aangemerkt als 'Intensieve kindzorg' komt altijd ten laste van AWBZ.

De zorgverleners in de Zvw declareren de prestaties op patiëntniveau, behorend bij de geleverde zorg, aan zorgverzekeraars of verzekerden.

Vrije prestaties binnen de zorg verleend door vrije beroepsbeoefenaren
Binnen de eerstelijnszorg zijn voor een aantal zorgvormen vrije prestaties geïntroduceerd. De zorgverzekeraar en zorgaanbieder kunnen gezamenlijk een verzoek indienen bij de NZa voor een prestatie die door hen is opgesteld. Vrije prestaties kennen qua bekostiging vrije tarieven.

Bekostiging overige zorgvormen

Hieronder staat van een aantal zorgvormen beknopt omschreven hoe de bekostiging is vormgegeven. Het gaat om vormen van zorg die gerelateerd kunnen zijn aan extramurale verpleging of waarvan de bekostiging als voorbeeld/inspiratie kan dienen.

⁷ Met de invoering van integrale bekostiging ketenzorg is er naast de inkoopmarkt tussen verzekeraar en de zorgaanbieder die de hoofdcontractant is, ook de inkoopmarkt tussen hoofdcontractant en zorgaanbieders, die onderaannemers zijn, ontstaan. De verzekeraar koopt de totale zorg in bij de hoofdcontractant. De hoofdaannemer is verantwoordelijk voor de inkoop van de onderaannemers en daarmee verantwoordelijk voor het voldoen aan de eisen die de verzekeraar voor de totale zorg stelt.

Bekostiging tweedelijns medisch specialistische zorg en GGZ

Vanaf 2012 is voor het grootste deel van de MSZ (medisch-specialistische zorg, zowel ziekenhuizen als zbc's) en de GGZ (geestelijke gezondheidszorg) sprake van prestatiebekostiging. De medisch specialistische zorg is in zijn geheel beschreven in prestaties, de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Een DBC betreft het geheel van prestaties van zorgaanbieders, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor een patiënt de zorgaanbieder consulteert. De vormgeving van deze prestaties wordt nog gereguleerd, zowel in het gereguleerde segment als in het vrije segment. De tarieven die gekoppeld zijn aan DBC's bestaan uit een kostendeel en een honorariumdeel. Het kostendeel is bedoeld om de instellingskosten van de zorg te dekken. Het honorariumdeel is bedoeld voor het honorarium van medisch specialisten. Voor de DBC's in het gereguleerde deel (A-segment) gelden voor alle partijen maximumtarieven; de vaste tarieven zijn afgeschaft. Voor het ziekenhuiskostendeel in het vrije segment (B-segment; nu circa 70% van de totale MSZ omzet) gelden vrije tarieven. Het honorariumdeel is voor zowel het A- als het B-segment nog steeds gereguleerd. De GGZ kent geen onderscheid naar gereguleerd en vrij segment. Alle zorg wordt bekostigd met maximumtarieven.

Basis GGZ (te introduceren per 2014)

Deze bekostiging wordt vormgegeven door een set van vier prestaties (Basis GGZ kort, Basis GGZ middel, Basis GGZ intensief en Basis GGZ chronisch) waarbinnen de hele 'generalistische' GGZ valt (eerstelijns GGZ en de kortdurende ambulante specialistische GGZ) met een maximum tarief.

Innovatie

De NZa-beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties' (zie ook 2.1.2) maakt het tevens (binnen de Zvw) mogelijk voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om afspraken te maken over nieuwe zorgprestaties.

3. Toekomstige situatie

3.1 Verpleging in de thuissituatie en de context van de Zorgverzekeringswet

De Zvw heeft een aantal kenmerken, die bepalend zijn voor de verdere invulling van de uitvoering door zorgverzekeraars. De inhoud van de Zvw, het verzekerde pakket, wordt bepaald door de minister/Tweede Kamer. Zorgverzekeraars mogen vervolgens zelf bepalen wie de zorg levert, met inachtneming van andere wettelijke regelingen zoals de Wet Beroepen individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Ook mogen ze in de polisvoorwaarden bepalingen opnemen over de plaats van zorglevering en aanvullende voorwaarden (zoals machtigingsvereisten). Zo spelen zorgverzekeraars een belangrijke rol bij het faciliteren en stimuleren van doelmatige zorglevering. Daarmee geeft de Zvw ruimte aan de zorgverzekeraars om voor hun verzekerden afspraken te maken voor de meest optimale zorglevering, waardoor de zorgkosten in de hand worden gehouden. Geen aansluitende zorglevering, hiaten in zorglevering of zelfs dubbele kosten door overlappende zorglevering is voor patiënten en voor de zorgverzekeraars niet wenselijk en kan voor een patiënt zelfs schadelijk zijn.

Via de beoordeling van zorg aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' beoordeelt CVZ of zorg effectief is, want alleen dan kan de zorg onderdeel uitmaken van de te verzekeren prestaties in de Zvw ('het basispakket'). Zo heeft CVZ in zijn standpunt van 25 maart 2011 aangegeven, dat casemanagement alleen effectief is als sprake is van een geformaliseerde en gestructureerde samenwerking, waaraan alle betrokken partijen zich hebben verbonden.

De Zvw gaat uit van een individueel recht op zorg, voor zover men daar 'redelijkerwijs op aangewezen is'. Deze bepaling maakt dat sprake moet zijn van een doelmatige inzet van zorg. Professioneel handelen vergt dat zorgaanbieders hun zorgverlening op elkaar afstemmen en, waar nodig, elkaar informeren over hun handelen. Van de patiënt en diens omgeving, mag inzet gevraagd worden bij de planning rondom het oplossen van zijn eigen zorgvragen. Niet alle patiënten krijgen dit voor elkaar. Daar waar patiënten hulp bij coördinatie, voorlichting, begeleiding en ondersteuning nodig hebben, kan dat op maat gegeven worden door een zorgaanbieder.

Coördinatie, begeleiding, signalering van hulpvragen, ondersteuning, casemanagement en preventieve taken: deze zorgonderdelen vallen allemaal binnen zorg zoals verpleegkundigen hun professie uitoefenen, naast verpleegtechnische activiteiten en verzorging. De overheveling van de verpleging uit de AWBZ naar de Zvw creëert daarom veel kansen voor betere zorgafspraken. De positie van de verpleegkundige in de Zvw, met 'schakeltaken', maakt een zorgcontinuüm beter mogelijk als de verpleegkundige én geneeskundige zorg noodzakelijk is bij een patiënt.

Het doel is om per 1 januari 2015 artikel 2.11 Besluit zorgverzekering (Bzv) als volgt te wijzigen:

"Naast de in artikel 2.10 bedoelde verpleging en verzorging, omvatten verpleging en verzorging tevens zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg."

In de aanvraag van de minister⁸ wordt de nieuwe aanspraak 'thuisverpleging', geduid aan de hand van een conceptnotitie 'Extramurale verpleging en (deels) persoonlijke verzorging in de Zvw' van het CVZ van 4 september 2013. Hieronder wordt kort de nieuwe aanspraak ontrafeld zodat duidelijk wordt welke prestatieregulering nodig is. Immers, de taal van aanspraken en prestatieregulering moeten op elkaar aansluiten. De conceptnotitie van het CVZ is in zijn geheel opgenomen in bijlage C.

In verband met geneeskundige zorg

'Geneeskundige zorg' vervangt de huidige aanspraakbeschrijving 'medisch specialistische zorg'. Het CVZ zegt hierover het volgende: *"Door 'geneeskundige zorg' op te nemen, is het duidelijk dat het gaat om verpleegkundige zorg die samenhangt met de zorg van de medisch specialist óf met de zorg van de huisarts (over het algemeen de primaire behandelaren). De verwijzing naar 'geneeskundige zorg' lost de huidige paradoxale situatie op, dat bij samenhang met de medisch specialistische zorg de verpleegkundige zorg onder de Zvw valt en bij samenhang met de huisartsenzorg onder de AWBZ".*

Het CVZ geeft aan dat de verpleegkundige niet solistisch gaat opereren, maar onderdeel is van de bredere eerstelijnszorg en daar een generalistische rol samen met de huisarts vervult. Daarnaast zegt het CVZ dat de behoefte aan verpleegkundige zorg voortvloeit uit een ziekte/aandoening/beperking (of een hoog risico hierop). De verpleegkundige is niet (BIG-) bevoegd tot het stellen van deze diagnoses. De diagnose hiervan is, kortweg, voorbehouden aan de huisarts of medisch specialist.

Voor het al dan niet verder afbakenen van de groep geneeskundigen (huisarts, medisch specialist, bedrijfsarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderen geneeskunde of profielarts Jeugdgezondheidszorg als voorbeelden) staat het een zorgverzekeraar vervolgens vrij om hier nader invulling aan te geven in de polisvoorwaarden.

Zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden

Door te verwijzen naar 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' valt het totale werkterrein met zorgactiviteiten voor het beroepsarsenaal van de verpleegkundigen onder de Zvw. Niet alleen de verpleegkundige handelingen zelf (de zorgverlening), maar ook coördineren, signaleren van een mogelijk zorgvraag (inzet casemanagement), coachen (bijv. ondersteuning bij zelfmanagement) en preventieve taken vallen dan onder de aanspraak thuisverpleging. Op deze manier wordt aan de beroepsgroep overgelaten in richtlijnen en standaarden vast te leggen welke zorgonderdelen in het arsenaal van de diverse beroepsprofielen valt.

In de adviesaanvraag van de minister wordt tevens aangegeven dat wijkverpleegkundige zorg een nieuw onderdeel zal zijn van de Zvw⁹. *"Verpleegkundigen krijgen op deze manier de kans om te kunnen werken aan integrale zorg en samenhang in preventie, wonen, zorg en welzijn in de wijk.*

⁸ Zie bijlage A

⁹ Voor een uitgebreide invulling van de rol van de wijkverpleegkundige zie bijlage D – De wijkverpleegkundige.

De wijkverpleegkundige komt naast de huisarts te staan zodat ze in een gelijkwaardige relatie met elkaar de uitdaging van meer zorg in de buurt aan kunnen gaan." De bekostiging zal voor verpleegkundige zorg eigen betaaltitels krijgen. Dit neemt echter niet weg dat in het bekostigingsmodel voor thuisverpleging mogelijkheden moeten zijn verbinding te leggen met de toekomstige bekostiging van huisartsenzorg.

Persoonlijke verzorging

Persoonlijke verzorging die een verzekerde nodig heeft, valt onder de Zvw als deze verzorging 'nauw samenhangt' met de verpleegkundige zorg die de persoon krijgt, aldus het CVZ. Zij stellen dat de verpleegkundige beroepsgroep uit zal moeten werken wat de ijkpunten zijn voor het vaststellen van samenhang tussen verpleging en verzorging. Het CVZ is momenteel gezamenlijk met veldpartijen in overleg voor de afbakening van de persoonlijke verzorging binnen de aanspraak.

24-uurs beschikbaarheid

Net als bij noodzakelijke geneeskundige zorg zoals geleverd binnen de huisartsgeneeskundige zorg en de medisch specialistische zorg, moet verpleegkundige zorg - indien nodig - geleverd kunnen worden gedurende 7 dagen in de week, 24 uur per dag en 365 dagen per jaar. Hierbij is het aan de zorgaanbieders en zorgverzekeraars om hier adequate afspraken over te maken.

Casemanagement

Onder thuisverpleging vallen tevens de werkzaamheden die verpleegkundigen uitvoeren in het kader van casemanagement. De aanspraak thuisverpleging behelst daarmee tevens casemanagement. Het CVZ stelt daarbij dat: "Iedereen die 'bekwaam en bevoegd' is om de zorg te leveren, kan dit doen onder de basisverzekering".

3.2 Indicatiestelling

Anno 2013 wordt de indicatie voor thuisverpleging door het CIZ gesteld. In de Zvw is er geen zelfstandig bestuursorgaan die indicaties vaststelt.

Binnen de Zvw kan, conform de aanspraak die is vormgegeven door het CVZ, de verpleegkundige zorg alleen ingezet worden wanneer een medische diagnose aan de orde is. De behoefte aan verpleegkundige zorg vloeit dus voort uit een ziekte, aandoening of beperking. Vanwege de relatie van verpleging met geneeskundige zorg die in de aanspraak wordt gelegd, stelt de huisarts of de medisch specialist de diagnose en is de verpleegkundige hiertoe niet bevoegd. Het is vervolgens aan de verpleegkundige om de behoefte aan verpleegkundige zorg in de eigen omgeving van de verzekerde naar aard, inhoud en omvang te bepalen. Hiermee stelt hij/zij de indicatie voor thuisverpleging vast.

Vaststellen van de indicatie

Het CVZ geeft aan dat de verpleegkundige beroepsgroep moet vaststellen wat zij tot het eigen beroepsterrein/arsenaal rekent. Richtlijnen, standaarden en protocollen geven hier vervolgens duidelijkheid over. Omdat er geen centraal indicatieorgaan zal zijn, zal aan de hand daarvan de indicatie (inhoud en omvang van de verpleegkundige zorg thuis) gesteld moeten worden. De verpleegkundige dient dit zelf helder en toetsbaar te maken voor de zorgverzekeraar. De

zorgverzekeraar heeft overigens ook de taak en prikkel om te toetsen of hij alleen goede, doelmatige, verzekerde zorg vergoedt.

Daarnaast zal de beroepsgroep in standaarden en protocollen moeten uitwerken wat de ijkpunten zijn voor het vaststellen van de (nauwe) samenhang tussen verpleging en verzorging.

Het CVZ zegt hier verder over: *"Idealiter wordt een individueel zorgplan opgesteld waarin de bijdrage en rol van iedere betrokken zorgaanbieder worden beschreven en dat de leidraad vormt voor de zorgverlening in al haar facetten"*.

Moment van afstemming (wijk)verpleegkundige en huisarts

Over het moment van afstemmen tussen de (wijk)verpleegkundige en de huisarts zegt het CVZ het volgende: *"Het is echter niet zo, dat de verpleegkundige pas in actie kan komen, nadat de huisarts of medisch specialist een diagnose heeft gesteld. De verpleegkundige kan ook achter de voordeur van iemand komen, om eens poolshoogte te nemen. De verpleegkundige kan dit doen omdat zij bijvoorbeeld verontruste signalen heeft ontvangen over de gesteldheid van de persoon door iemand uit diens omgeving"*. Het CVZ stelt dat het aan de professionele deskundigheid van de verpleegkundige is, om te bepalen op welk moment de afstemming met de huisarts plaatsvindt. Dit kan vooraf, tijdens of nadat de verpleegkundige zorg geleverd is gebeuren. Deze afstemming moet er zijn om tot een complete, gefundeerde diagnose te komen en een eventueel behandel-/zorgtraject in gang te zetten.

3.3 Zorginkoop en macro budgettaire beheersing

3.3.1 Mogelijkheden zorginkoop

Per 2015 wordt de extramurale AWBZ-zorg naar verschillende domeinen overgeheveld. De thuisverpleging en een gedeelte van de persoonlijke verzorging wordt onder de Zvw gebracht. De overige extramurale dienstverlening (persoonlijke verzorging en begeleiding) wordt overgeheveld naar de Wmo. De zorg voor intramuraal geïndiceerde cliënten blijft gehandhaafd in de kern-AWBZ¹⁰. Dit vereist gestructureerde samenwerking tussen wijkverpleegkundigen, thuiszorgaanbieders in de Zvw, Wmo dienstverleners, huisartsen en tweedelijnszorg. Bijvoorbeeld bij de informatievoorziening aan de cliënt over verstrekking en zorgaanbod, dossiervorming, bij de indicatiestelling en doorverwijzing, en bij de coördinatie van zorg en ondersteuning van de cliënt.

De zorgverzekeraar is een belangrijke spil in de beschreven structuur van zorgverlening. In zijn zorginkoop moet hij nadrukkelijk aandacht besteden aan samenwerking binnen de eerstelijnszorg en tussen de verschillende domeinen. De NZa stelt geen eisen aan de organisatie of ordening van het zorgaanbod. Het is aan partijen om afspraken te maken over de coördinatie en samenwerking.

De transactiekosten gekoppeld aan de zorginkoop zullen in de toekomstige situatie toenemen, aangezien een zorgaanbieder met meerdere zorgverzekeraars contracten zal moeten afsluiten. In de

¹⁰ Straks geregeld via de nieuw wet langdurige intensieve zorg (LIZ)

huidige situatie hoeft een aanbieder met slecht één zorgkantoor een contract te sluiten.

3.3.2 Methoden macro budgettaire beheersing

In het verzoek van de minister is aangegeven dat verzekeraars per 2017 risicodragend zijn voor de thuisverpleging. Voor 2015 en 2016 geldt dat overschrijding van het budgettair kader bij de uitvoering van de functie verpleging nog niet voor risico komt voor de zorgverzekeraar.

Er worden in de curatieve sector op dit moment verschillende methoden gehanteerd om de macrokosten te beheersen:

- Tariefkorting;
- Omzetplafond;
- Macrobeheersinstrument (MBI);
- Convenant.

Deze methoden kunnen tevens in combinatie worden ingezet.

Tariefkorting

Een mogelijkheid om de kosten te beheersen is het opleggen van een tariefkorting. Dit kan echter pas in het jaar nadat de kosten zijn overschreden. Naast het tarief is echter ook de omvang van de gedeclareerde zorg bepalend voor kostenbeheersing. Aanpassing van het tarief is dan ook geen garantie dat een jaar later de kosten wel binnen het kader blijven.

Ex ante omzetplafond per zorgaanbieder

Bij een (ex ante) omzetplafond wordt vooraf per individuele zorgaanbieder bepaald tot welk bedrag een zorgaanbieder mag declareren bij een zorgverzekeraar. Indien zorgaanbieders meer declareren dan op basis van het omzetplafond is toegestaan moet het meerdere worden terugbetaald. De kosten zijn hiermee goed beheersbaar; een nadeel van deze methode is de administratieve lasten die het met zich meebrengt. Bovendien wordt hiermee de marktdynamiek bevroren. Een populaire, goedpresterende aanbieder kan immers niet meer zorg declareren en dus leveren dan afgesproken in het omzetplafond. De huidige wijze waarop de uitgaven in de AWBZ worden beheerst door de contracteerruimte is tevens een voorbeeld van een ex ante omzetplafond.

Ex ante omzetplafond voor een gehele sector (MBI)

Het MBI is een methode van kostenbeheersing waarbij op totaal sector niveau wordt vastgesteld welk bedrag voor een bepaalde vorm van zorg mag worden gedeclareerd. Dit is een wettelijk macro budgettair plafond geldend voor alle zorgaanbieders. Indien op macroniveau meer wordt gedeclareerd dan dit plafond aangeeft, worden alle aanbieders achteraf – bij wijze van *ultimum remedium* - naar rato van de overschrijding gekort.

Convenant

In een convenant kunnen VWS en veldpartijen onderling afspraken maken over welke zorg wordt geleverd en welke financiële middelen hiervoor beschikbaar zijn. In het Regeerakkoord is afgesproken dat voor de jaren 2015 en 2016 een hoofdlijnenakkoord wordt gesloten met zorgverzekeraars, waarin een budgetplafond voor de uitvoering van de functie verpleging en het tempo van opbouw van de risicodragendheid van zorgverzekeraars wordt vastgelegd. Vanaf 2017 zullen zorgverzekeraars risicodragend zijn. Een convenant geeft geen instrumenten om de afspraken af te dwingen. Een convenant geeft dan ook geen harde garanties met betrekking tot kostenbeheersing.

4. Bekostigingsmodel

Populatiebekostiging

In dit bekostigingsmodel wordt ex ante op basis van populatiekenmerken bepaald welk bedrag voor een bepaalde populatie wordt besteed aan de thuisverpleging. Dit in tegenstelling tot het model gebaseerd op integrale prestaties, waarbij de bekostiging gekoppeld is aan de feitelijke levering van zorg.

Consultatievragen:

- 1. Hoe ziet u ten algemene dit model van toepassing op de bekostiging van thuisverpleging?*
- 2. Hoe beoordeelt u de uitgangspunten van populatiebekostiging in het licht van het huidige zorgverzekeringsstelsel?*
- 3. Hoe beoordeelt u de wenselijkheid en effecten van tariefregulering (middels een max-max tarief) versus het vrijgeven van het tarief voor thuisverpleging?*
- 4. Heeft u ideeën bij de verdere invulling van uitkomstbeloning zoals voorgesteld in paragraaf 4.2.1?*
- 5. Hoe ziet u de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om tot goede zorginkoop te komen en de waarschijnlijkheid en wenselijkheid van de effecten zoals beschreven in paragraaf 4.2.2?*
- 6. Hoe ziet u de mogelijkheid om in het zorgaanbod de samenwerking tussen de verschillende domeinen te waarborgen?*
- 7. Welke mogelijkheden ziet u om de belemmerende factoren van dit model op te heffen?*
- 8. Hoe kijkt u aan tegen het kritische tijdpad voor invoering van dit model per 1 januari 2015?*

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komt een algemene beschrijving aan bod van de wijze waarop populatiegebonden bekostiging vorm kan worden gegeven. Het is voor het eerst dat de NZa specifiek adviseert over populatiegebonden bekostiging binnen de Zvw. Daarom komt in paragraaf 4.3 aan de orde op welke wijze populatiegebonden bekostiging qua uitgangspunten verschilt van de gebruikelijke wijze van bekostigen in de Zvw. De overige paragrafen geven een beeld van de vormgeving van deze bekostiging (4.2, 4.4) en van de effecten van de deze bekostiging (4.5).

4.2 Afbakening populatie

De kern van populatiegebonden bekostiging is dat de vergoeding van zorg wordt gekoppeld aan een populatie. Hiervoor moet duidelijk zijn wat de precieze populatie is om de vergoeding eraan te kunnen koppelen.

De Zvw regelt de wijze waarop consumenten zich kunnen verzekeren voor de financiële risico's van het gebruik van geneeskundige zorg. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk/verplicht voldoende en goede zorg voor zijn verzekerden te realiseren (zorgplicht). De combinatie van zorgplicht en verzekeringsplicht maakt dat de zorgverzekeraar de aangewezen partij is om per populatie afspraken te maken over de levering van verpleegkundige zorg. Voordeel is dat de zorgverzekeraar, conform de principes van de Zvw, grote verantwoordelijkheid en

uitvoeringsvrijheid heeft om voor zijn verzekerden de beste en meest doelmatige verpleegkundige zorg in te kopen. Zorgverzekeraars kunnen op deze wijze ook zelf een indeling maken in regio's voor de bekostiging.

De betaaltitel die past bij populatiegebonden bekostiging binnen de Zvw is een bedrag per verzekerde. Een verzekeraar maakt voor verzekerden precieze afspraken met zorgaanbieders over alle verpleegkundige zorg. Hoe verzekeraars dit vorm gaan geven is volledig aan hen.

Er zijn ook andere manieren denkbaar om een populatie te definiëren als basis voor de bekostiging. Door ook deze alternatieven te beschouwen wordt duidelijk waarom wij kiezen voor de optie om de verantwoordelijkheid voor de afspraken met de zorgaanbieders bij de verzekeraars te beleggen en dus voor een bedrag per verzekerde te kiezen.

Er zijn grofweg drie alternatieven.

- De inschrijving bij een aanbieder van thuisverpleging.
- De koppeling aan de populatie van de huisarts.
- Het definiëren van een budget per regio

De alternatieven staan hieronder beschreven.

- Inschrijving bij een aanbieder van thuisverpleging

Deze variant veronderstelt dat men zich gaat inschrijven bij een bepaalde zorgaanbieder voor thuisverpleging.

Een groot deel van de 20^{ste} eeuw was sprake van een vorm van inschrijving bij zorgaanbieders via het zogenaamde 'kruiswerk'. Het kruiswerk is ontstaan als liefdadigheidswerk. Het doel was de bestrijding van besmettelijke ziektes. Mensen konden lid worden van een kruisvereniging, waardoor ze zeggenschap hadden over de uitvoering van taken van de vereniging. Elke kruisvereniging gaf op zijn eigen manier invulling aan zijn taken. Lidmaatschap was een voorwaarde om zorg te ontvangen. Pas lid worden als je zorg nodig had was geen probleem. Oorspronkelijk kenden de kruisverenigingen geen enkele vorm van overheidsfinanciering.

In de loop der jaren zijn de oorspronkelijke taken uitgebreid met gezinszorg, consultatiebureau, kraamzorg, jeugdgezondheidszorg, voorlichting en preventie, wijkverpleging en verzorging. Met het uitbreiden van de taken nam ook de groei en diversiteit aan financieringen toe. Gemeentes en provincies verstrekten bijvoorbeeld subsidies aan kruisverenigingen. De grote groei was reden om centraal beleid te gaan voeren met betrekking tot de thuisverpleging. Daarom is tussen 1980 en 1990 het kruiswerk opgegaan in de landelijke AWBZ (thuiszorg) en de provincie (jeugdzorg).

Wat betreft de inschrijving per zorgaanbieder is een parallel te trekken met het inschrijftarief bij huisartsen. Huisartsenpraktijken krijgen per kwartaal een bedrag vergoed voor elke patiënt die bij een praktijk is ingeschreven. Dat is een werkbare variant, omdat het grootste deel van de Nederlandse bevolking is ingeschreven bij een huisarts. Bovendien bezoekt meer dan 70% van de bevolking minimaal eens per jaar de huisarts, met een gemiddelde frequentie van vier maal per jaar (over de hele bevolking)¹¹. Dat betekent dat niet alleen het merendeel van de bevolking vrijwillig ingeschreven is, maar dat ook dat een groot deel van de ingeschreven patiënten gebruik maakt van deze zorg. Thuisverpleging is slechts van toepassing op een specifiek en geringer deel (<1%) van de

¹¹ Bron: CBS Statline

bevolking. Daarmee lijkt algehele, vrijwillige inschrijving op voorhand een niet werkbare variant.

– Koppeling aan de populatie van de huisarts

Een variatie op de inschrijving bij de aanbieder van verpleging, is om de huisarts als spil van de inschrijving te laten fungeren. De populatie van een bepaalde huisartsenpraktijk is dan eveneens de populatie van een aanbieder van thuisverpleging. Zo is vrijwillige inschrijving bij de zorgaanbieder van verpleging niet nodig, maar is wel de populatie lokaal en helder gedefinieerd. Er zijn dan twee manieren om de verantwoordelijkheid voor afspraken met de aanbieder van verpleging te beleggen. Enerzijds bij de verzekeraar, maar dat is feitelijk ons eerder genoemde model waarbij de verantwoordelijkheid voor afspraken met de zorgaanbieders bij de verzekeraars wordt belegd. Ten tweede kan ook de huisarts hiervoor verantwoordelijk worden gemaakt. In de aanvraag voor de uitvoeringstoets is door VWS echter als uitgangspunt gegeven dat de verpleegkundige moet beschikken over een eigen, specifieke betaaltitel en daarmee naast/los van de huisarts komt te staan.

– Het definiëren van een regiobudget

Een veel gehoord idee bij populatiebekostiging is om vanuit de overheid budgetten per regio te definiëren. Dit gebeurt bijvoorbeeld in de huidige AWBZ in de vorm van een contracteerruimte. Binnen de Zvw is deze optie niet wenselijk. Er zijn hiervoor twee redenen. Ten eerste omdat het zich slecht verhoudt met concurrerende zorgverzekeraars die zelf een strategie voeren voor hun zorginkoop. Indien de overheid hier specifieke grenzen aan stelt is het niet mogelijk om zelfstandige keuzes te maken. Ten tweede is het in de Zvw noodzakelijk om zorgprestaties, die aan individuele verzekerden toegerekend moeten worden, te definiëren. Dit is niet mogelijk via een regiobudget. Immers, welk bedrag is de precieze schade per verzekerde en verzekeraar?

Conclusie

De wijze waarop de bekostiging aan de populatie kan worden gekoppeld, is door een bedrag per verzekerde vast te stellen. Zorgverzekeraars zijn vervolgens zelf in staat om de precieze omvang van populaties vast te stellen en daarbij passend aanbieders te contracteren.

4.3 Uitgangspunten vergoeding per populatie

In deze paragraaf wordt besproken welke effecten de uitgangspunten van populatiebekostiging hebben op de werking van het zorgverzekeringsstelsel. In paragraaf 4.3.1 komt eerst de bekostiging aan bod. De NZa heeft taken en bevoegdheden wat betreft de bekostiging. In 4.3.2 komt het eigen risico aan bod, hoewel de NZa geen taken en bevoegdheden heeft wat betreft het eigen risico.

4.3.1 Bekostiging

Populatiebekostiging veronderstelt dat een zorgaanbieder ex ante de verantwoordelijkheid en middelen krijgt voor de zorglevering aan een gehele populatie. Zorggebruik speelt geen rol in de vergoeding.

Dit betekent dat zorgverzekeraars ook zorgaanbieders betalen voor verzekerden die geen zorg gebruiken. Dit is een principiële ander uitgangspunt voor de bekostiging dan gebruikelijk is binnen de Zvw.

Dit afwijkende uitgangspunt heeft als effect dat enkele aspecten van de zorgmarkt bij dit bekostigingsmodel anders dan gebruikelijk

georganiseerd moeten worden. Het gaat onder andere om de volgende zaken:

- Contractering is een voorwaarde voor declaratie.
- Verzekerden moeten in principe gebruik maken van een zorgaanbieder die door de zorgverzekeraar wordt gecontracteerd.
- Er moeten specifieke keuzes gemaakt worden hoe wordt omgegaan met restitutievergoedingen.
- Collectieve zorginkoop is niet uit te sluiten.
- Er moeten alternatieve oplossingen gezocht worden voor onverzekerde patiënten, niet in Nederland verzekerden (toeristen) en eventueel restitutieverzekerden.

Ex ante contractering is een noodzaak bij populatiebekostiging. Alleen door contractering als voorwaarde te stellen voor declaratie is te voorkomen dat allerlei zorgaanbieders verpleging declareren bij een zorgverzekeraar, zonder daadwerkelijk de zorg voor een populatie te realiseren.

Het ligt dan voor de hand dat een verzekeraar kiest om een verzekerde¹² bij één zorgaanbieder aan te melden. Omdat het volumerisico voor de te leveren zorg bij de zorgaanbieder ligt, zal deze de verantwoordelijkheid vermoedelijk pas willen dragen indien de populatie van voldoende omvang is, zodat de zorgaanbieder voldoende kan worden gecompenseerd. De verzekerde moet vervolgens gebruik maken van deze zorgaanbieder. De zorgaanbieder krijgt immers voor de (verantwoordelijkheid over een) populatie als geheel betaald.

Bovenstaande relatie heeft effect op de keuzevrijheid van verzekerden. Alle beschikbare middelen voor verpleging zijn immers voorafgaand aan een jaar toegewezen aan één gecontracteerde zorgaanbieder.¹³ Het toch kiezen voor een andere zorgaanbieder betekent dat de oorspronkelijke zorgaanbieder heeft gedeclareerd zonder hiervoor zorg te verlenen, terwijl de zorgaanbieder die wel zorg levert niet of te weinig heeft kunnen declareren. Een verzekerde met een voorkeur voor een andere zorgaanbieder dan gecontracteerd door zijn verzekeraar zal van zorgverzekeraar moeten wisselen.

In het geval restitutievergoedingen voor zorgaanbieders toegestaan worden, kan het voorkomen dat twee zorgaanbieders verpleging declareren: de oorspronkelijke gecontracteerde zorgaanbieder én de zorgaanbieder die de zorg levert. Dit heeft dubbele bekostiging tot gevolg en is dan ook niet wenselijk.

Aangezien niet alle mensen in een wijk bij dezelfde zorgverzekeraar zijn verzekerd, bemoeilijkt dit het wijkgericht werken en het uitvoeren van preventieve en signalerende activiteiten. Collectieve zorginkoop door zorgverzekeraars in bepaalde regio's is dan ook niet op voorhand uit te sluiten.

Tot slot is het in dit model niet mogelijk de zorg te declareren die geleverd is aan onverzekerden, buiten Nederland verzekerde patiënten (toeristen) en eventueel restitutieverzekerden. Een separate betaaltitel zal moeten worden vastgesteld zodat deze zorg wel in rekening gebracht kan worden.

¹² Verzekeraars moeten zelf bepalen welke eenheid zij hanteren voor een populatie. Bijvoorbeeld een postcodegebied, gemeente, of zorgkantoorregio.

¹³ Het is wel mogelijk dat een gecontracteerde zorgaanbieder gebruik maakt van onderaannemer(s) die zorg leveren.

4.3.2 Eigen risico

Binnen de Zvw betalen patiënten het eerste deel van de zorg die zij ontvangen zelf. Dit verplichte eigen risico bedraagt in 2013 € 350¹⁴. Niet alle zorg valt onder het verplichte eigen risico. Het eigen risico is niet van toepassing voor:

- zorg aan personen onder de 18 jaar;
- huisartsenzorg;
- verloskundige zorg en kraamzorg.

Er is nog niet besloten of thuisverpleging wordt uitgesloten van het verplichte eigen risico.

Als het verplichte eigen risico ook voor thuisverpleging geldt, ligt een bekostigingsmodel dat volledig is gekoppeld aan populatie niet voor de hand. Dit betekent namelijk dat bij voorbaat een deel van het eigen risico wordt ingezet voor thuisverpleging, ongeacht of deze zorg gebruikt wordt. Deze werkwijze past niet in het concept van het eigen risico, waarbij patiënten een deel van de *gebruikte* zorg voor eigen rekening moeten nemen. Als iemand bij voorbaat al een deel van het eigen risico moet betalen betreft de maatregel feitelijk een premieverhoging.

Populatiebekostiging in pure vorm is dan ook niet wenselijk als thuisverpleging niet wordt uitgesloten van het eigen risico.

4.4 Algemene beschrijving bekostigingsmodel

In voorgaande paragrafen is aan bod gekomen wat voor prestatie past bij populatie gebonden bekostiging in de Zvw en welk effecten het andere uitgangspunt met zich meebrengt. Deze paragraaf beschrijft hoe het model verder kan worden vormgegeven.

Gebaseerd op voorgaande en gecombineerd met de uitgangspunten van VWS zien wij de volgende ingrediënten voor het populatie gebonden bekostigingsmodel:

- Op basis van populatiekenmerken wordt ex ante bepaald welk bedrag per verzekerde gemiddeld beschikbaar moet zijn voor thuisverpleging.
- Zorgverzekeraars hebben de vrijheid en verantwoordelijkheid om voor hun verzekerden de precieze invulling van de thuisverpleging vorm te geven.
- Verzekeraars contracteren per jaar per verzekerde een aanbieder die verantwoordelijk is voor de gehele levering van thuisverpleging.
- Zorggebruik speelt geen directe rol in de betaling aan zorgaanbieders
- In het model is ruimte voor het belonen van uitkomsten.
- Op deze zorg is het eigen risico niet van toepassing.

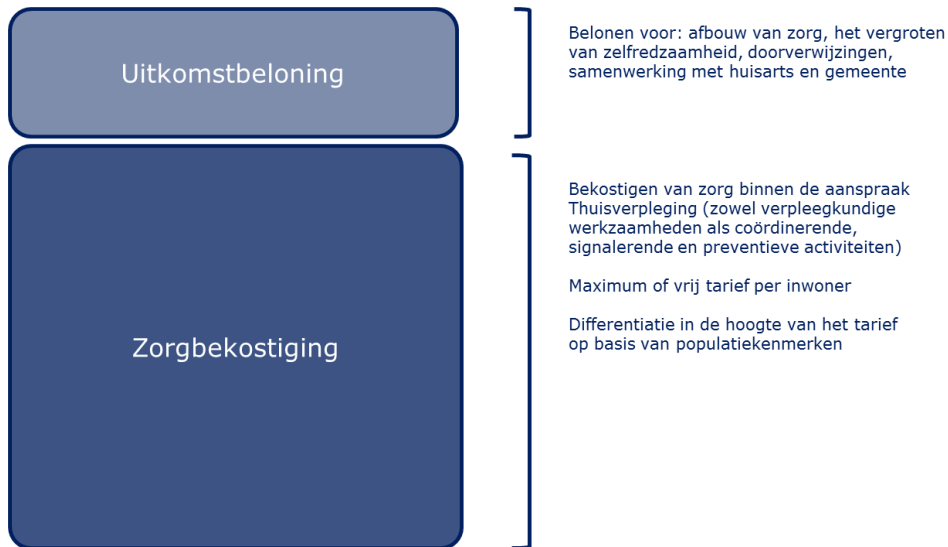
Het bekostigingsmodel dat hieruit volgt is hieronder visueel vereenvoudigd weergegeven.

Het model kent twee hoofdlagen:

- *Een basislaag*, waarin de totale aanspraak op thuisverpleging wordt bekostigd. De vergoeding per inwoner in een bepaald gebied is mede afhankelijk van een set populatiekenmerken.

¹⁴ Daarnaast kunnen verzekerden zelf kiezen voor een hoger eigen risico, in praktijk in ruil voor een lagere premie. Het maximale vrijwillige eigen risico bedraagt in 2013 € 850, inclusief het verplichte eigen risico.

- Een vrije laag, waarin verzekeraars de ruimte hebben om aanvullende beloningen af te spreken. Deze laag is bij voorkeur gekoppeld aan het behalen van resultaten.¹⁵



Figuur 2 – Opbouw tarief thuisverpleging

4.4.1 Laag 1 - Zorgbekostiging

Uit deze basislaag moet de volledige zorgvraag binnen de aanspraak thuisverpleging worden bekostigd; verpleegkundige zorg en de hieraan gerelateerde persoonlijke verzorging evenals de coördinerende, signalerende en preventieve activiteiten.

Deze laag betreft een tarief dat een (waarschijnlijk gecontracteerde) zorgaanbieder ontvangt per verzekerde in de regio. Hierbij speelt de vraag of dit tarief moet worden gereguleerd of dat dit tarief kan worden vrijgegeven. Beide mogelijkheden worden hieronder nader verkend. Uit deze verkenning blijkt dat de tariefregulering een lastig vraagstuk is.

Gereguleerd tarief

Indien een tarief wordt gereguleerd dient de NZa een gemiddeld kostendekkend tarief te onderbouwen. Aangezien de zorgzwaarte per regio kan verschillen en hiervoor geen correctie in aantallen mogelijk is (in een populatiebekostigingsmodel is geen relatie met feitelijke zorglevering en de te declareren prestatie), dient de regionale differentiatie te worden verdisconteerd in het tarief. Dit leidt ertoe dat naast een gemiddeld kostendekkend tarief, de mogelijkheid moet worden geboden om in bepaalde regio's te komen het tarief te differentiëren. Een max-max tarief is hiervoor een werkbare variant.¹⁶

¹⁵ Deze laag heeft grote gelijkenissen met de uitkomstbeloning bij huisartsenzorg, zie bijlage E.

¹⁶ De NZa heeft de mogelijkheid om een maximumtarief getrappt vast te stellen. Er zijn dan twee maxima: Het eerste (in praktijk) lagere maximumtarief kan gedeclareerd worden als de prestatie geleverd is aan een patiënt, maar er geen sprake is van een contract tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Het tweede (hogere maximum) kan alleen gedeclareerd worden als er ook sprake is van een contract. Omdat het gaat om maximumtarieven is het toegestaan om afspraken te maken die lager liggen dan het maximum. Het is ook mogelijk om met een contract een afspraak te maken over een tarief dat lager ligt dan het maximum dat geldt zonder contract.

Om te komen tot een tarief per verzekerde, wordt de aanname gehanteerd dat in de huidige situatie de verpleegkundige zorg niet verlieslatend, dus kostendekkend, geleverd kan worden. Indien de hiermee gemoeide macrokosten worden omgeslagen in een tarief per verzekerde, ontstaat daarmee een landelijk gemiddeld kostendekkend tarief.

Er kan gekozen worden voor differentiatie van het tarief naar enkele zorgvraagafhankelijke kenmerken van een populatie. Zo zal de leeftijd van een verzekerde van invloed zijn op de hoeveelheid verpleging die je verwacht te gebruiken. Door dergelijke aspecten te verwerken in de vergoeding is de precieze vergoeding per aanbieder beter vorm te geven. Een aanbieder met een oudere populatie zal bijvoorbeeld gemiddeld meer kosten maken per patiënt, dan een aanbieder met een jongere populatie. Dergelijke correcties van vergoedingen met betrekking tot de patiëntenpopulatie vinden ook plaats binnen de risicoverevening. Het onderzoek voor de risicoverevening kan dan ook gebruikt worden voor de vergoeding aan aanbieders. In het geval er gebruik wordt gemaakt van een differentiatie zullen er meerdere prestaties bestaan voor verpleging. In het geval gekozen wordt voor één gemiddeld bedrag is er sprake van één (all-in) prestatie.

De vaststelling van het (maximum)tarief is verder afhankelijk van de volgende factoren:

- Declaratiefrequentie:
Het tarief kan betrekking hebben op een heel jaar of een onderdeel daarvan (maand of kwartaal). Eenmaal per jaar declareren beperkt de liquiditeit van een zorgaanbieder. Het inschrijftarief voor huisartsenzorg wordt ieder kwartaal gedeclareerd. In het kader van de vergelijkbaarheid wordt voorgesteld om voor thuisverpleging ook te werken met een tarief per verzekerde per kwartaal.
- Huidige omvang zorgkosten binnen de aanspraak:
- Zodra definitief bekend is welke zorg binnen de aanspraak thuisverpleging wordt opgenomen, kunnen de totale uitgaven voor thuisverpleging worden ingeschat. Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van bestaande onderdelen van thuisverpleging, zoals de verpleging in de extramurale AWBZ. Het basistarief van laag 1 is vervolgens eenvoudig te berekenen door de totale macro-kosten te delen door het totaal aantal verzekerden in Nederland.
- Intensivering wijkverpleging:
Voor wijkverpleegkundige zorg (de huidige 'Zichtbare Schakel' projecten) komt € 200 mln. beschikbaar per jaar. Hierbij geldt dat een groeipad is afgesproken dat leidt tot de beschikbaarheid van € 40 mln. in 2015, € 80 mln. in 2016 en uiteindelijk € 200 mln. vanaf 2017. Het berekende basistarief moet worden verhoogd voor deze intensivering. Dit betekent dat het tarief van 2015 tot en met 2017 jaarlijks stijgt als gevolg van deze ontwikkeling. Een kanttekening is dat op deze manier slechts extra geld beschikbaar wordt gesteld en het daadwerkelijk intensiveren van de zorg aanvullende maatregelen vergt.

Deze aanpak leidt tot een gemiddeld kostendekkend tarief in het eerste jaar dat dit bekostigingssysteem wordt ingevoerd. Voor de jaren hierna is echter tariefonderhoud noodzakelijk. Door verzwaring van de populatie als gevolg van de ingezette extramuralisering van de AWBZ wordt een jaarlijkse toename/verzwaring van de vraag naar thuisverpleging verwacht. Deze ontwikkeling moet worden meegenomen in de berekening van het tarief of er moet een correctie worden toegepast via de zorgvraagverklarende factoren.

Tariefregulering versus vrij tarief

De NZa schat in dat het lastig zal zijn om met gereguleerde tarieven te werken. Of de verschillen tussen de eerste max en de tweede max moeten vrij groot zijn, of de differentiatie van tarieven op populatiekenmerken moet zeer nauwkeurig zijn. Belangrijkste reden hiervoor is het grote verschil tussen de gemiddelde zorgkosten per verzekerde versus de gemiddelde zorgkosten per patiënt in zorg.

Een gemiddeld kostendekkend tarief zal naar verwachting op minder dan € 100 uitkomen (aantal inwoners/verzekerden in Nederland [circa 17 mln.] in relatie tot de verwachte macro-kosten van thuisverpleging [€ 1 mld.]). De gemiddelde zorgkosten per patiënt liggen aanzienlijk hoger; al snel richting de € 10.000 (de totale macrokosten gedeeld door het aantal patiënten voor thuisverpleging [minder dan 150.000 cliënten]).

Een en ander is uiteraard afhankelijk van de exacte bepaling van het aantal patiënten en de macrokosten, maar deze ruwe benadering maakt inzichtelijk dat we hier spreken over een grote factor (in dit rekenvoorbeeld een factor van 100) tussen de zorgkosten per verzekerde versus de zorgkosten per patiënt/zorggebruiker. Een dergelijk grote factor betekent dat spreiding van zorgzwaarte (aantallen patiënten in zorg in een bepaalde regio) sterk doorwerkt in de hoogte van het overeen te komen tarief in een bepaalde regio (bedrag dat nodig is per inwoner om de zorgvraag van de patiënten te kunnen afdekken).

De vraag rijst daarmee of het zinvol is om met een dergelijke spreiding te komen tot een gereguleerd max-max tarief. Een max-max tarief, waarbij het tweede maximum aanzienlijk hoger ligt dan het eerste maximum boet sterk in aan regulerende werking; een dergelijk ruim tarief zal in de praktijk naar verwachting gaan werken als een vrij tarief. Het alternatief is om zeer precies met populatiekenmerken de verwachte spreiding in zorgvraagzwaarte te kunnen verklaren. Dit stelt hoge eisen aan de gegevens. Het is onduidelijk of dergelijke gegevens tijdig beschikbaar zijn.

Vrij tarief

Bovengenoemde nadelen/beperkingen worden ondervangen door te kiezen voor een vrij tarief. Het is dan aan verzekeraar en zorgaanbieder om gezamenlijk te komen tot een tarief dat kostendekkend is voor de populatie in een betreffende regio.

Daar waar de liberalisering van markten kan bijdragen aan verbetering van de efficiëntie in de zorg en van de behartiging van de consumentenbelangen zijn wij een voorstander van vrije prijsvorming. Liberalisering is niet aan de orde indien dit zou leiden tot slechtere uitkomsten in termen van kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid. In dat geval blijft regulering van de tarieven noodzakelijk en gewenst. Het is daarom de vraag in hoeverre de markt voor thuisverpleging in staat wordt geacht zonder prijsregulering goede kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid te garanderen.

Voor de beantwoording van deze vraag hebben wij een aantal jaar geleden het zogenaamde 'Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg'¹⁷ opgesteld. In dit kader zijn de criteria beschreven waarop markten kunnen worden geanalyseerd. In figuur 3 zijn deze criteria samengevat.

¹⁷ Dit document is gepubliceerd op de website van de NZa: www.nza.nl

		Kwaliteit, Betaalbaarheid, Toegankelijkheid	Zacht of Hard criterium
Transparantie			
1	Heldere product/prestatiebeschrijvingen	Kwaliteit	Zacht
2	De kwaliteit en prijs van de geleverde zorg is transparant	Kwaliteit, betaalbaarheid	Zacht
	De polis van de verzekeraar is transparant	Toegankelijkheid, Betaalbaarheid, Kwaliteit	Zacht
Markttoegang			
3	Voldoende aanbieders? Indien niet voldaan is aan deze voorwaarden dan kijken naar:	Toegankelijkheid	Hard
	Toetredingsdrempels	Toegankelijkheid, Betaalbaarheid	Hard
4	De patiënt moet eenvoudig een aanbieder kunnen kiezen en van aanbieder kunnen veranderen	Toegankelijkheid, Betaalbaarheid, Kwaliteit	Zacht
Marktgedrag partijen			
5	Prikkel voor consument/verzekeraar om goed in te kopen	Betaalbaarheid, kwaliteit	Hard
	Marktverhoudingen	Betaalbaarheid, Kwaliteit	Zacht
6 Externe effecten			
	Kans op negatieve effecten m.b.t.		
	Poortwachter/verwijsfunctie	Betaalbaarheid, kwaliteit	Hard
	Keteneffecten	Kwaliteit	Hard
	Volume-effecten (Supplier included demand, upcoding)	Betaalbaarheid	Zacht
	Risicoselectie	Toegankelijkheid	Zacht
7	Transactie/veranderingskosten		

Figuur 3 – Toetsingscriteria liberalisering vrije beroepen in de zorg¹⁸

Op basis van de toetsingscriteria worden risico's geconstateerd voor de kwaliteit en betaalbaarheid van zorg als gekozen wordt voor een vrij tarief voor thuisverpleging binnen een systeem van populatiebeplooiing. Deze risico's liggen in hoofdzaak op drie gebieden:

1. Transparantie

Er is geen sprake van heldere product/prestatieomschrijvingen en de kwaliteit en prijs van de geleverde zorg is niet transparant. Er is namelijk in een populatiegebonden systeem geen directe relatie tussen de zorglevering en de te declareren prestaties. De verzekeraar zou echter bij de zorginkoop afspraken kunnen maken met zorgaanbieders over transparantie van de zorglevering.

2. Markttoegang

Er is landelijk geen schaarste aan aanbieders voor thuisverpleging. Echter, aangezien een zorgverzekeraar een beperkt aantal zorgaanbieders zal contracteren (naar verwachting slechts één zorgaanbieder per regio, omdat een budget per zorgaanbieder niet/moeilijk kan worden gesplitst per verzekerde) zullen de toetredingsdrempels voor nieuwe aanbieders na de initiële contractering hoog zijn. Het volume en zorgzwaarte risico ligt bij de zorgaanbieder. Het is niet waarschijnlijk dat een zorgaanbieder dit risico wil nemen tegenover een geringe omzet voor een kleine populatie.

¹⁸ In de figuur 3 wordt onderscheid gemaakt tussen harde en zachte criteria. Dit onderscheid berust niet op het feit dat een zacht criterium minder essentieel is voor een goed werkende markt dan een hard criterium. Het draait om de rol die de markt en de overheid kunnen spelen bij het oplossen van eventuele risico's voor marktwerking. Bij een zacht criterium kan het ontbreken van de juiste initiële condities worden opgelost door de markt zelf of door corrigerend optreden van de NZa. Bij een hard criterium is dat niet of in mindere mate het geval.

Daarbij is het voor patiënten in een populatiegebonden systeem naar verwachting niet mogelijk om van zorgaanbieder te wisselen (er is slechts één aanbieder gecontracteerd), tenzij zij zich overschrijven naar een andere zorgverzekeraar.

3. Marktgedrag partijen

In de eerste jaren loopt de zorgverzekeraar geen risico op de inkoop van thuisverpleging. Hij heeft daarmee een beperktere prikkel om doelmatig in te kopen.

Hier staat echter tegenover dat in dit systeem geen volume-effecten aanwezig zijn (geen risico op 'supplier induced demand' of upcoding). Daarnaast zijn de marktverhoudingen tussen verzekeraar en zorgaanbieder naar verwachting in evenwicht; er is geen schaarste aan aanbieders en een contract met een verzekeraar is noodzakelijk voor het leveren van de zorg in een bepaalde regio.

4.4.2 Laag 2 - Uitkomstbeloning

In deze laag wordt zorgverzekeraars de mogelijkheid gegeven om te belonen voor bepaalde uitkomsten. Deze laag loopt mee in het ex ante tarief dat zorgaanbieders per inwoner in rekening mogen brengen. Zorgverzekeraars kunnen daarmee kiezen om te belonen voor uitkomsten in het jaar hiervoor en/of afspraken te maken over te behalen uitkomsten in het komende jaar. Eventueel kan er ook voor worden gekozen om vanuit de overheid meer te sturen op bepaalde uitkomsten. In dat geval worden in de (tarief)regulering nadere voorwaarden verbonden aan deze beloningen.

De precieze vormgeving van de mogelijkheid tot het bieden van resultaatbeloning is een breder vraagstuk binnen de eerstelijns curatieve zorg. Binnen het traject voor de nieuwe huisartsenbekostiging is dit ook een belangrijk aandachtspunt. Het is om die reden wenselijk om hierin te kiezen voor een gelijksoortig systeem. Deze bekostigingslaag kan overigens niet enkel worden ingezet voor samenwerking tussen huisarts en verpleegkundige, maar dient juist om verregaande samenwerking tussen deze zorgaanbieders en zorgverleners binnen het Wmo- en AWBZ-domein mogelijk te maken.

Daarnaast bestaat een sterk verband tussen de tariefsoort van laag 2 en die van laag 1. Een vrij tarief voor laag 1 betekent namelijk automatisch dat het gehele tarief vrij is. Er is dan in principe geen extra beloningsmogelijkheid nodig. Een max-max tarief voor laag 1 impliceert dat er nog ruimte moet zijn om ook de beloning via laag 2 nog toe te kunnen kennen, als dat wenselijk is (overeenkomsten met huisartsenzorg).

4.5 Mogelijke effecten en aandachtspunten

In deze paragraaf geven wij een overzicht van enkele effecten en aandachtspunten die passen bij het model zoals beschreven in 4.1 en 4.2. Hierdoor ontstaat een compleet beeld van de voor- en nadelen van populatiegebonden bekostiging.

4.5.1 Kwaliteit, transparantie en doelmatigheid

De aanbieder van verpleegkundig zorg ontvangt per verzekerde in een gebied een bedrag ongeacht de zorg die daarvoor wordt geleverd. Welke kwaliteit hiervoor wordt geleverd en hoe dit kan worden aangetoond zal

afhangen van de afspraken die de zorgverzekeraar hierover maakt met de zorgaanbieder. Iedere verpleegkundige zorgaanbieder kan immers op basis van eigen inzicht en professionaliteit invulling geven aan de zorgtaken. Er is niet langer sprake van vastgelegde prestaties per patiënt. Centrale/planmatige verantwoording en prikkels voor kwaliteit moeten via contractafspraken gerealiseerd worden. Dit is echter niet afdwingbaar.

De prikkels voor doelmatigheid zijn groter dan bij de huidige bekostiging van extramurale AWBZ-verpleging. Zorgaanbieders hebben een sterke prikkel om hun kosten zo laag mogelijk te houden. Er is echter nauwelijks concurrentie die zorgaanbieders stimuleert om hun dienstverlening regionaal onderscheidend en kwalitatief goed in te vullen of om de prijzen te verlagen. Zorgverzekeraars zullen beleid moeten voeren om de doelmatigheidswinst van zorgaanbieders door te vertalen in de verzekeringspremies en/of in een optimaal aanbod. Zolang sprake is van een flexibel tarief heeft de zorgverzekeraar de ruimte om te belonen op basis van kwaliteit. De mogelijkheden en knelpunten zijn hier gelijk aan de overige sectoren binnen de Zvw. De uitkomstbeloning kan zelfs al enigszins sturing bieden in de wijze waarop zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken over de kwaliteit, door de overeen te komen plusmodules te benoemen.

Daarnaast bestaat een risico op onderbehandeling. De zorgaanbieder wordt immers vooraf betaald, ongeacht zijn werkelijke zorglevering.

4.5.2 Toegankelijkheid en keuzevrijheid

In principe heeft iedereen toegang tot verpleegkundige zorg. De zorgverzekeraar is ook verplicht om voldoende capaciteit voor zijn verzekerde ter beschikking te stellen. Daardoor zijn er dus voldoende zorgaanbieders van verpleegkundige zorg. De verpleegkundige bepaalt, in afstemming met een geneeskundige, uiteindelijk wie welke zorg nodig heeft.

De keuzevrijheid van een verzekerde voor een specifieke zorgaanbieder wordt beperkt door populatiegebonden bekostiging. Een patiënt is verplicht gebruik te maken van de door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Om van zorgaanbieder te veranderen moet een patiënt overstappen naar een zorgverzekeraar die een andere zorgaanbieder heeft gecontracteerd. Een andere optie voor het wisselen van zorgaanbieder is wanneer zorgaanbieders op hun beurt weer onderaannemers contracten. Als patiënt blijf je in een dergelijk geval afhankelijk van de hoofdaannemer van de zorgverzekeraar.

4.5.3 Macro budgettaire beheersbaarheid

Een zorgaanbieder van verpleegkundige zorg ontvangt per verzekerde een vergoeding, ongeacht de zorgconsumptie van een verzekerde. Het financiële risico dat gepaard gaat met een hogere zorgconsumptie ligt volledig bij de zorgaanbieder en wordt niet (automatisch) verwerkt in de vergoedingen. Dit maakt dat de kosten van dit model voor zorgverzekeraars en overheid voorspelbaar en beheersbaar zijn.

Uiteraard zijn de budgettaire risico's voor de overheid groter als gekozen wordt voor een vrij tarief. Risicodragende uitvoering is een essentiële voorwaarde om te realiseren dat zorgverzekeraars hun verantwoordelijkheid nemen in de kostenontwikkeling. Zoals in par. 3.3.2 uiteengezet bestaan er verder verschillende aanvullende maatregelen voor macro budgettaire beheersing.

Een belangrijke ontwikkeling die van invloed kan zijn op de macrokosten is de extramuralisering in de AWBZ en GGZ. Hierdoor maken in potentie meer patiënten gebruik van extramurale zorgvormen, hetgeen leidt tot meer volume en daardoor meer macrokosten (ervan uitgaande dat de bedragen per verzekerde hiervoor gecorrigeerd worden).

4.5.4 Speelveld van aanbieders (systeemrisico's voor aanbieders)

Het overgrote deel van de nieuwe aanspraak thuisverpleging bestaat uit de huidige extramurale AWBZ-zorg. Deze wordt nu bekostigd op basis van gerealiseerde uren. Bij een overgang naar populatiebekostiging wordt het verband tussen geleverde zorg en bekostiging volledig losgelaten. Een zorgverzekeraar contracteert één zorgaanbieder binnen een bepaald gebied die thuisverpleging gaat leveren voor alle verzekerden. Dit betekent dat naar alle waarschijnlijkheid een deel van de bestaande zorgaanbieders zal verdwijnen. De overblijvende zorgaanbieders zullen hun bedrijfsvoering rigoureus moeten aanpassen. De systeemeffecten van de transitie naar populatiebekostiging zijn dan ook groot.

Na de transitiefase zal het aantal zorgaanbieders naar verwachting stabiel zijn, omdat er geen voortdurende concurrentie plaatsvindt. Zorgaanbieders met een contract bij de grootste zorgverzekeraar in een regio hebben veel belang bij de onderhandelingen met andere zorgverzekeraars. Zij hebben immers vaste kosten die ook doorlopen als zij het contract verliezen. Het zal voor toetreders moeilijk zijn om zich op de markt voor thuisverpleging te begeven.

4.5.5 Concurrentie tussen verzekeraars

Zorgverzekeraars hebben een prikkel om een voldoende kwaliteit- en toegankelijkheidsniveau te realiseren. Anders zal een zorgverzekeraar reputatieschade lijden. Daarbuiten zal het voor zorgverzekeraars lastig zijn om zich van elkaar te onderscheiden. De bekostiging is gericht op een populatie/gebied, waardoor zorgverzekeraars moeilijk individuele afspraken kunnen realiseren voor specifiek hun verzekerden. Bij risicodragende uitvoering hebben zorgverzekeraars wel een prikkel om hun schadelast zoveel als mogelijk te beperken.

4.5.6 Onafhankelijkheid wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige is in dit model in ieder geval in de periode van contractering onafhankelijk. Per verzekerde ontvangt de zorgaanbieder een vergoeding. De professionaliteit van de wijkverpleegkundige is het uitgangspunt voor de inzet van zorg. De wijkverpleegkundige is niet gebonden aan het leveren van consulten voor het binnenhalen van omzet.

Wel is het voor de wijkverpleegkundige aanbieder noodzakelijk om een goede relatie met een zorgverzekeraar te onderhouden, omdat beiden verantwoordelijkheid dragen voor verpleegkundige zorg aan de lokale populatie. Bovendien is de wijkverpleegkundige financieel volledig afhankelijk van het contract met de zorgverzekeraar.

In dit model is de wijkverpleegkundige bovendien onafhankelijk van de huisarts, vanwege de eigen betaaltitel. Dit neemt uiteraard niet het belang weg van een goede samenwerking tussen beiden bij de indicatiestelling, begeleiding en zorgverlening aan de patiënt.

4.5.7 Positie van de verzekerde/patiënt

De verzekerde/patiënt moet de zorg afnemen bij de in de regio gecontracteerde zorgaanbieder van verpleegkundige zorg. De zorgaanbieder zal veelal een monopolist zijn waardoor de patiënt geen alternatief heeft, mogelijk zelfs niet bij wisseling van zorgverzekeraar. Dit is enkel het geval als de zorgverzekeraar een andere zorgaanbieder heeft gecontracteerd. De vrijheid om zelf een zorgaanbieder te kiezen komt hierdoor te vervallen. Zoals eerder beschreven is restitutie ook geen optie. Wij schatten in dat de rol van de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder groter wordt ten opzichte van de rol van de patiënt.

4.5.8 Substitutie van zorg

Het loslaten van prestatieafhankelijke bekostiging biedt meer ruimte voor de verpleegkundige voor regeltaken zoals het betrekken van mantelzorgers waardoor de inzet van professionele zorg kan afnemen. Wel is het de verantwoordelijkheid en ook de zorg van de zorgverzekeraar om in de contractvoorwaarden op te nemen onder welke voorwaarden een dergelijke substitutie wenselijk is. Daarnaast zijn, in tegenstelling tot bij prestatiebekostiging, maatregelen die leiden tot een afname van zorg geen bedreiging meer voor de omzet of het marktaandeel. Zorgaanbieders hebben echter geen directe financiële prikkel om zorg uit andere domeinen over te nemen, omdat zij hiervoor niet beloond worden. De zorgverzekeraar kan een dergelijke prikkel binnen dit model inbouwen middels de tweede laag: uitkomstbekostiging.

4.5.9 Samenwerking met/aansluiting op het sociale domein

Door de mogelijkheid om een module af te spreken voor beloning, kan samenwerking met andere zorgaanbieders en andere domeinen zoals gemeenten en AWBZ uitvoerders en aanbieders worden gestimuleerd. Verder hangt afwenteling niet alleen samen met de wijze van bekostiging, maar ook met een duidelijke aanspraak. Zo moet de grens tussen aan verpleging gerelateerde persoonlijke verzorging en de overige persoonlijke verzorging helder zijn.

Afwenteling tussen Zvw, AWBZ en Wmo kan bovendien optreden bij een onvoldoende samenwerking bij de toegang tot de zorg: is de toegang tot de wijkverpleging bijvoorbeeld onvoldoende; ligt afwenteling naar het Wmo domein voor de hand; en/of neemt de druk op de indicatiestelling voor de kern-AWBZ toe bij afwezigheid van voldoende nachtzorg in de Zvw of van voldoende crisiszorg in de Wmo. Afwenteling vanuit de Zvw is een reëel risico, aangezien de wijkverpleegkundige zorg niet meer wordt bekostigd op basis van een gerealiseerd zorgvolume.

4.5.10 Administratieve lasten

De administratieve lasten van populatiebekostiging voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn op zichzelf fors lager dan bij prestatiebekostiging. Het is echter reëel om te veronderstellen dat naast de geldstroom ook een informatiestroom ontstaat, die administratieve lasten met zich meebrengt. Zorgaanbieders zullen bijvoorbeeld verantwoording moeten afleggen over de hoeveelheid geleverde zorg en de kwaliteit. Het precieze effect van de nieuwe bekostiging op de kosten van deze administratieve lasten van veldpartijen is daarom moeilijk te voorspellen.

4.5.11 Herkenning historie van gegevens i.v.m. risicoverevening

De zorgverzekeraars betalen per verzekerde een vooraf vastgesteld bedrag. Het bedrag dat zorgverzekeraars betalen is dan ook exact het risico dat zorgverzekeraars lopen. Het volume en zorgzwaarte risico wordt in een contractperiode verschoven naar de zorgaanbieder. Deze zal dit echter in de periode daarna willen verrekenen met de zorgverzekeraar.

Het tarief voor de zorgaanbieder en de toelage uit de risicoverevening voor de zorgverzekeraar kan gelijk zijn. Beide zijn immers op populatieniveau passend en waar noodzakelijk gedifferentieerd op basis van relevante populatiekenmerken. In het geval wordt gekozen voor een vrij tarief dan kan op basis van de historische data alsnog de vergoeding voor de verevening gerealiseerd worden.

4.5.12 Risico's toezichtbaarheid

We hebben de contouren van het bekostigingsmodel populatiebekostiging nog slechts in grote lijnen in beeld. Dat geldt daarmee ook voor de toezichtaspecten.

In dit model is de inkomstenstroom voor een zorgaanbieder van thuisverpleging afhankelijk van het aantal verzekerden in het gebied waar de zorg moet worden geleverd. De zorgaanbieder heeft hierop geen invloed. Het leveren van meer zorg levert geen aanvullende inkomsten op. Een zorgaanbieder kan wel proberen zijn kosten zo laag mogelijk te houden door te weinig of geen zorg te leveren in situaties waar dit wel nodig zou zijn. De zorgaanbieder heeft geen prikkel tot extra volume, waardoor hij de indicatiestelling te strikt toepast of afziet van zorg die gegeven de situatie geboden zou zijn, bijvoorbeeld nacht- of crisiszorg. Onderbehandeling of te ver doorgevoerde substitutie van professionele zorg naar informele zorg kan ertoe leiden dat een minimumniveau van kwaliteit van zorg niet bereikt wordt.

De zorgaanbieder is veelal monopolist in de regio, waardoor hij de prijs relatief hoog kan houden. De zorgaanbieder heeft geen prikkel tot extra volume waardoor hij de kosten afwentelt op domeinen buiten de Zvw. Dat uit zich weliswaar niet in de Zvw zelf, maar wel in een verhoogde druk op de indicatiestelling voor de kern-AWBZ of op de zorg in het gemeentelijk domein. Dit is bij uitstek een onderwerp van materiële controle. Bij toepassing van vrije tarieven bestaat een risico op kostenstijging als gevolg van het niet-risicodragend uitvoeren door verzekeraars tot 2017.

Risico is tevens te weinig coördinatie tussen de Zvw wijkverpleegkundige zorg en de overige zorg en de zorg- en dienstverlening buiten het Zvw domein waardoor de informatievoorziening aan de patiënt en dossiervorming tekortschiet.

4.6 Tijdpad invoering

Per 1 januari 2015 wordt de aanspraak thuisverpleging in de Zvw neergelegd. Om deze zorg tijdig te kunnen contracteren stelt de NZa op 1 juli 2014 het beleid voor de bekostiging vast. Na advies van de NZa aan de minister in oktober 2013 moet dan ook spoedig een besluit volgen over het model voor bekostiging. De NZa moet in 2014 voldoende tijd hebben om, in samenspraak met de veldpartijen, het beleid voor

2015 vast te stellen. Daarmee is een reëel risico dat invoering van een nieuwe bekostigingssystematiek per 1 januari 2015 niet haalbaar is.

4.7 Samenvatting voor- en nadelen

In dit model is de bekostiging gebaseerd op een gemiddeld bedrag per verzekerde. De zorgverzekeraar koopt vervolgens voor zijn populatie de thuisverpleging in. Het tarief wordt bepaald aan de hand van huidige macrokosten voor verpleging, omgeslagen in een bedrag per verzekerde. Dit tarief kan vervolgens gedifferentieerd worden naar populatiekenmerken en kan aangevuld worden met een laag voor uitkomstbeloning.

De analyse van deze bekostigingsvorm levert een beeld op van de voor- en nadelen van populatiebekostiging als bekostigingsmodel voor thuisverpleging bij overheveling naar de Zvw.

Voor de zorgverlening en inrichting van de beschikbaarheid van het zorgnetwerk in de wijk brengt dit systeem veel voordelen met zich mee. Integrale, doelmatige zorglevering en het tot stand brengen van samenwerking in de wijk gaat goed samen met deze wijze van bekostiging. Ook zijn de uitgaven aan verpleging bij dit systeem goed voorspelbaar. De nadelen van dit systeem zitten onder andere in de tariefstelling en de zorginkoop voor eigen verzekerden. De tariefsoort is een lastig vraagstuk. Het hanteren van een gereguleerd max-max tarief brengt knelpunten met zich mee vanwege de sterke spreiding van de zorgvraag. Ook het hanteren van een vrij tarief brengt nadelen met zich mee. Tot slot verloopt de zorginkoop en de manier waarop zorgaanbieders moeten concurreren op andere wijze dan bedoeld in het zorgverzekeringsstelsel. Het belangrijkste verschil met de gebruikelijke vormen van bekostiging binnen de Zvw is dat niet het zorggebruik leidend is voor de vergoeding. Dit veroorzaakt een risico op onderbehandeling. Daarnaast leiden de andere uitgangspunten tot een andere werking van het systeem. Ex ante contractering van aanbieders lijkt bijvoorbeeld noodzakelijk en voor restitutievergoedingen moet specifiek beleid worden vastgesteld. Gevolg hiervan is bijvoorbeeld dat er sprake is van zeer beperkte keuzevrijheid voor de verzekerden.

5. Bekostigingsmodel Integrale prestaties

Dit hoofdstuk beschrijft hoe thuisverpleging bekostigd kan worden op basis van patiëntvolgende, integrale prestaties. De bekostigingsvariant die hier wordt uitgewerkt is gebaseerd op de bekostigingssystematiek die vanaf 2014 voor 'basisGGZ' zal gelden met vier zorgzwaarteproducten met een maximumtarief. Op basis van objectieve criteria wordt gekeken welk product het beste past bij de zorgvraag van de patiënt.

Consultatievragen:

- 1. Hoe ziet u ten algemene dit model van toepassing op de bekostiging van thuisverpleging?*
- 2. Hoe ziet u de functie wijkverpleging in het bijzonder tot uiting komen in dit model?*
- 3. Hoe ziet u de doorontwikkeling van de prestaties 'verpleging' en de indicatoren die bepalen tot welke zorgzwaarte de patiënt behoort?*
- 4. Heeft u ideeën bij de verdere invulling van uitkomstbeloning zoals voorgesteld in paragraaf 5.1.2?*
- 5. Hoe ziet u de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om tot goede zorginkoop te komen?*
- 6. Hoe ziet u de mogelijkheid om in het zorgaanbod de samenwerking tussen de verschillende domeinen te waarborgen?*
- 7. Hoe ziet u de mogelijkheden voor macro-budgettaire beheersbaarheid?*
- 8. Welke mogelijkheden ziet u om de belemmerende factoren van dit model op te heffen?*
- 9. Hoe kijkt u aan tegen het kritische tijdpad voor invoering van dit model per 1 januari 2015?*

5.1 Algemene beschrijving bekostigingsmodel

Dit bekostigingsmodel is een eenvoudige vorm van bekostiging op basis van een beperkt aantal integrale zorgpakketten. Deze zorgpakketten omvatten het geheel aan werkzaamheden dat een verpleegkundige in de thuissituatie uit kan voeren. Een patiënt krijgt een zorgpakket met een lichte/middel/zware vorm van verpleging in rekening gebracht, die de kosten van de totale verpleegkundige inzet in een specifieke periode moet dekken. Ook persoonlijke verzorging is daarmee onderdeel van de zorgpakketten in de Zvw, voor zover deze onlosmakelijk verbonden is met verpleging.

5.1.1 Vormgeving prestaties

De zwaarte van de zorgvraag is leidend voor het zorgpakket waar een patiënt voor in aanmerking komt. De verpleegkundige bepaalt de omvang van de benodigde zorg en beoordeelt aldus of een patiënt in aanmerking komt voor een lichte/middelzware/zware vorm van verpleegkundige zorg. Vervolgens wordt het zorgpakket gedeclareerd dat aansluit bij de geleverde inspanning. Het streven is hierbij om met zo min mogelijk prestaties een zinvol beeld te geven van de zorgbehoefte van de individuele patiënt. Dit om de administratieve lasten te beperken en de zorginkoop te vergemakkelijken. Binnen de basis-GGZ wordt met

ingang van 2014 een soortgelijke systematiek gehanteerd en wordt gestart met een viertal prestaties (licht/middel/zwaar/chronisch).¹⁹

Samenstelling pakketten thuisverpleging

Voor de samenstelling van de integrale prestaties in de vorm van pakketten zijn verschillende methoden denkbaar. De meest eenvoudige vorm is om de huidige indicatiegegevens als uitgangspunt te nemen. Ook is een methode denkbaar die zich richt op de huidige zorglevering bij zorgaanbieders. Tevens is een combinatie van beide mogelijk. In het vervolgtraject dient, indien voor het model van integrale prestaties wordt gekozen, nader onderzoek plaats te vinden naar passende pakketten van zorg en mogelijke vormen van indicatoren die de zorgzwaarte aangeven. In een dergelijk vervolgtraject zal de kennis van de veldpartijen zeker worden aangewend.

Bij de methode met indicatiegegevens worden de pakketten samengesteld op basis van de huidige AWBZ-functies Verpleging en Persoonlijke Verzorging, en bijbehorende klassen. De omvang van de nieuwe zorgpakketten wordt bepaald op basis van de bestaande indicaties binnen de AWBZ. In de huidige situatie kan een cliënt binnen de AWBZ bijvoorbeeld aanspraak hebben op zorg zoals beschreven bij klasse 3 "verpleging", wat binnen de indicatiesystematiek neer komt op 4 - 6,9 uur verpleging per week. Binnen de nieuwe bekostiging valt de patiënt daarmee wellicht in de categorie "middelzwaar" en wordt de prestatie "verpleging middelzwaar" gedeclareerd voor het totaal aan geleverde zorg in een bepaalde periode. De nieuwe prestatie kent een veel grotere bandbreedte dan de huidige AWBZ-klassen en wordt getracht optimaal aan te sluiten bij de zorgvraag van de patiënt. Deze grotere bandbreedte maakt upcoding moeilijker verdedigbaar door de zorgaanbieder. Echter, upcoding is altijd een risico als de bekostiging is opgedeeld in verschillende categorieën.

Op basis van een analyse van de huidige indicaties voor functies en klassen binnen de AWBZ moet een beeld ontstaan waar de zwaartepunten liggen in de zorgbehoefte van de landelijke cliëntenpopulatie. Deze analyse moet plaats vinden op basis van de registratie van indicaties die door het CIZ in de afgelopen jaren zijn afgegeven. Deze analyse is nog in uitvoering op het moment van consultatie. De nieuw te ontwikkelen prestaties worden bij voorkeur rondom deze zwaartepunten worden vormgegeven. Bruikbare prestaties zijn herkenbaar en kennen een zo groot mogelijke kostenhomogeniteit. De duur van de zorg geleverd uit een pakket en de intensiteit van de zorg in een bepaald pakket moeten vergelijkbaar zijn voor alle patiënten binnen dit pakket.

Indicatie

De verpleegkundige indiceert voor welk zorgpakket een patiënt gedurende een bepaalde periode in aanmerking komt. Deze indicatie moet idealiter plaatsvinden op landelijk uniform vastgestelde indicatoren, die breed door de veldpartijen gedragen worden. Startpunt bij de ontwikkeling hiervan zijn de parameters die nu door het CIZ worden gehanteerd om patiënten in te delen naar zorgfuncties en -klassen. Deze zullen echter moeten worden omgevormd naar de bekostigingssystematiek.

De ontwikkeling van deze uniforme indicatoren is een soortgelijk proces zoals dit ook bij de basis-GGZ is doorlopen. Bij de basis-GGZ is in samenwerking met het veld gekozen voor een aantal indicatoren die de

¹⁹ Zie NZa-Beleidsregel generalistische basis-GGZ (BR/CU-5091)

ernst van de klachten, het tijdsbeloop, de complexiteit en het risico op verslechtering beschrijven. De totaalscore van deze indicatoren geven aan in welk zorgzwaartepakket de patiënt gaat vallen. Een vergelijkbaar systeem is denkbaar voor de thuisverpleging, maar moet nog worden ontwikkeld. Aanvullende indicatoren voor thuisverpleging kunnen bijvoorbeeld zelfredzaamheid en omgevingsfactoren in de thuissituatie zijn.

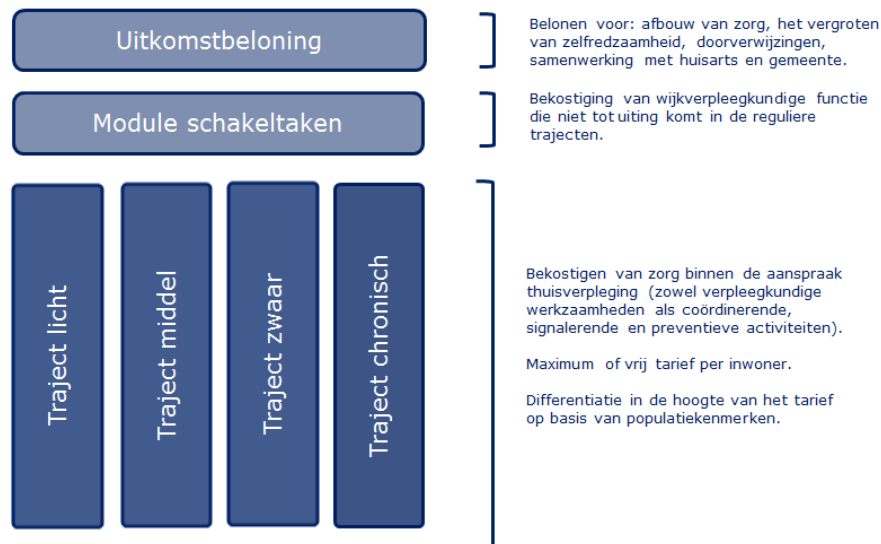
Het traject om tot landelijk uniforme indicatoren voor zorgpakketten te komen is bij de basis-GGZ in handen gelegd van een extern adviesbureau. Dit traject heeft daar een doorlooptijd gekend van ongeveer zes maanden.

5.1.2 Het bekostigingsmodel in drie lagen

Door middel van flexibele tariefstelling kan samenwerking met overige beroepsgroepen, regionale variatie en kwaliteitsbevordering worden gefaciliteerd. De meest voor de hand liggende methode is om hierbij aan te sluiten bij het model zoals nu vanaf 2015 voor de huisartsenbekostiging is afgesproken. Hierbij kent de bekostiging een vaste component die de basisbeschikbaarheid regelt. Daarbovenop bestaat de mogelijkheid om in afstemming met de zorgverzekeraar één of meerdere plusmodules tegen vrij tarief op deze basistarieven overeen te komen die aanvullende vergoeding faciliteert voor regionale differentiatie. Of juist zich richt op verschillen in kwaliteit dan wel integrale samenwerking met andere disciplines.

Opbouw tarief:

- *Een basislaag* met de integrale prestaties.
- *Een opslag* op het tarief die de bekostiging van de schakeltaken en beschikbaarheid van de wijkverpleegkundige mogelijk maakt.
- *Een vrije laag*, waarin verzekeraars de ruimte hebben om aanvullende beloningen af te spreken.



Figuur 5– Opbouw tarief thuisverpleging

Laag 1 – Integrale prestatie

Het tarief voor deze pakketten wordt per periode door de zorgaanbieder rechtstreeks in rekening gebracht bij de patiënt dan wel diens zorgverzekeraar conform alle overige vormen van prestatiebekostiging. Eén van de kenmerken van verpleegkundige zorg is dat de intensiteit van de benodigde zorg sterk kan variëren gedurende de looptijd. Verpleegkundige zorg als verlengstuk van medisch specialistisch handelen is veelal kortdurend en intensief, terwijl vele vormen van

ouderenzorg langdurig maar minder arbeidsintensief zijn of minder tijd per week betreft. Het vaststellen van een benodigd pakket per jaar per patiënt is daarmee problematisch. Dit probleem kan worden ondervangen door de prestaties en tarieven in periodes van bijvoorbeeld een maand vast te stellen. Het zorgpakket krijgt daarmee het karakter van een maandabonnement op verpleegkundige zorg. Verschuiving tussen de pakketten, indien de zorgzwaarte af- of toeneemt, wordt daarmee ook eenvoudiger. Echter, hoe korter de tijdsspanne tussen de declaraties, hoe groter het risico op upcoding. Hier zal een balans in gevonden moeten worden.

Gelet op de tarief-gereguleerde en gebudgetteerde omgeving van waaruit de thuisverpleging wordt overgeheveld, ligt het in eerste instantie voor de hand om de tarieven in deze laag te reguleren door middel van een maximumtarief. Dit geeft de thuisverpleging een gelijksoortige tariefopbouw als de huisartsenzorg, waarin ook het basisdeel van de zorg gereguleerd is. Het maximumtarief geeft zorgverzekeraars de mogelijkheid om ook in het basisdeel van de zorg onderscheid te maken in tarifiering tussen verschillende zorgaanbieders.

Bovendien zijn op korte termijn verzekeraars niet risicodragend over deze zorg, waardoor regulering van de tarieven een belangrijk onderdeel is van de kostenbeheersing. Op termijn kan overwogen worden om de tarieven in dit deel van de zorg vrij te geven, maar hier zal een separate analyse van de markt vooraf aan moeten gaan.²⁰

Laag 2 - Opslag wijkverpleging/schakeltaken

Prestatiebekostiging is binnen de Zvw een voor de hand liggende optie daar waar de benodigde zorg vooraf geïndiceerd is en met een zorgplan vorm kan worden gegeven. Een knelpunt binnen het model met integrale prestaties is de wijze waarop de schakeltaken vorm moet krijgen. Dit is bij uitstek een vrije functie die door verpleegkundigen wordt ingevuld voordat daadwerkelijk geïndiceerde zorg wordt geleverd. Integrale zorgverlening wordt voorop gesteld, waarbij het niet wenselijk is de reguliere verpleegkundige en schakeltaken uiteen te halen. De declaratie van een separate prestatie aan een ieder die profijt heeft van de schakeltaken, ligt dan ook niet in de rede. Zeker niet als ook het eigen risico en/of eigen bijdrage van de verzekerde een rol gaan spelen bij de financiering van deze zorg.

Binnen het model van integrale prestaties wordt deze functie daarom vanuit de integrale prestaties geleverd. Dat betekent dat in de tarifiering van de pakketten voor de reguliere verpleging tevens een opslag verwerkt wordt die de regionale beschikbaarheid van de schakeltaken dekt. De meest voor de hand liggende wijze is om dit in een separate module op de bestaande prestaties vorm te geven. Deze module zou een maximumtarief kunnen hebben, waarmee de landelijk beschikbare middelen tot uiting kunnen komen. Echter een vrij tarief voor deze module maakt het veel meer mogelijk om uiting te geven aan de bekostiging van regionale differentiatie die kenmerkend is voor de inzet van schakeltaken.²¹

Laag 3: Uitkomstbeloning

Een belangrijk deel van de visie op de eerstelijnszorg zoals deze door de minister is geschetst, is de onderlinge samenwerking en integrale zorgverlening tussen verschillende aanbieders binnen de eerste lijn en

²⁰ Zie hierover ook par. 4.2.1.

²¹ Zie voor een analyse van vrije prijsvorming par. 4.2.1

ook daarbuiten. Het bekostigingsmodel zou deze samenwerking en integraliteit moeten versterken.

Hoewel we in het model enkel de bekostiging thuisverpleging beschrijven, is het wel mogelijk om via deze bekostiging de integrale samenwerking mogelijk te maken. Dat kan door “het samenwerken” te belonen. Beter is om te belonen voor goede zorguitkomsten die het resultaat zijn van goede samenwerking. In beide gevallen is een mate van flexibiliteit in de tarieven voor de prestaties gewenst en nodig die goede resultaten aanvullend beloont. Dit kan middels maximumtarieven of middels aanvullende modules met een vrij tarief bovenop de bestaande prestaties. Deze modules kunnen tussen aanbieder en verzekeraar overeengekomen worden als aan voorwaarden wordt voldaan die de zorgverzekeraar formuleert. Dit alles conform de opzet van zowel de huidige als de toekomstige huisartsenbekostiging. Deze analogie maakt het ook mogelijk voor zorgverzekeraars om afspraken te maken met zowel huisartsen als verpleegkundigen over dezelfde onderwerpen, en gelijksoortige beloningsstructuren op te zetten. De samenhang tussen de huisartsenbekostiging en de bekostiging voor thuisverpleging wordt daarmee gevormd door een gezamenlijk financieel belang voor beide zorgaanbieders bij dezelfde zorguitkomsten. Deze bekostigingslaag kan overigens niet enkel worden ingezet voor samenwerking tussen huisarts en verpleegkundige, maar dient juist om verregaande samenwerking tussen deze zorgaanbieders en zorgverleners binnen het Wmo- en AWBZ-domein mogelijk te maken.

Deze plusmodules kunnen geheel vrij worden gelaten of met behulp van nadere NZa-regulering een meer landelijk uniforme opzet krijgen. Vooraf gedefinieerde speerpunten als multidisciplinaire samenwerking en overige kwaliteitscriteria kunnen op deze wijze ook via de bekostiging inzichtelijk worden gemaakt en gestimuleerd.

5.1.3 Zorginkoop en keuzevrijheid

Inkoop van zorg door zorgverzekeraars gebeurt op dezelfde manier als de overige eerstelijns zorg binnen de Zvw die ook op prestatiebekostiging is ingericht.

5.1.4 Mogelijke effecten en aandachtspunten

In deze paragraaf geven wij een overzicht van enkele effecten en aandachtspunten die passen bij het model zoals beschreven in 5.1. Hierdoor ontstaat een beeld van de voor- en nadelen van deze vorm van prestatiebekostiging.

5.1.5 Kwaliteit, transparantie en doelmatigheid

Dit model is in de basis een prestatiesystematiek die primair beloont om zorg te verlenen. De prikkel tot het verlenen van meer zorg per patiënt is echter ingeperkt door de samenstelling van de prestaties. Upcoding is moeilijker uit te leggen als het zorginhoudelijke verschil tussen de prestaties groot is. Zodra een patiënt duidelijk binnen één te declareren zorgpakket valt, heeft de zorgaanbieder juist een financieel belang om de zorg zo doelmatig en efficiënt mogelijk in te zetten.

Zolang sprake is van een flexibel tarief heeft de zorgverzekeraar de ruimte om te belonen op basis van kwaliteit. De mogelijkheden en knelpunten zijn hier gelijk aan de overige sectoren binnen de Zvw. De bekostigingssystematiek kan zelf al enigszins sturing bieden in de wijze waarop zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken over de kwaliteit, door de overeen te komen plusmodules te benoemen.

5.1.6 Toegankelijkheid en keuzevrijheid

Toegankelijkheid (voor patiënten en voor nieuwe aanbieders) en keuzevrijheid worden niet gehinderd door prestatiebekostiging. In het voorgestelde model moeten de schakeltaken bekostigd worden door middel van de integrale prestaties. Een aanbieder kan zich hiermee niet volledig specialiseren in bijvoorbeeld de schakeltaken of specialistische verpleging die uit de module bekostigd wordt, zonder ook de reguliere thuisverpleging aan te bieden. Dit kan een toegangsdrempel vormen voor gespecialiseerde aanbieders.

5.1.7 Macro budgettaire beheersbaarheid

Iedere vorm van prestatiebekostiging kent een risico op het vlak van macro budgettaire beheersbaarheid. Voor de zorgaanbieder blijft het met elke vorm van prestatiebekostiging lucratief om meer patiënten te behandelen. Dit gegeven, gecombineerd met de constatering dat de CIZ-indicatie per 2015 niet meer van toepassing is en dat verpleegkundigen zelf indiceren welke zorg benodigd is, maakt dat dit model een risico in zich draagt van macro-volume-groei. De introductie van dit model per 2015 vereist daarmee ook dat zorgverzekeraars voldoende op hun taken zijn berekend en via kritische zorginkoop en polisvoorwaarden voldoende tegenwicht kunnen bieden.

Zoals in par. 3.3.2 uiteengezet bestaan er verschillende aanvullende maatregelen voor macro budgettaire beheersing.

Een belangrijke ontwikkeling die van invloed kan zijn op de macrokosten is de extramuralisering in de AWBZ en GGZ. Hierdoor komen in potentie meer patiënten in extramurale zorgvormen terecht, hetgeen leidt tot meer volume en daardoor meer macrokosten. Het wordt lastig om onderscheid te maken tussen de trend van extramuralisering en mogelijke gestuurde volume-groei door de aanbieder.

5.1.8 Speelveld van aanbieders

De introductie van prestatiebekostiging hoeft niets te wijzigen aan de samenstelling van het huidige speelveld en maakt ook nieuwe toetreding mogelijk. Wel dwingt het aanbieders om zowel reguliere verpleging als schakeltaken aan te bieden, zoals beschreven in 5.2.2.

5.1.9 Concurrentie tussen verzekeraars

Prestatiebekostiging ten algemene is een model dat past bij concurrerende zorgverzekeraars. De mate waarin deze concurrentie plaatsvindt of moet plaatsvinden is en wordt niet voorgeschreven in de Zvw.

Voor reguliere thuisverpleging (de basisprestaties) lijkt inkoop door concurrerende zorgverzekeraars geen probleem. Echter, met name de component "schakeltaken" vraagt veel meer om een gezamenlijke aanpak van lokale problematiek dan om concurrerende zorgverzekeraars met ieder een eigen strategie. Met name voor dit deel van de verpleging is het binnen dit model denkbaar dat een zorginkoopmodel wordt ontwikkeld dan wel opgelegd waarbij zorgverzekeraars elkaar volgen bij de inkoop van de module schakeltaken.

5.1.10 Onafhankelijkheid rondom schakeltaken

Zoals in 5.1 aangegeven is de bekostiging van beschikbaarheid van schakeltaken via opslagen op de tarieven voor reguliere verpleging niet de optimale methode om deze functie tot ontwikkeling te brengen. Zo is de beschikbaarheid van de schakeltaken afhankelijk van het volume dat via de prestaties thuisverpleging wordt gegenereerd. Dit is een omgekeerde financiële prikkel.

Tevens zijn de aanvullende middelen voor de intensivering van schakeltaken door wijkverpleegkundigen lastig te verdelen over de integrale prestaties verpleging. Voor een goede verdeling van deze middelen zal een methode moeten worden ontwikkeld. Bijvoorbeeld een verdeling onder verzekeraars die deze middelen vervolgens inzetten voor het bevorderen van de schakeltaken door verpleegkundigen in verschillende regio's.

5.1.11 Positie van de verzekerde/patiënt

De verzekerde/patiënt heeft binnen dit model dezelfde positie als binnen alle overige zorgmarkten binnen de Zvw. Zij worden verondersteld te kiezen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Keuzevrijheid voor de verzekerde/patiënt is daarbij een voorwaarde en goed mogelijk in een systeem van prestatiebekostiging.

5.1.12 Substitutie van zorg

Prestatiebekostiging kan de zorgaanbieder een prikkel geven om zorg naar zich toe te trekken. Dit kan ook zorg vanuit andere, duurdere domeinen zijn. Een zorgverzekeraar kan de flexibiliteit in de tarieven hanteren om hier aanvullende afspraken met de aanbieder over te maken. Daardoor kan de zorgverzekeraar sturend optreden om substitutie te bevorderen.

5.1.13 Samenwerking met/aansluiting op het sociale domein

Over de samenwerking met het sociale domein kan de verzekeraar afspraken maken met de zorgaanbieders, die mogelijk tot financiële compensatie van aanvullende inspanningen leiden via laag 2 en 3. Zie hierover par. 5.1.2. Zorgverzekeraars kunnen afspraken maken met gemeenten en betrokken organisaties over aanvullende vormen van samenwerking in strategie. Dit laatste kan ongeacht de bekostigingssystematiek die gekozen wordt binnen de Zvw.

Ook in samenwerking en communicatie tussen de eerste- en tweedelijnszorg is winst te behalen voor de verzekerde/patiënt. Voorbeeld hiervoor is de samenwerking tussen de eerstelijns verloskundige zorgaanbieders en tweedelijns verloskundige aanbieders.

Verder geldt ook in dit model dat afwenteling kan worden voorkomen door een duidelijke aanspraak. Relevant is ook een voldoende samenwerking in de Zvw, AWBZ en Wmo domeinen bij de toegang tot de verschillende zorgvormen. Niet uit te sluiten is, dat door de mogelijke budgettaire krapte in het Wmo afwenteling naar de Zvw plaatsvindt, als de bekostiging van de wijkverpleegkundige zorg op volumebasis plaatsvindt.

5.1.14 Administratieve lasten

Als gevolg van het samenstellen van pakketten van verpleegkundige zorg in verschillende zorgzwaartes kunnen de administratieve lasten voor

de aanbieder en verzekeraar zoveel mogelijk beperkt worden. Het is voor de NZa echter niet goed te bepalen welke registratie zorgaanbieders en verzekeraars nodig hebben voor het uitvoeren van hun taken. Het precieze effect op de administratieve lasten is dan ook niet goed te bepalen.

5.1.15 Herkenning historie van gegevens i.v.m. risicoverevening

De risicoverevening is vanaf 2017 conform de overige eerstelijnszorg georganiseerd. De zorgverzekeraar wordt ex ante gecompenseerd voor zorgzwaarte van zijn verzekerdenpopulatie en loopt vervolgens 100% risico op de te vergoeden zorg. De verzekeraar heeft hiermee de prikkel om de zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen of zelfs af te wentelen. Dit laatste is voor thuisverpleging een reëel risico omdat afwenteling richting Wmo een direct korte termijnvoordeel voor de zorgverzekeraar kan opleveren. Ook dit maakt goede afspraken tussen zorgverzekeraars en gemeenten noodzakelijk om het systeem naar behoren te laten functioneren.

Tot 2017 wordt de zorgverzekeraar 100% ex post gecompenseerd. Hier ontstaat de situatie dat de zorgverzekeraar nog geen korte termijn prikkel heeft om doelmatig in te kopen. Echter, aangezien de zorgverzekeraars binnen twee jaar al 100% risicodragend zijn, is de verwachting dat zorgverzekeraars vanaf de overheveling zich zullen inspannen om de zorginkoop zo scherp mogelijk in te richten.

5.1.16 Risico's toezichtbaarheid

We hebben de contouren van het bekostigingsmodel Integrale prestaties nog slechts in grote lijnen in beeld. Dat geldt daarmee ook voor de toezichtaspecten.

Het grootste risico wordt in dit model het voorkomen van 'upcoden'. De systematiek kent een prikkel om zoveel als mogelijk zwaardere pakketten te leveren dan voor de indicatie noodzakelijk zou zijn, omdat de tarieven hiervoor hoger zijn. Met de opbouw van de verschillende schijven, een goede omschrijving van de profielen van zorgzwaarte per pakket, en eventueel aanvullende regelgeving moet deze upcoding zoveel mogelijk worden voorkomen.

De toegang tot de pakketten wordt bepaald door vooraf patiëntprofielen of zorgzwaarteprofielen vast te stellen. Hierdoor is het controleerbaar of een bepaald type patiënt het juiste pakket aan zorg ontvangt. Een alternatief is om de bekostiging te baseren op het overeengekomen zorgplan. Voordeel van deze optie is de flexibiliteit, maar nadeel is dat patiënt en zorgaanbieder een belang hebben om de hoeveelheid uren zorg hoger in te schatten. Het patiëntprofiel/zorgzwaarteprofiel/zorgplan wordt onderdeel van de prestatie-omschrijvingen van de NZa. Hierdoor wordt oneigenlijk gebruik van prestaties verboden en handhaafbaar.

Tevens is er een risico van te weinig coördinatie tussen de Zvw wijkverpleegkundige zorg en de overige zorg en de zorg- en dienstverlening buiten het Zvw domein waardoor de informatievoorziening aan de patiënt en dossiervorming tekortschiet.

5.2 Tijdpad invoering

Per 1 januari 2015 wordt de aanspraak thuisverpleging in de Zvw neergelegd. Om deze zorg tijdig te kunnen contracteren stelt de NZa op 1 juli 2014 het beleid voor de bekostiging vast. Na advies van de NZa aan de minister in oktober 2013 moet dan ook spoedig een besluit volgen over het model voor bekostiging. De NZa moet in 2014 voldoende tijd hebben om, in samenspraak met de veldpartijen, het beleid voor 2015 vast te stellen. Daarmee is een reëel risico dat invoering van deze bekostigingssystematiek per 1 januari 2015 te vroeg is, afhankelijk van eventuele knelpunten bij de verdere ontwikkeling van prestaties.

5.3 Samenvatting voor- en nadelen

Deze bekostigingsvariant is gebaseerd op integrale prestaties thuisverpleging die op patiëntniveau worden gedeclareerd conform de principes van prestatiebekostiging. De prestaties variëren naar zorgzwaarte van de patiënt en bevatten een totaalpakket aan thuisverpleging en de daarmee verbonden persoonlijke verzorging. Ook dit tarief bestaat uit twee lagen: een basislaag voor de integrale prestatie waarbij een module is inbegrepen voor de beschikbaarheid van schakeltaken en daarmee de infrastructuur in de wijk. Ook dit model kent een aanvullende laag met een tarief voor uitkomstbeloning.

De analyse van deze bekostigingsvorm levert een beeld op van de voor- en nadelen van prestatiebekostiging als bekostigingsmodel voor thuisverpleging bij overheveling naar de Zvw. Deze variant maakt een eenvoudige bekostiging mogelijk, gebaseerd op een beperkt aantal prestaties die op patiëntniveau in rekening kunnen worden gebracht. De zorginkoop door zorgverzekeraars, concurrentie tussen zorgaanbieders en keuzevrijheid van verzekerden zijn daarmee gelijk aan de overige vormen van eerstelijnszorg. Nadelen die aan deze bekostiging kleven liggen voornamelijk op het vlak van het creëren van een wijkinfrastructuur voor beschikbaarheid en schakeltaken van de wijkverpleegkundige. Daarnaast vergt het vaststellen van een eenvoudige prestatiestructuur met kostendeckende tarieven nader onderzoek. Daarmee is een reëel risico voor dit traject dat invoering van deze bekostigingssystematiek per 1 januari 2015 te vroeg is, afhankelijk van eventuele knelpunten bij de verdere ontwikkeling van prestaties. Indien geen voldoende onderscheidende prestaties worden ontwikkeld, bestaat tevens een risico tot upcoding. Tot slot bestaat in 2015 en 2016 (wanneer verzekeraars nog niet risicodragend zijn) een risico op volumegroei indien niet in een aanvullend systeem van macrokostenbeheersing wordt voorzien.

6. Openstaande vraagstukken

Dit afsluitende hoofdstuk beschrijft een aantal vraagstukken in de Hervorming Langdurige Zorg waarvan de uitkomst nog niet geheel duidelijk is. Van een aantal prestaties in de huidige extramurale AWBZ-zorg is nog niet zeker of en wanneer deze worden overgeheveld naar de Zvw. Daarnaast bestaan nog enkele 'rafelranden' waar op dit moment in de politiek nog discussies over gaande zijn. Ten slotte is het voor ons essentieel dat het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg (Bub WMG) wordt aangepast.

6.1 Huidige prestaties

Binnen de huidige prestaties extramurale AWBZ-zorg zijn nog een aantal prestaties die nauw verbonden zijn met de thuisverpleging, maar waarvan nog geen besluit is genomen of deze naar de Zvw worden overgeheveld.

6.1.1 ADL-assistentie

ADL-assistentie is assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen. Voor cliënten die voldoende zelfstandig de regie over de zorgverlening kunnen voeren bestaan ADL-clusterwoningen, waarbij meerdere woningen zijn gesitueerd in woonwijken (ca. 12 – 20 ADL-clusterwoningen in een wijk). Kenmerkend voor ADL-assistentie is dat de zorg extramuraal, op afroep en op basis van een 24-uurs beschikbaarheid wordt geleverd. De zorgverlening bestaat uit persoonlijke verzorging (PV), verpleging (VP) en hand- en spandiensten (H&S). De zorgverlening is gericht op het behouden van de eigen regie van cliënten over hun leven.

Momenteel wonen ruim 1350 cliënten in ADL-clusterwoningen, verdeeld over 100 ADL-clusters in het hele land. Sinds 2012 wordt ADL-assistentie, dat eerder werd geleverd vanuit een subsidieregeling, regulier bekostigd op basis van de tijdelijke prestatie ADL assistentie. Deze prestatie bestaat uit een combinatie van verpleging, persoonlijke verzorging en hand- en spandiensten. Het is nog niet bekend of het deel van deze zorg dat betrekking heeft op verpleging en daarmee verbonden persoonlijke verzorging onderdeel is van de nieuwe aanspraak thuisverpleging.

6.1.2 Begeleiding

In de beleidsregel extramurale AWBZ-zorg zijn nog een tweetal prestaties opgenomen die worden geschaard onder de functie begeleiding maar samenhangen met verpleging. Dit betreffen:

- *Nachtverzorging*: 'Het gedurende de nacht bieden van een veilig logeerafres. Inhoud: intake, lichamelijke verzorging, hulp bij eten en drinken, medicijnen klaarzetten en toedienen, maaltijdverzorging, het ter beschikking stellen van een verblijf en rustruimte.'
- *Nachtverpleging*: 'Het gedurende de nacht bieden van een veilig logeerafres, waar continu multidisciplinaire zorg aanwezig is.'

Omdat deze prestaties behoren bij de functie begeleiding is overheveling naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) beoogd. In dat geval zal echter op dit vlak nauwe samenwerking met de gemeenten moeten worden vormgegeven.

6.1.3 Behandeling

Voor de functie 'Behandeling' door specialist ouderengeneeskunde of een andere professional (prestatie "behandeling som/pg/vg/lg/zg") is nog geen besluit genomen voor overheveling. Het CVZ is momenteel bezig met een verkenning of deze functie onder de Zvw zou passen. Vooralsnog valt deze mogelijke overheveling dus buiten de scope van dit consultatiedocument.

6.2 Rafelranden

In de brief van de Staatssecretaris van het ministerie van VWS van 9 juli 2013 omtrent de voortgang Hervorming Langdurige Zorg²² is gezegd dat het nog niet duidelijk is of de volgende groepen onder deze aanspraak zullen vallen:

- Intensieve kindzorg
- Palliatieve zorg
- ADL – clusterwoningen

6.2.1 Intensieve Kindzorg

Intensieve kindzorg (IKZ) is een verzamelnaam voor intensieve zorgverlening aan een kind, die onder te verdelen is in drie groepen:

- Kinderen die IKZ krijgen, geleverd door kinderthuiszorgorganisaties.
- Kinderen die IKZ krijgen in verpleegkundige kinderdagverblijven.
- Kinderen die IKZ krijgen in een kinderspice.

In 2011 zijn door het CIZ 3500 indicaties voor IKZ ten laste van de AWBZ afgegeven.

IKZ in een kinderspice

In 2011 kregen 65 kinderen de IKZ in een setting van een kinderspice. Een kinderspice is geen toegelaten instelling conform de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi), maar wel een setting waar kinderen verblijven en behandeling kunnen krijgen door een huisarts of medisch specialist, naast de verpleegkundige zorg. Het verschil met een hospice voor volwassenen is dat de levensverwachting van een kind in een kinderspice langer is dan gemiddeld drie maanden, voordat ze overlijden. De overeenkomst met volwassenen in een hospice is een levensbedreigende of levensduur beperkende ernstige (somatische) aandoening zonder zicht op genezing, waarbij toezicht en hulp permanent aanwezig is of voortdurend in de nabijheid is.

Respijtzorg

Respijtzorg is zorg in situaties, waarin de partner, ouder of huisgenoot die feitelijke gebruikelijke zorg op zich dient te nemen, daar niet meer toe in staat is wegens (dreigende) overbelasting, die anderszins niet door hem op te lossen is. Een onderzoek van het CIZ laat zien, dat voor kinderen met IKZ in een kinderspice 70% van de zorg respijtzorg is, 20% MSVT en 10% woonzorg.

De woonfunctie en ondersteuning zal worden belegd bij gemeenten. Voor het fenomeen kinderspice zullen de betreffende aanbieders dus in

²² Brief Staatssecretaris ministerie VWS. 'Voortgang Hervormingen Langdurige Zorg'. 9 juli 2013

gesprek moeten met gemeenten waar ze in gevestigd zijn. Hierdoor kunnen ook makkelijker nieuwe toetreders ontstaan dan nu het geval is. Kinderen onder de 18 jaar houden toegang tot de kern-AWBZ als zij een van de volgende ZZP's hebben: ZZP LG 2, ZZP LG 3, ZZP LG 4, ZZP LG 5, ZZP LG 6, ZZP LG 7, ZZP VG 4, ZZP VG 5, ZZP VG 6, ZZP VG 7, ZZP VG 8, de ZZP's auditief en/of visueel 2 en hoger en tevens SGLVG.

Kinderen in een verpleegkundig kinderdagverblijf zullen een andere verdeling hebben van respijtzorg-MSVT-woonzorg dan kinderen in een kinderspice. Datzelfde geldt natuurlijk ook voor de kinderthuiszorgorganisaties. Het trekken van een scheiding tussen Zvw-zorg en Wmo-zorg zal op basis van nader inhoudelijk onderzoek moeten plaats vinden.

6.2.2 Palliatieve zorg

Over de term 'palliatieve zorg' bestaat nogal eens verwarring. Er zijn mensen die de zorg hieronder scharen, als bij een patiënt het eindstadium ('terminale fase') van zijn aandoening te constateren is. Vele aandoeningen verslechteren gradueel en kennen een eindfase, waarin alleen nog ondersteunende behandeling mogelijk is. Dat is iets anders dan de medische situatie, waarin het naderende levenseinde dichtbij is. De medische beschrijving van palliatieve zorg heeft dus betrekking op zorg van mensen die een korte levensverwachting hebben: 3 maanden of korter. In een hiervoor bedoelde huisartsenmodule wordt bij intensieve zorg voor patiënten die op korte termijn zullen gaan overlijden gesproken over 13 weken.

Het levenseinde kan in meer of mindere mate gekenmerkt worden door technologische handelingen (zoals een infuuspomp epiduraal wegens pijnbestrijding). Bij overheveling van de thuisverpleging zal de palliatief terminale zorg in totaliteit daaronder kunnen vallen. Zie hiervoor ook het CVZ pakketadvies 2008: *"Bij thuisbeademing en bij palliatief-terminale zorg is directe beschikbaarheid van verpleging noodzakelijk. De verpleging is nauw verweven met andere zorg die in de AWBZ is geregeld, zoals persoonlijke verzorging. Verzekerden met thuisbeademing kunnen die acute zorg met een persoonsgebonden budget vaak heel doelmatig organiseren. Daarom adviseert het CVZ de verpleging bij thuisbeademing en bij palliatief-terminale zorg voorlopig onder de AWBZ te laten vallen"*²³.

6.3 Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg (Bub Wmg)

In artikel 5 van het Besluit Uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg (Bub Wmg) is expliciet vermeld dat de NZa geen separate prestaties vaststelt voor zorg verleend onder eigen verantwoordelijkheid door verpleegkundigen en verzorgenden in de individuele gezondheidszorg, tenzij deze onder de AWBZ vallen. De intentie hierachter is dat alle verpleging die nu binnen de ZVW valt onderdeel is van curatieve prestaties onder verantwoordelijkheid van bijvoorbeeld medisch specialisten en huisartsen. Verpleging "an sich" is daarmee geen declarabele eenheid. Met de overheveling vanuit de AWBZ van de prestatie extramurale verpleging, ligt het zeer voor de hand dat de

²³ CVZ, rapport pakketadvies 2008, Verpleging bij thuisbeademing en palliatief-terminale zorg, juli 2007, p. 21.

verpleging “an sich” wel een separate declarabele eenheid wordt, in welke vorm dan ook.

Dit artikel moet daarmee worden aangepast voor het vaststellen van zelfstandige prestaties verpleging in de Zvw door de NZa.

Bijlage A – Brief aanvraag uitvoeringstoets bekostiging verpleging



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Nederlandse Zorgautoriteit
mr. drs. T.W. Langejan
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg

Bezoekadres:
Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
drs. B.E.J. Starren
Beleidscoördinator
T 070-3407915
be.starren@minvws.nl

Kenmerk
133570-107140-CZ

22 JULI 2013

Datum
Betreft Aanvraag uitvoeringstoets bekostiging thuisverpleging

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*

Geachte heer Langejan,

In het Regeerakkoord is opgenomen dat de extramurale verpleging met ingang van 2015 niet meer vanuit de AWBZ, maar vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) wordt bekostigd. Het Regeerakkoord stelt verder dat de bekostiging van extramurale verpleging onder het zelfde systeem van populatiegebonden bekostiging valt als de huisartsenzorg. De huidige indicatiestelling vervalt en de patiënt krijgt meer zorg op maat en in de buurt waardoor deze langer thuis kan blijven wonen.

Het Regeerakkoord geeft tevens aan dat voor de jaren 2015 en 2016 een hoofdlijnenakkoord wordt gesloten met verzekeraars, waarin het budgetplafond voor de uitvoering van de functie verpleging en het tempo van opbouw van de risicodragendheid van zorgverzekeraars wordt vastgelegd. Vanaf 2017 zullen zorgverzekeraars risicodragend zijn. Door middel van deze brief verzoek ik u om een uitvoeringstoets te doen ten behoeve van de toekomstige bekostiging van de extramurale verpleging.

1. Belang van integrale zorgverlening

Om als verpleegkundige succesvol te kunnen opereren is het van belang dat nauwe samenwerking plaatsvindt met de huisarts. De overheveling naar de Zvw maakt het mogelijk voor verzekeraars om beide type zorg in samenhang in te kopen. Daarnaast wordt het ook voor de aanbieders makkelijker om de zorgketens in samenhang te organiseren. Om deze samenhang te bewerkstelligen wordt gestreefd naar een vergelijkbare manier van bekostiging en naar samenwerkingspraktijken, zodat ingespeeld kan worden op de specifieke situatie in een wijk/gebied.

Inmiddels is besloten om de wijkverpleegkundige zorg die in de huidige bekostiging geen plek heeft, ook onderdeel te laten zijn van de Zvw. De zorg die onder



andere door de huidige "zichtbare schakel" wordt geleverd, draagt bij aan substitutie van zorg, kwaliteitsverbetering en kostenbeheersing in de zorg. Op dit moment wordt deze zorg nog grotendeels op tijdelijke basis gefinancierd en geleverd. Ik wil deze activiteiten (weer) structureel inbedden in de zorg en structureel financieren. Verpleegkundigen krijgen op die manier de kans om te kunnen werken aan integrale zorg en samenhang in preventie, wonen, zorg en welzijn in de wijk. Van belang hierbij te vermelden is dat ik de wijkverpleegkundige naast de huisarts wil positioneren, zodat beide in een gelijkwaardige relatie met elkaar de uitdaging van meer zorg in de buurt aan kunnen gaan. De toegang tot zorg met behulp van de indicatiestelling vindt eigenstandig plaats. Ook de bekostiging kent voor beide type zorg eigen betaaltitels. Dat neemt niet weg dat in het bekostigingsmodel voor thuisverpleging mogelijkheden moeten zijn verbinding te leggen met de toekomstige bekostiging van huisartsenzorg.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg

Kenmerk
133570-107140-CZ

Er is besloten dat voor wijkverpleegkundige zorg € 200 miljoen beschikbaar komt. Hierbij geldt dat een groeipad is afgesproken dat leidt tot de beschikbaarheid van € 40 miljoen in 2015, € 80 miljoen in 2016 en uiteindelijk € 200 miljoen vanaf 2017. Tevens worden de gemeenten financieel ad. € 50 miljoen in staat gesteld te investeren in sociale wijkteams zodat de noodzakelijke verbinding tussen zorg en welzijn in de wijk wordt gemaakt.

2. Aanspraak "thuisverpleging" in de Zvw

Vanaf 2015 zal sprake zijn van een nieuwe aanspraak "thuisverpleging". Deze aanspraak zal omschreven worden als 'zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden' *ivm geneeskundige zorg*. Een deel van de huidige persoonlijke verzorging (PV) in de AWBZ zal ook een plek krijgen binnen de Zvw. De nieuw te vormen aanspraak "thuisverpleging" in de Zvw omvat naast verpleging daarmee ook de verzorgende activiteiten die onlosmakelijk met deze verpleging zijn vervlochten. Minder complexe zorgtaken zoals bijvoorbeeld wassen en aankleden worden alleen vanuit de Zvw vergoed als deze in het kader van geneeskundige zorg noodzakelijk is. Het gaat hierbij om ca. 20% van de huidige persoonlijke verzorging in de AWBZ.

De aanspraak zal zoals het er nu naar uitziet, de verschillende onderdelen van de extramurale verpleging gaan omvatten, te weten:

- de huidige extramurale verpleging in de AWBZ;
- activiteiten uit de huidige PV die gerekend kunnen worden tot verpleegkundige handelingen (zogenaamde PV-speciaal);
- PV- activiteiten die inherent met verpleging zijn vervlochten. Dit houdt in dat cliënten die verpleging nodig hebben en waarbij hun vraag naar persoonlijke verzorging zo vervlochten is met hun verpleging, dit beide uit de Zvw geboden krijgen. Dit is dus afhankelijk van de zorgvraag van de cliënt;
- de zorgtaken die nu onder andere worden uitgevoerd door wijkverpleegkundigen onder het programma zichtbare schakel. Dit betreft onder andere taken zoals het registreren en coördineren van de zorg voor de cliënt, preventieve taken en het signaleren van een mogelijke zorgvraag. Onder dit onderdeel wordt ook de inzet van casemanagement verstaan.
- de zogenaamde medisch specialistische verpleging thuis, die nu al onder de Zvw valt. Dit is verpleging die mensen thuis ontvangen, onder de verantwoordelijkheid van een medisch specialist.

De behoefte aan verpleegkundige zorg vloeit voort uit een ziekte, aandoening of



beperking. Het is aan de verpleegkundige om de behoefte aan verpleegkundige zorg naar aard, inhoud en omvang te bepalen, de zogenaamde indicatiestelling. Het is ook aan de professionele deskundigheid van de verpleegkundige, om te bepalen op welk moment afstemming met de huisarts of medisch specialist plaatsvindt.

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg

Kenmerk
133570-107140-CZ

3. Beleidsmatige uitgangspunten bekostiging thuisverpleging

Voor de bekostiging van de extramurale verpleging gelden grotendeels dezelfde uitgangspunten als voor de huisartsenbekostiging.

- 1) De bekostiging dient te voorzien in een populatiegebonden deel. Hieronder verstaan we dat (een deel van) de bekostiging plaatsvindt op basis van populatiekenmerken die voldoende bepalend zijn voor de zorgvraag. Op dit moment wordt onder andere gedacht aan demografie, epidemiologie en sociaal economische status. Wellicht kan het onderzoek dat de universiteit van Maastricht uitvoert naar de populatiekenmerken die op dit moment al in de praktijk worden gebruikt, hierbij als input dienen. De verwachting is dat in september een rapportage wordt opgeleverd. Daarnaast dient het populatiegebonden deel goed aan te sluiten op andere vormen van zorg en ondersteuning, met als doel het bevorderen van samenwerking binnen de eerste lijn;
- 2) Binnen de bekostiging dient ruimte te zijn voor aanvullende beloningsafspraken op basis van (gezondheids)uitkomsten. Die afspraken zijn onder andere gericht op het vervangen van tweedelijnszorg door de eerste lijn, het ontmoedigen van onnodige doorverwijzingen en het bevorderen van chronische zorg in de eerste lijn;
- 3) De bekostiging moet een verschuiving bevorderen van professionele zorg naar zelf- en mantelzorg en van specialistische zorg naar minder complexe zorg.
- 4) Met de nieuwe bekostiging wordt beoogd de volumeprikkels die in de huidige bekostiging van extramurale verpleging is verweven door iedere handeling te koppelen aan een tarief, weg te nemen.
- 5) Ook de samenwerking tussen de eerstelijns zorgaanbieders en aanbieders in het sociale domein zou bij voorkeur een plek moeten krijgen in de bekostiging, door het bijvoorbeeld als voorwaarde aan een tarief of prestatie te koppelen. Hierbij geldt als uitgangspunt dat de bekostiging de samenwerking stimuleert.

4. Modellen nieuwe bekostiging

Bij de vormgeving van de bekostiging vind ik het wegnemen van de volumeprikkels die in de huidige AWBZ bestaat in de vorm van "uurtje factuurtje" van belang. Bekostiging van losse taken wil ik in de toekomst vermijden. De integrale interventie dient als uitgangspunt voor bekostiging. Ik wil u verzoeken om in ieder geval 2 modellen uit te werken die dit uitgangspunt hanteren.

A. Model op basis van integrale prestaties:

Hierbij denk ik aan een wijze van bekostiging die overeenkomsten heeft met de wijze van bekostiging die is gekozen voor de basis GGZ. Daar gelden straks vier zorgvraagzwaarteprodukten met een maximumtarief. Op basis van objectieve criteria wordt gekeken welk product het beste past bij de zorgvraag van de patiënt. Ook voor de verpleegkundige handelingen binnen de aanspraak thuisverpleging zie ik integrale prestaties met een bijbehorend (maximum) tarief als mogelijkheid om de volumeprikkels uit het huidige systeem te halen. De verzekeraar kan op basis van zijn verzekerde populatie beslissen hoeveel producten hij wenst in te kopen.



Binnen de bekostiging voor thuisverpleging dient ruimte te zijn voor de beloning door de verzekeraar op uitkomsten. Ik streef ernaar om enkele prestaties te omschrijven, waar verzekeraars afspraken over kunnen maken. Hierbij kan gedacht worden aan het verkorten van de tijd dat iemand in zorg is, het vergroten van zelfredzaamheid, doorverwijzingen, samenwerking tussen huisarts en verpleegkundige en samenwerking met het sociaal domein. Deze prestaties krijgen geen verplichtend karakter, maar kunnen dienen als leidraad voor de contractering. Deze ruimte wordt ook voorzien in de toekomstige huisartsenbekostiging. Op die manier kan de verzekeraar de huisartsenzorg en thuisverpleging integraal inkopen en belonen en de benodigde samenwerking tussen beide partijen belonen. Bij de uitwerking van dit onderdeel vraag ik u expliciet de eenduidigheid met de huisartsenbekostiging voorop te stellen.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg

Kenmerk
133570-107140-CZ

Voor de intensivering van de taken van de wijkverpleegkundige (onder andere de huidige zichtbare schakeltaken) wil ik zoveel mogelijk uitgaan van integrale zorgverlening. Dit betekent dat ik deze taken niet los wil plaatsen van de overige verpleegkundige taken. Ook deze onderdelen horen tot het takenpakket van een (wijk)verpleegkundige. Mijn voorkeur gaat dan ook uit naar een model waarbij deze taken onderdeel zijn van de integrale prestaties. Een mogelijkheid daarbij is om te werken met een opslag voor de wijkverpleegkundige taken (zie bijlage voor grafische weergave).

B. Model op basis van populatiebekostiging:

In tegenstelling tot het eerste model waarbij de bekostiging van start gaat als iemand in een zorg traject komt, wordt bij dit model ex ante op basis van populatiekenmerken bepaald welk bedrag in een gebied/wijk wordt besteed aan de thuisverpleging.

Ook bij dit model moet gelden dat er ruimte is voor het belonen van uitkomsten (zie bijlage voor grafische weergave).

5. Randvoorwaarden bekostiging Zvw

Omdat de bekostiging in de AWBZ anders verloopt dan in de Zvw verzoek ik u bij uw advies rekening te houden met de volgende randvoorwaarden:

- De overheveling verloopt budgettair neutraal (vanaf 2017 volgt een korting van € 30 miljoen)
- De overheveling vindt plaats per 1 januari 2015
- Er gelden adequate prikkels voor kwaliteit en doelmatigheid van zorg
- Er zijn adequate waarborgen voor de toegankelijkheid van zorg
- Er is voldoende keuzevrijheid voor de verzekerde
- Macro budgettaire beheersbaarheid is gewaarborgd
- Abrupte veranderingen in opbrengsten voor aanbieders als gevolg van wijziging van het bekostigingsstelsel (systeemrisico's) worden voorkomen.
- Er is adequate aansluiting op de bekostiging van de zorg in andere domeinen of onderdelen van de zorg zodat mogelijke afwenteling van kosten wordt voorkomen en samenwerking tussen de verschillende aanbieders wordt gestimuleerd.

6. Adviesaanvraag

Ik verzoek u mij vóór 1 oktober 2013 te adviseren over de nadere invulling van een gewenst bekostigingsmodel met inachtneming van de gestelde randvoorwaarden en uitgangspunten. Ik zal op basis van uw advies een beslissing



nemen over de wijze van bekostiging van thuisverpleging per 2015.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg

Kenmerk
133570-107140-CZ

Graag wil ik u vragen om in uw advies onderstaande vragen te betrekken:

- Welke type prestaties kunnen worden gedefinieerd op basis van bovenstaande aanspraak en mogelijke vormgeving van de bekostiging? Hoe kunnen de prestaties worden vormgegeven?
- Bij de mogelijk te definiëren prestaties wil ik graag een analyse van de fraudegevoeligheid.
- Hoe verhouden de mogelijke prestaties zich tot het systeem van concurrerende verzekeraars in de wijk?
- Welke instrumenten zijn er om de macro budgettaire beheersbaarheid te waarborgen?
- Welk type tarief is het meest geschikt binnen de gestelde randvoorwaarden?
- Welk effect heeft de nieuwe bekostiging binnen de ZvW op prikkels bij zorgaanbieders en verzekeraars op het gebied van kwaliteit, prijs en volume?
- Is het met behulp van de nieuwe prestaties straks mogelijk om in 2017 de historie van de gegevens te herkennen ivm de risicoverevening?

Ik verzoek u om in uw advisering de voor- en nadelen van de geschetste modellen in de Zorgverzekeringswet te benoemen. Hierbij is het van belang om te weten wat de effecten van de modellen zijn op onder andere de volgende onderdelen:

- Positie van de verzekerde/cliënt
- Mogelijkheid van sturing door verzekeraars
- Transparantie van kwaliteit
- Afbouw van zorg
- Administratieve lasten
- Welke effecten hebben de modellen op de diverse aanbieders in een wijk; ziet het speelveld van aanbieders er straks als gevolg van een nieuwe bekostiging anders uit?
- De onafhankelijkheid (van de eigen organisatie) van de wijkverpleegkundige?

Transitiemodel

Het moge duidelijk zijn dat ik toewerk naar een vorm van bekostiging die ik hierboven heb geschetst. Echter als blijkt dat de invulling hiervan meer tijd vergt dan beschikbaar is om te komen tot overheveling naar de ZvW per 1 januari 2015, wil ik kunnen beschikken over een transitie-model. Daarom vraag ik u mij te adviseren over de mogelijkheid van een bekostigingsvariant waarbij de nieuwe aanspraak "thuisverpleging" in de ZvW wordt bekostigd op basis van de huidige prestaties in de AWBZ. Dit zal betekenen dat voor de "wijkverpleegkundige zorg" een nieuwe prestatie danwel opslag op de huidige prestaties moet worden geformuleerd. Ik begrijp dat een transitie-model niet (geheel) kan voldoen aan de hierboven geschetste randvoorwaarden. Wel verzoek ik u de belangrijke aandachtspunten bij dit model in kaart te brengen.

Ik verzoek u bij het maken van deze uitvoeringstoets relevante veldpartijen te consulteren. Ik denk hierbij in elk geval aan de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Actiz, de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), de Landelijke Vereniging georganiseerde eerste lijn (LVG), Landelijk Overleg Ketenzorg (LOK), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). Ook de betrokkenheid van enkele aanbieders acht ik van belang.



Ik zou het op prijs stellen als u mij op periodieke basis informeert over de voortgang.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg

Kenmerk
133570-107140-CZ

Hoogachtend,
de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
namens deze,
de Directeur-Generaal Langdurige Zorg,


drs. M.J. Boereboom

Bijlage B – Beschrijvingen AWBZ- prestaties VP en PV

In deze bijlage zijn de prestatiebeschrijvingen van de extramurale prestaties VP en PV opgenomen.

PV	Persoonlijke verzorging
PV-Basis Persoonlijke verzorging (H126)	<u>Doel:</u> Geheel of gedeeltelijk overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging (met inbegrip van enige begeleiding bij die activiteiten). <u>Grondslag:</u> Een somatische (SOM) of psychogeriatrische aandoening (PG) of stoornis, een verstandelijke (VG), lichamelijke (LG) of zintuiglijke handicap (ZG) of een psychiatrische stoornis (PSY), resulterend in een tekort aan zelfredzaamheid bij persoonlijke zorg (noodzaak dat een hulpverlener de ADL-activiteiten geheel of gedeeltelijk overneemt). <u>Inhoud:</u> PV-basis omvat activiteiten op de volgende gebieden: - hulp bij Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL-taken), namelijk bij het zich wassen, zich kleden, beweging en houding (waaronder in/uit bed gaan), eten en drinken, toiletgang, eventueel ook de controle van lichaamsfuncties; - hulp bij beperkingen op het vlak van zelfverzorging van haren, sieraden omdoen, zich opmaken, scheren, mond- en gebitsverzorging, hand- en voetverzorging, aanbrengen en uitdoen van prothesen, hoortoestel aan of uitzetten, bril poetsen en opzetten, medicijnen klaarzetten (met uitzondering van het vullen van de weekdozen) en toedienen. PV-basis bevat ook advies, instructie en voorlichting aan de cliënt die in directe relatie staan met de persoonlijke verzorging, waaronder hulp bij medicijngebruik of stimulering van de cliënt bij het deels zelf uitvoeren van activiteiten. Hiertoe behoort ook het desgevraagd adviseren van informele zorgers van de cliënt.
Persoonlijke verzorging zorg op afstand aanvullend (H136)	Per aangesloten cliënt, als bedoeld in artikel 5.6, die Persoonlijke verzorging via beeldschermcommunicatie op afstand geleverd krijgt, kan extra maximaal 4 uur per maand tegen het afgesproken tarief persoonlijke verzorging zorg op afstand aanvullend worden gedeclareerd mits dit past binnen de gestelde indicatie.
Persoonlijke verzorging farmaceutische telezorg (H137)	Per aangesloten cliënt, als bedoeld in artikel 5.7, die (onderdelen van) de prestatie persoonlijke verzorging in de vorm van Farmaceutische telezorg geleverd krijgt, kan maximaal 2 uur en 30 minuten per maand tegen het afgesproken tarief persoonlijke verzorging farmaceutische telezorg worden gedeclareerd. Doelgroepen: SOM, PG, VG, LG, ZG en PSY

PV-Extra Basis + module beschikbaarheid Persoonlijke verzorging extra (H127)	<u>Doel:</u> Realisatie van 'beschikbaarheid van persoonlijke verzorging', waardoor de cliënt erop kan rekenen dat de zorgaanbieder naast planbare zorg ook oproepbare zorg levert binnen een redelijke tijd. <u>Grondslag:</u> Cliënten die zijn aangewezen op PV en die – door de aard van hun ziekte en beperkingen – naar verwachting meerdere keren per week persoonlijke verzorging moeten inroepen buiten de afgesproken vaste tijden. <u>Inhoud:</u> PV-extra voorziet in een vergoeding van de beschikbaarheid, opgevat als de tijden waarop uitvoerende beroepskrachten beschikbaar zijn voor directe zorgverlening maar niet feitelijk met die zorgverlening bezig zijn (men is oproepbaar). Uitgangspunt is de doelmatige organisatie van die beschikbaarheid met aandacht voor een voldoende schaalniveau en synergie door samenwerking van zorgaanbieders. <u>Indicatoren:</u> Noodzaak van frequent oproepbare zorg (naar verwachting meerdere keren per week). Doelgroepen: SOM, PG, VG, LG, ZG en PSY
PV-Speciaal Basis + module cliënt-kenmerk Persoonlijke verzorging speciaal (H120)	<u>Doel:</u> Geheel of gedeeltelijk overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging, welke zorg geleverd wordt in combinatie met hulp bij chronische gezondheidsproblemen (ziekenverzorging) en/of complexe zorgvraag waaronder activiteiten op het vlak van controle lichaamsfuncties, wondverzorging, begeleiding bij het omgaan met een ernstige ziekte. <u>Grondslag:</u> Een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of stoornis of handicap resulterend in een tekort aan zelfredzaamheid bij de persoonlijke zorg waardoor deze zorgactiviteiten geheel of ten dele moeten worden overgenomen. Het accent ligt op chronische gezondheids-problemen en/of complexe zorgvraag, waarbij hulp bij ADL voortdurend vervlochten moet zijn met verpleegkundige deskundigheid bij chronische ziekte. <u>Inhoud:</u> PV-speciaal omvat activiteiten op de volgende gebieden: - hulp bij ADL-taken zoals bij het zich wassen, zich kleden, beweging en houding, eten en drinken en bij zelfverzorging (haarverzorging, gebitsverzorging, etc.); - hulp bij het hanteren van de fysieke en psychische gevolgen van een ziekte behorend tot het taakgebied van ziekenverzorging; - medicijnen klaarzetten (met uitzondering van het vullen van de weekdozen) en toedienen (bij intacte huid), voeden door een bestaande sonde, in en af laten vloeien van vloeistoffen door een bestaande katheter, verzorgen van natuurlijke en onnatuurlijke lichaamsopeningen (stoma) bij een intacte huid, vernevelen, Continue Ambulante Peritoneaal Dialyse (CAPD)/ Continue Cyclische Peritoneaal Dialyse (CCPD). De aard van de zorg en/of complexiteit van de zorgvraag dan wel de verwevenheid met verpleegkundige handelingen die verricht moeten worden vereisen dat PV-speciaal doorgaans alleen geleverd kan worden door zorgverleners met een wijkziekenverzorgende en/of verpleegkundige achtergrond. Doelgroepen: SOM, PG, VG, LG, ZG en PSY

VP	Verpleging
VP-Basis Verpleging (H104)	<u>Doel:</u> Uitvoeren van verpleegkundige handelingen met het oog op herstel van gezondheid, of voorkomen van verergering van ziekte of aandoening waaronder verlichting van lijden en ongemak. Deze verpleging houdt verband met een somatische of psychogeriatrische aandoening of een lichamelijke handicap. <u>Grondslag:</u> Een somatische of een psychogeriatrische aandoening of een lichamelijke handicap. Een verstandelijk of zintuiglijk gehandicapt persoon heeft wél aanspraak op verpleging, indien de persoon een somatische of psychogeriatrische aandoening heeft die verpleegkundige zorg noodzakelijk maakt. <u>Inhoud:</u> Verheldering van de gezondheidsproblematiek van de cliënt in verpleegkundige termen en hierop aansluitend de nodige verpleegkundige interventies uitvoeren, zoals verpleegtechnisch handelen, controle lichaamsfuncties, wond- en/of stomaverzorging bij een niet intacte huid, ondersteuning bij uitscheiding (katheter, etc.), inbrengen van maagsonde of katheter, geven van injecties. <i>VP-basis</i> bevat tevens enige begeleiding tijdens de verpleging in de vorm van advisering, instructie en voorlichting over omgaan met ziekte, behandeling, therapie, hulpmiddelen, waaronder advisering van informele zorgers. <i>VP-basis</i> kan ook enige persoonlijke verzorging bevatten, voorzover die direct samenhangt met het verpleegkundig werk bij de cliënt ("80-20 regel"). Bij een structurele en substantiële inzet van ADL-hulp zal naast VP apart de functie 'persoonlijke verzorging' worden ingezet en geregistreerd. Verpleging zorg op afstand aanvullend (H107) Per aangesloten cliënt, als bedoeld in artikel 5.6, die verpleging via beeldschermcommunicatie op afstand geleverd krijgt, kan extra maximaal 4 uur per maand tegen het afgesproken tarief verpleging zorg op afstand aanvullend worden gedeclareerd mits dit past binnen de gestelde indicatie. Doelgroepen: SOM, PG en LG
VP-Extra Basis + module beschikbaarheid Verpleging extra (H128)	<u>Doel:</u> Realisatie van 'beschikbaarheid van verpleging', waardoor de cliënt erop kan rekenen dat de zorgaanbieder naast planbare zorg ook oproepbare zorg levert binnen redelijke tijd. <u>Grondslag:</u> Cliënten die zijn aangewezen op VP en die – door de aard van hun chronische ziekte en beperkingen – naar verwachting meerdere keren per week verpleegkundige hulp moeten inroepen buiten de afgesproken vaste tijden. <u>Inhoud:</u> VP-extra voorziet in een vergoeding van de beschikbaarheid, opgevat als de tijden waarop uitvoerende beroepskrachten beschikbaar zijn voor directe zorgverlening maar niet feitelijk met die zorgverlening bezig zijn (men is oproepbaar). Uitgangspunt is de doelmatige organisatie van die beschikbaarheid met aandacht voor een voldoende schaalniveau en synergie door samenwerking van zorgaanbieders. <u>Indicatoren:</u> Noodzaak van frequent oproepbare zorg (naar verwachting meerdere keren per week). Doelgroepen: SOM, PG, LG

VP-Speciaal Basis + module cliënt-kenmerk Gespecialiseerde verpleging (H106)	<u>Doel:</u> Uitvoeren van gespecialiseerde verpleegkundige handelingen met het oog op herstel van gezondheid, of voorkomen van verergering van ziekte of aandoening waaronder verlichting van lijden en ongemak. <u>Grondslag:</u> Cliënten met een somatische of een psychogeriatrische aandoening of een lichamelijke handicap. Een verstandelijk of zintuiglijk gehandicapte cliënt heeft aanspraak op verpleging, indien de cliënt een somatische of psychogeriatrische aandoening heeft die verpleegkundige zorg noodzakelijk maakt. <u>Inhoud:</u> Activiteiten op twee gebieden, waarbij de nadruk ligt op (2): 1) verheldering van de gezondheidsproblematiek van de cliënt in verpleegkundige termen en hierop aansluitend de benodigde verpleegkundige interventies uitvoeren, zoals verpleegtechnisch handelen, controle lichaamsfuncties, wond- en/of stomaverzorging bij een niet intacte huid, ondersteuning bij uitscheiding (katheter, etc.), inbrengen van maagsonde of katheter, geven van injecties; 2) gespecialiseerde verpleegkundige handelingen verrichten, zoals epidurale/spinale pijnbestrijding, intraveneuze medicatietoediening, intraveneuze vocht- en voedings-toediening, bloedtransfusie, drainage maag/thorax, fototherapie, sonde aanbrengen (maag, Percutane endoscopische gastrostomie (PEG), uitzuigen trachea, beademing, specifieke voorlichting en instructie. <i>VP-speciaal</i> bevat tevens enige begeleiding; namelijk advisering, instructie en voorlichting over omgaan met ziekte, behandeling, therapie, hulpmiddelen, waaronder advisering van informele zorgers. Deze prestatie geldt voor zover het geen verpleegkundige zorg is die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg. Bij thuisbeademing en palliatief-terminale zorg thuis zijn deze activiteiten wél onderdeel van de AWBZ. Doelgroepen: SOM, PG en LG
VP-AIV Basis Verpleging: Advies, instructie en voorlichting (H114)	– Advies, instructie en voorlichting (AIV) wordt ingezet ten behoeve van cliënten met (een kans op) een chronische ziekte en/of een langdurige beperking, in situaties waarin de verpleegkundige met de cliënt uitzoekt hoe aanwezige gezondheidsproblemen het best kunnen worden aangepakt. Deze inzet van AIV zal doorgaans plaatsvinden op basis van verwijzing van de huisarts, de medisch specialist, het ziekenhuis, revalidatiecentrum of verpleeghuis. – AIV is een vorm van kortdurende zorg, onder meer op het raakvlak van "Cure" en "Care"; en wordt gekenmerkt door enkele consulten per cliënt per jaar (doorgaans niet meer dan 3 à 4). – AIV is overwegend gebaseerd op geprotocolleerde vormen van ketenzorgprogramma's waarvan bekend is dat ze bijdragen tot 'secundaire/tertiaire preventie'; vooral Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), Diabetes Mellitus, Cerebro Vasculair Accident (CVA), Chronische Aspecifieke Respiratoire Aandoeningen (Cara), reuma, chronisch hartfalen, leren omgaan met stoma. – Het betreft consultatiewerk van (gespecialiseerde) verpleegkundigen op de genoemde terreinen; niet direct gekoppeld aan andere verzorgende of verplegende handelingen. – Het doel is het verbeteren van kennis, attitude, vaardigheden en gedrag waardoor de cliënt de nadelige gevolgen van ziekte beter kan hanteren en/of de algemene gezondheid kan verbeteren. – Op het gebruik van AIV door de cliënt is geen eigen bijdrage van toepassing. Onder advies, instructie en voorlichting wordt niet verstaan de activiteiten op het vlak van advies of voorlichting die een inherent onderdeel zijn van prestaties onder VP-basis, VP-extra en VP-speciaal.

Bijlage C – Concept-verkenning CVZ aanspraak extramurale verpleging in de Zvw

College voor zorgverzekeringen – 4 september 2013

Conceptnotitie: Extramurale verpleging en (deels) persoonlijke verzorging in de Zvw : hoe regelen we dat in de wet?

Inleiding

In ons rapport uit 2010 *Verpleging 'in de wijk': van samenhang verzekerd* hebben we voorgesteld om de aanspraak op extramurale verpleging in het Besluit zorgverzekering te regelen door het huidige artikel 2.11 Bzv als volgt te wijzigen :

Naast de in artikel 2.10 bedoelde verpleging en verzorging, omvatten verpleging en verzorging tevens zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg.

1. 'in verband met geneeskundige zorg'

'Geneeskundige zorg' vervangt 'medisch specialistische zorg', zoals opgenomen in het huidige artikel 2.11 Bzv. Door 'geneeskundige zorg' op te nemen, is het duidelijk dat het gaat om verpleegkundige zorg die samenhangt met de zorg van de medisch specialist óf met de zorg van de huisarts (over het algemeen de primaire behandelaren). De verwijzing naar 'geneeskundige zorg' lost de huidige paradoxale situatie op, dat bij samenhang met de medisch specialistische zorg de verpleegkundige zorg onder de Zvw valt en bij samenhang met de huisartsenzorg onder de AWBZ.

2. 'Zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'

Door te verwijzen naar 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' valt het gehele beroepsarsenaal van de verpleegkundigen onder de Zvw : niet alleen de verpleegkundige handelingen (zorgverlening), maar ook 'coördineren, signaleren, coachen (bijv. ondersteuning bij zelfmanagement), preventie.

3. 'Verzorging'

De toevoeging 'verzorging' vonden we toentertijd verstandig om aan te geven dat persoonlijke verzorging in alle gevallen onder de Zvw zou vallen, ook in die situaties dat er geen directe samenhang met 'verpleging' was. Als ervoor gekozen wordt om juist alleen de 'persoonlijke verzorging' onder de Zvw te brengen die nauw verweven is met de verpleging, dan is de toevoeging 'verzorging' in artikel 2.11 Bzv overbodig.

Toelichting

Ad 1. 'in verband met geneeskundige zorg'

De zinsnede 'in verband met geneeskundige zorg' heeft meerdere betekenissen en dient meerdere doelen.

a. Domein

In de eerste plaats beschrijft deze zinsnede het terrein voor de inzet van de verpleegkundige : de geneeskundige zorg (zoals omschreven in het Besluit zorgverzekering). Deze toevoeging beperkt het terrein waarop de verpleegkundige onder de basisverzekering werkzaam kan zijn. Een verpleegkundige kan immers op vele terreinen ingezet worden, naast geneeskundige zorg bijvoorbeeld ook welzijn of openbare gezondheidszorg. In die gevallen valt de verpleegkundige zorg niet onder de Zvw.

Deze zinsnede heeft niet alleen een beperkende betekenis. Onder geneeskundige zorg valt ook 'individuele preventie': de zorg die nodig is in verband met een hoog risico op een aandoening. De toevoeging geneeskundige zorg bevestigt dat de verpleegkundige zorg onder de Zvw ook preventieve zorg (gericht op de individuele verzekerde) omvat.

b. Samenwerking en bevoegdheid

'In verband met geneeskundige zorg' verwoordt ook de samenwerking die er moet zijn met andere zorgverleners. Dit zullen in eerste instantie de primaire behandelaren zijn, de huisarts en medisch specialist. Bij 'zorg in de eigen omgeving' zal het daarbij vooral om de samenwerking met de huisarts gaan. De toevoeging maakt duidelijk dat de verpleegkundige niet solistisch gaat opereren. Zij is onderdeel van de bredere eerstelijnszorg en vervult daar een generalistische rol samen met de huisarts. Daarnaast is er nog een formele overweging voor deze samenwerking. Zoals we hierboven aangaven vloeit de behoefte aan verpleegkundige zorg voort uit een ziekte/aandoening/beperking (of een hoog risico hierop). De verpleegkundige is niet (BIG-)bevoegd tot het stellen van deze diagnoses. De diagnose hiervan is, kortweg, voorbehouden aan de huisarts of de medisch specialist. Deze voorwaarde staat los van de bevoegdheid van de verpleegkundige, om, gegeven de diagnose, de behoefte aan verpleegkundige zorg in de eigen omgeving van de verzekerde te bepalen. De verpleegkundige bepaalt welke verpleegkundige zorg geleverd moeten worden; hoeveel de patiënt nog zelf kan; of er ook ondersteuning bij de ADL-activiteiten geleverd moet worden. Met andere woorden, de indicatiestelling van de verpleegkundige zorg is aan de verpleegkundige.

Het is echter niet zo, dat de verpleegkundige pas in actie kan komen, nadat de huisarts of medisch specialist een diagnose heeft gesteld. De verpleegkundige kan ook achter de voordeur van iemand komen, om eens poolshoogte te nemen. De verpleegkundige kan dit doen omdat zij bijvoorbeeld verontruste signalen heeft ontvangen over de gesteldheid van de persoon door iemand uit diens omgeving. Dit initiatief valt onder de signalerende taken van de verpleegkundige. Het is aan de professionaliteit van de verpleegkundige, om te bepalen op welk moment de afstemming met de huisarts plaatsvindt. Die moet er natuurlijk wel zijn om tot een complete, gefundeerde diagnose te komen en een eventueel behandel-/zorgtraject in gang te zetten. Voor het verloop van de onderliggende aandoening, eventuele complicaties enz. is ook weer de afstemming met de primaire behandelaar nodig.

Kortom, huisarts en verpleegkundige vormen een complementair team, de as binnen de geïntegreerde eerstelijnszorg. De afstemming die de verpleegkundige moet plegen met de huisarts (of medisch specialist) doet niets af aan de zelfstandige beroepsuitoefening van de verpleegkundige.

c. 'Vrije toegang'

Er wordt soms de vraag gesteld of er 'vrije toegang' is tot de verpleegkundige zorg die onder artikel 2.11 Bzv valt. Uit artikel 2.11 Bzv volgen geen beperkingen voor de 'toegang' tot deze verpleegkundige zorg. De vrijheid die deze bepaling op zich biedt, staat los van de bevoegdheid van de zorgverzekeraar, om voorwaarden te stellen aan de toegang tot verzekerde zorg. Dit kan bijvoorbeeld een verwijzing van de huisarts zijn of voorafgaande toestemming. De Zvw geeft de zorgverzekeraar mogelijkheid, om dit te bepalen. Dergelijke instrumenten moeten dan wel kenbaar zijn aan de verzekerde en de zorgverzekeraar specificeert deze dan ook in de polis bij de betreffende zorg.

Ad 2. Zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden

a. Het arsenaal

Zoals gezegd, het werkterrein van de verpleegkundige beperkt zich niet tot de verpleegkundige handelingen (zorgverlening). Coördineren, signaleren, preventie, coachen : dit alles rekent de verpleegkundige tot het eigen beroepsterrein (het 'arsenaal' van de beroepsgroep). Het begrip 'plegen te bieden' geeft aan welke zorg onder de basisverzekering valt. Het CVZ volgt bij de uitleg hiervan de opvattingen van de beroepsgroep. Welke zorg rekent de beroepsgroep tot het eigen beroepsterrein, het eigen arsenaal? Het is aan de beroepsgroep, om dit inzichtelijk te maken en richtlijnen, standaarden, protocollen zijn de documenten voor deze uitwerking. De verpleegkundige beroepsgroep beschikt natuurlijk al over richtlijnen, maar deze beperken zich veelal tot de technische verpleegkundige handelingen. Het is essentieel dat de verpleegkundige beroepsgroep zo snel mogelijk ook uitwerking geeft aan de andere facetten van het verpleegkundig arsenaal, bijvoorbeeld de ondersteuning van het zelfmanagement, de verbinding met het welzijnsdomein, de coördinerende taken. Dat wil zeggen dat de beroepsgroep duidelijk maakt, hoe hij met een integrale, generalistische blik kijkt naar de patiënt in zijn omgeving : wat kan hij; wat kan het sociale systeem om hem heen aan zorg bieden; welke problemen buiten de zorg liggen er. De beroepsgroep geeft ook aan hoe de verpleegkundige dwarsverbanden legt met maatschappelijk participeren, wonen en welzijn. Ook geeft de beroepsgroep in deze documenten inhoud aan de signalerende functie in de zin van omgaan met 'verontruste signalen' (zie hierboven).

b. De wijkverpleegkundige

De Zvw omschrijft welke zorg onder de basisverzekering valt. De Zvw geeft niet aan welke functionaris deze moet leveren. Het is aan de zorgverzekeraar om te bepalen 'wie' de te verzekeren zorg gaat leveren. Hij specificeert dat in zijn polis.

Dit betekent dan ook dat de 'wijkverpleegkundige' als functionaris niet terug te vinden zal zijn in de Zvw. De 'wijkverpleegkundige' valt onder de noemer 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'. Dit betekent ook dat de taken van de wijkverpleegkundige afgestemd kunnen worden op de organisatie van de zorg in een bepaalde wijk. Daarbij wordt geput uit het totale arsenaal van de beroepsgroep.

c. De indicatiestelling

De indicatiestelling voor de zorg in de eigen omgeving moet uiteindelijk ook aan de hand van de documenten van de beroepsgroep plaatsvinden. Onder de Zvw is er immers geen centraal orgaan die de indicatiestelling bewaakt. De verpleegkundige zelf zal dit helder en toetsbaar moeten doen, zoals alle beroepsgroepen onder de Zvw.

Idealiter wordt een individueel zorgplan opgesteld waarin de bijdrage en rol van iedere betrokken zorgaanbieder worden beschreven en dat de leidraad vormt voor de zorgverlening in al haar facetten.

d. Casemanagement

De verpleegkundige zorg thuis zal vaak een onderdeel zijn van de zorg door meerdere zorgaanbieders. Vandaar ook de behoefte aan coördinerende taken van de verpleegkundige, die in sommige gevallen de vorm van casemanagement zal aannemen.

Ook al valt 'casemanagement' onder 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden', het is niet alleen de verpleegkundige beroepsgroep die de inhoud van casemanagement bepaalt. Uit de literatuur blijkt bijvoorbeeld dat de 'effectiviteit' van casemanagement toeneemt, als de casemanager één van de zorgverleners aan de cliënt is. Ook is gebleken dat bij dementerende patiënten de rol van casemanager zoveel mogelijk door één persoon moet worden geleverd, los van de fluctuerende zorgbehoefte door de tijden heen. Dit zijn dan gegevenheden, waarmee de verpleegkundige rekening moet houden bij de invulling van 'casemanagement'. De zorgverzekeraar moet hiermee ook rekening houden bij de inkoop van 'casemanagement'.

Als casemanagement valt onder 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden', mag dan alleen de verpleegkundige 'casemanagement' leveren? Uit de functionele systematiek van de Zvw volgt, dat de zorg die een specifieke beroepsgroep pleegt te bieden, niet per se door de genoemde beroepsgroep geleverd moet worden. De Zvw geeft immers alleen aan welke zorg onder de basisverzekering valt ('wat'), niet 'wie' de zorg moet leveren. Iedereen die 'bekwaam en bevoegd' is om de zorg te leveren, kan dit doen onder de basisverzekering. Het is aan de zorgverzekeraar, om te bepalen 'wie' de specifieke zorg gaat leveren, gegeven de deskundigheidseisen die voor die zorg gelden. Deze deskundigheidseisen beperken dus de keuzevrijheid van de zorgverzekeraar. Afgezien van formele deskundigheidseisen die voortvloeien uit de Wet BIG, kunnen ook uit wetenschappelijk onderzoek of best practices aanwijzingen gedestilleerd worden voor een bepaald deskundigheidsniveau.

Ad 3. Verzorging

De persoonlijke verzorging die een verzekerde nodig heeft, valt onder de Zvw als deze verzorging 'nauw samenhangt' met de verpleegkundige

zorg die de persoon krijgt. Is deze koppeling er niet, dan valt de persoonlijke verzorging onder het gemeentelijke domein.²⁴ Wil een dergelijke verdeling werken dan moet er allereerst eensgezindheid zijn over de begrippen. Onder de functie persoonlijke verzorging binnen de AWBZ vallen ook handelingen die de beroepsgroep schaaft onder verpleegkundige zorg, bijvoorbeeld stoma-verzorging, toedienen medicijnen, sondevoeding. Deze handelingen vallen in de toekomst onder de Zvw. Als we het hebben over de persoonlijke verzorging die binnen het gemeentelijk domein gaat vallen, dan bedoelen we de ondersteuning bij de 'algemene dagelijkse levensverrichtingen', zoals wassen, aankleden, in en uit bed gaan.

Wat verstaan we onder 'nauwe samenhang'? Deze samenhang wordt bepaald door de zorgvraag van de patiënt : bijvoorbeeld de samenhang met specifieke verpleegkundige handelingen, de kwetsbaarheid van de patiënt die persoonlijke verzorging een geneeskundig karakter kan geven, de noodzaak van overzicht over de totale toestand van de patiënt. De verpleegkundige beroepsgroep zal moeten uitwerken wat de ijkpunten zijn voor het vaststellen van samenhang tussen verpleging en verzorging. Deze uitwerking kan de basis vormen voor een module 'verpleegkundig handelen en indicatiestelling'. Deze module kan op zijn beurt weer een onderdeel vormen van een kwaliteitsstandaard voor een specifieke groep of een specifieke aandoening en daar dan ook verder op toegespitst worden.

Voor verzorging in het gemeentelijke domein hebben we als voorlopige leidraad, dat het moet gaan om een langdurige, stabiele behoefte aan louter persoonlijke verzorging. Het is natuurlijk mogelijk dat in een stabiele periode een kortdurende behoefte aan verpleegkundige zorg optreedt. Een verstandelijk gehandicapte kan diabetes hebben en het kan nodig zijn dat een verpleegkundige gedurende een bepaalde periode een insuline-injectie thuis komt geven. In een dergelijk geval is er niet per se samenhang tussen de behoefte aan verpleegkundige zorg en persoonlijke verzorging. Er is dan ook niet per se reden om in dergelijke gevallen de persoonlijke verzorging, tijdelijk, onder de basisverzekering te brengen.

Voor persoonlijke verzorging kan dus de eerstelijnszorg of het gemeentelijke domein aan zet zijn. Wie gaat beoordelen welke van de twee dit moet zijn? De beoordeling van de zorgbehoefte zou in het algemeen moeten plaatsvinden bij de verpleegkundige binnen de eerstelijnszorg. Die moet gestructureerd vaststellen of persoonlijke verzorging, stabiel en langdurig, los van de verpleegkundige zorg mogelijk is (dus in het gemeentelijke domein). Dat de eerstelijnszorg deze inschatting maakt, ligt voor de hand. De eerstelijnszorg is persoonsgerichte zorg met oog voor de omgevingsfactoren van de patiënten. En er is uiteindelijk altijd wel sprake van een achterliggend medisch probleem waaruit de behoefte aan persoonlijke verzorging voortvloeit : er is nu eenmaal een verstandelijke beperking of een kwetsbare situatie, ook al leidt die niet continu tot een geneeskundige-zorgbehoefte.

²⁴ De splitsing over de domeinen van de Zvw en de gemeente heeft betrekking op de persoonlijke verzorging in de zin van ADL-zorg (in termen van de AWBZ : PV-basis). PV-speciaal omvat immers geneeskundige handelingen en PV-extra omvat een beschikbaarheidsfunctie die inherent is aan verpleegkundig handelen.

Als de ADL-ondersteuning via de gemeente georganiseerd wordt, is het wel wenselijk dat er een 'wakend oog' op de achtergrond is die mogelijke veranderingen in de zorgbehoefte in de gaten houdt. De verpleegkundige in de wijk, kan deze functie vervullen als onderdeel van de signalerende taken. Afhankelijk van de situatie kan dit meer of minder intensief zijn. Ook de samenspraak en overleg met de verzorgende (uit het gemeentelijk domein) is belangrijk voor effectief signaleren van wijzigingen in de zorgbehoefte.

Bijlage D – De wijkverpleegkundige

De Wijkverpleegkundige

In het document '*Expertisegebied wijkverpleegkundige*' van de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)²⁵ worden de competenties van verpleegkundigen en de wijkverpleegkundigen beschreven. Deze vallen uiteen in de onderdelen kennis en in vaardigheden en attitude. Enkele voorbeelden van de vereiste kennis van verpleegkundigen uit het eerder genoemde document zijn:

- “Kent de bronnen van het verpleegkundig handelen en actuele richtlijnen en professionele standaarden.
- Kent verschillende manieren van gedragsbeïnvloeding en versterken van de positie van de cliënt.”

Voor een wijkverpleegkundige geldt als extra dat hij/zij kennis heeft over:

- “hoe gezondheid bepaald wordt en welke factoren daarop van invloed en beïnvloedbaar zijn.
- Is op de hoogte van de sociale kaart van de wijk/buurt, dorp/stad en regio en informeert zorgvrager en sociale systemen over de mogelijkheden.”

Enkele vaardigheden en attitude competenties waar de verpleegkundige in haar rol als zorgverlener over moet beschikken zijn de volgende:

- “Kan risico's inschatten, problemen vroegtijdig signaleren, interventies kiezen en uitvoeren, het verloop monitoren en de resultaten evalueren bij zorgproblemen in de vier gebieden van het menselijk functioneren.
- Kan samenwerken met patiënten en hun naasten, mantelzorgers, hen steunen en hen waar nodig verwijzen.”

Ook hier gelden aanvullende vaardigheden en attitude voor de wijkverpleegkundigen:

- “Is in staat zorgmijders en minder mondige burgers met (dreigende) gezondheidsproblemen op te sporen in samenwerking met het multidisciplinaire samenwerkingsverband of andere hulpverleners welzijn, GGZ en GGD, buurtregisseurs, buurthuizen en opvangcentra (outreaching werken)
- Is in staat initiatief te nemen tot multidisciplinair samenwerken van professionals zorg en welzijn, gemeente en wooncorporaties en dit te coördineren, regisseren en te bevorderen.”

De volledige lijst van competenties van de verpleegkundigen en de wijkverpleegkundigen is opgenomen in het document '*Expertisegebied wijkverpleegkundige*' van de V&VN.

Uit bovenstaande voorbeelden wordt duidelijk dat de wijkverpleegkundige naast verplegende en verzorgende handelingen, ook een deel AIV (advies, instructie en voorlichting) en coördinatie uitvoert. De nadruk hierbij ligt op de interactie tussen de omgeving en het individu. Aangezien de wijkverpleegkundige taken zoals preventie en signaleren standaard uitvoert, zijn deze handelingen niet als losse onderdelen opgenomen in de concept aanspraak voor aanpassing van het Besluit Zorgverzekering met betrekking tot verpleegkundige zorg

²⁵ de Bont et al. 2012. '*Expertisegebied wijkverpleegkundige*'. Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland. November 2012.

maar valt het dus onder alle 'zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden'.

Basisniveau voor opleidingsniveau

De wijkverpleegkundige is eerst en vooral een verpleegkundige en beschikt over een HBO-opleiding. Om de titel 'verpleegkundige' te mogen voeren is inschrijving in het BIG-register nodig. De opleiding tot verpleegkundige op zowel HBO- als MBO-niveau is een voorwaarde voor registratie in het BIG-register als verpleegkundige. In het werkveld worden zij respectievelijk aangeduid als verpleegkundige op niveau 5 of 4.

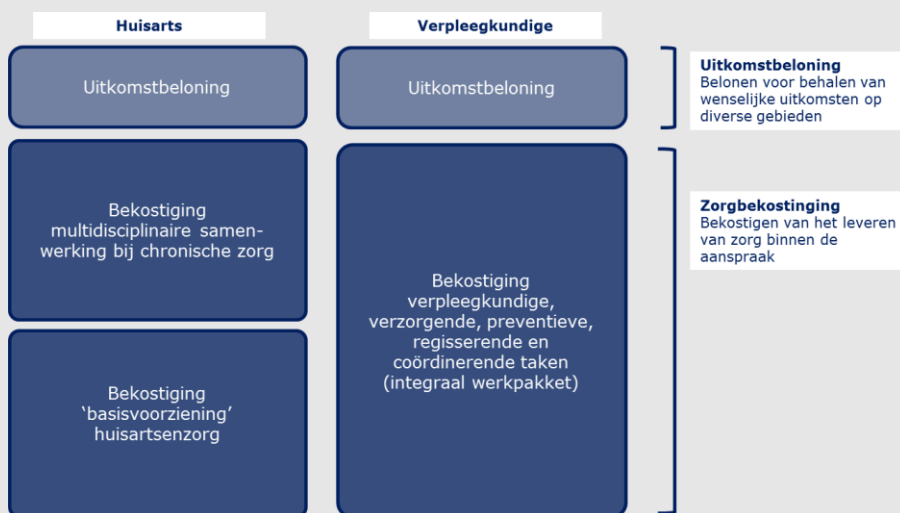
Omdat het wenselijk wordt geacht dat mensen langer thuis blijven wonen, zal de rol van de wijkverpleegkundige steeds belangrijker worden. Bij een mogelijk tekort aan HBO-opgeleide wijkverpleegkundigen zou bijvoorbeeld ook een MBO-verpleegkundige wijkverpleegkundige taken, die geen hoger opleidingsniveau vragen, kunnen uitvoeren. Het kan aan de zorgverzekeraars overgelaten worden of deze in de polisvoorwaarden opnemen welk scholingsniveau zij wenselijk achten voor de wijkverpleegkundige functie uitoefening.

Bijlage E – Overeenkomsten

bekostigingsmodel verpleging met het beoogde bekostigingsmodel voor huisartsenzorg

Overeenkomsten met het beoogde model voor huisartsenzorg

Het beschreven model heeft veel raakvlakken met het beoogde bekostigingsmodel voor de huisartsenzorg zoals dit in het recent opgestelde convenant eerste lijn is beschreven²⁶. Alhoewel het nieuwe bekostigingsmodel voor de huisarts nog verder uitgewerkt moet worden, is wel een eerste inzicht te geven in overeenkomsten en verschillen. Onderstaand figuur bevat een visuele vergelijking tussen beide modellen.



Figuur 4– Beoogd model huisartsenzorg versus populatiebekostiging thuisverpleging

In beide modellen is onderscheid gemaakt in het bekostigen van de zorglevering en het bieden van mogelijkheden voor zorgverzekeraars om te belonen voor gewenste uitkomsten. Daarnaast maken beide modellen gebruik van populatiegebonden kenmerken als indicatie voor zorgbehoefte, gekoppeld aan de bekostiging van zorg. Zowel in het belonen van uitkomsten, als in de populatiekenmerken, kan daarmee worden gezocht naar raakvlakken/overeenkomsten, waarmee tevens samenwerking en integrale inkoop van huisartsenzorg en thuisverpleging kan worden gestimuleerd.

Belangrijk verschil tussen beide modellen betreft de differentiatie binnen de zorgbekostiging. Bij het huisartsenmodel wordt onderscheid gemaakt in de bekostiging voor de 'basisvoorziening' huisartsenzorg en de bekostiging van multidisciplinaire samenwerking bij chronische zorg. Een dergelijk onderscheid is bij de thuisverpleging niet/in mindere mate van toepassing. De thuisverpleging heeft namelijk grotendeels betrekking op het leveren van chronische zorg. Ook het onderscheid monodisciplinair en multidisciplinair is niet op dezelfde wijze te vertalen naar de thuisverpleging. Het is eventueel mogelijk om dit onderscheid in het model van de thuisverpleging aan te brengen door de 'schakeltaken'

²⁶ Document 'Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017', 16 juli 2013

(zoals de preventieve, regisserende en coördinerende taken) af te scheiden van de overige verpleegkundige en verzorgende taken. Deze afscheiding is echter theoretisch van aard en onwenselijk vanuit het oogpunt van de zorglevering (en daarmee contractering). In de praktijk van de zorgverlening worden de 'schakeltaken' namelijk zowel in de aanloop van een zorgtraject ('achter de voordeur komen') als gedurende het zorgtraject (schakelen met andere instanties, preventieve handelingen, etc.) uitgevoerd. Thuisverpleging betreft een integraal geheel van deze handelingen.