

**Consultatiedocument**

# **3-segmentenmodel verpleging en verzorging in de Zvw**

december 2014



# Inhoud

|                                                                       |           |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Vooraf</b>                                                         | <b>5</b>  |
| <b>Managementsamenvatting</b>                                         | <b>7</b>  |
| <b>1. Inleiding</b>                                                   | <b>11</b> |
| 1.1 Aanleiding                                                        | 11        |
| 1.2 Opdracht                                                          | 12        |
| 1.3 Inzet Gupta Strategists                                           | 13        |
| 1.4 Afbakening                                                        | 13        |
| 1.5 Samenhang met andere projecten                                    | 13        |
| 1.6 Consultatie                                                       | 14        |
| 1.7 Leeswijzer                                                        | 15        |
| <b>2. Uitleg 3-segmentenmodel</b>                                     | <b>17</b> |
| <b>3. Advies segment 1</b>                                            | <b>19</b> |
| 3.1 Inleiding                                                         | 19        |
| 3.2 Advies Gupta                                                      | 19        |
| 3.3 Advies NZa                                                        | 21        |
| 3.3.1 Populatiebekostiging in de Zvw                                  | 21        |
| 3.3.1.1 Problemen en risico's inpassen populatiebekostiging in de Zvw | 21        |
| 3.3.1.2 Advies NZa populatiebekostiging in de Zvw                     | 22        |
| 3.3.2 Prestatiebeschrijving en tarief                                 | 22        |
| 3.3.3 Inkoop                                                          | 23        |
| 3.3.4 Aandachtspunten                                                 | 23        |
| 3.3.5 Conclusie                                                       | 24        |
| <b>4. Advies segment 2</b>                                            | <b>25</b> |
| 4.1 Inleiding                                                         | 25        |
| 4.2 Advies Gupta                                                      | 25        |
| 4.3 Advies NZa                                                        | 26        |
| 4.3.1 Prestatiestructuur                                              | 30        |
| 4.3.1.1 De basisprestaties                                            | 30        |
| 4.3.1.2 Toeslag voor zeer intensieve zorg                             | 32        |
| 4.3.2 Prestatiebeschrijvingen                                         | 32        |
| 4.3.2.1 Afbakening met andere domeinen                                | 32        |
| 4.3.2.2 Afbakening met de andere twee segmenten                       | 33        |
| 4.3.2.3 Advies prestatiebeschrijvingen                                | 33        |
| 4.3.3 Tarieven                                                        | 34        |
| 4.3.4 Registratie- en declaratiebepalingen                            | 35        |
| 4.3.5 Conclusie                                                       | 36        |
| <b>5. Advies segment 3</b>                                            | <b>37</b> |
| 5.1 Inleiding                                                         | 37        |
| <b>6. Impactanalyse en implementatie</b>                              | <b>45</b> |
| 6.1 Impactanalyse                                                     | 45        |
| 6.1.1 Analyse Gupta                                                   | 45        |
| 6.1.2 Advies NZa                                                      | 45        |
| 6.2 Invoering 2015                                                    | 46        |
| 6.2.1 Uitwerking beleid, prestaties en tarieven                       | 46        |
| 6.2.2 Aandachtspunten voor VWS                                        | 48        |
| 6.2.3 Aandachtspunten voor veldpartijen                               | 48        |
| 6.3 Onderhoud bekostigingsmodel                                       | 48        |
| 6.3.1 Uniformiteit in resultaatbeloning                               | 49        |
| 6.3.2 Toeleiding naar de prestaties                                   | 49        |
| 6.3.3 De prestatiestructuur                                           | 49        |

|                                                                                                                                |             |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------|
| 6.3.4                                                                                                                          | De tarieven | 50        |
| 6.4                                                                                                                            | Conclusie   | 51        |
| <b>Bijlage 1. Voorbeelden segment 1</b>                                                                                        |             | <b>53</b> |
| <b>Bijlage 2. Rapport Gupta Strategists: Onderzoek 3-segmentenmodel verpleging en verzorging voor de NZa (eindrappportage)</b> |             | <b>55</b> |

## Vooraf

De NZa heeft op 28 november 2013 de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) geadviseerd over de overheveling van de extramurale verpleging en verzorging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) per 2015. In dit advies heeft de NZa geadviseerd over een nieuw bekostigingsmodel en aangegeven voor 2015 een terugvaloptie te adviseren. Dit laatste om verzekeraars en aanbieders meer tijd te geven om zich voor te bereiden op een nieuwe inkoop en bekostigingssystematiek en vanwege uitvoeringstechnische redenen. In mei 2014 heeft de NZa de minister aanvullend geadviseerd over deze terugvaloptie waarbij specifiek is ingegaan op de mogelijkheden tot vereenvoudiging van bestaande prestaties, de mogelijkheden voor toepassing van Experiment Regeldarme Instellingen (ERAI) experimenten en als laatste de mogelijkheden voor de bekostiging van niet toewijsbare zorg voor het jaar 2015.

Voorliggend consultatiedocument is een aanvulling op de twee eerdere adviezen. In dit advies beantwoorden wij de vraag van de minister van VWS over het toekomstige bekostigingsmodel voor verpleging en verzorging in de Zvw vanaf 2016. In dit consultatiedocument presenteren wij de eerste invulling van het 3-segmentenmodel en de overige zaken die relevant zijn voor de invoering van dit model voor de toekomstige bekostiging van extramurale verpleging en verzorging.

In opdracht van de NZa heeft Gupta Strategists (Gupta) een onderzoek gedaan naar de omvang en inhoud van de drie bekostigingslagen. Belanghebbende partijen hebben input kunnen leveren tijdens de bijeenkomsten georganiseerd door Gupta. In het kader van transparantie met betrekking tot de totstandkoming van het advies van de NZa zijn de uitkomsten van het onderzoek van Gupta opgenomen in dit advies. Op meerdere plaatsen in het advies van de NZa wordt verwezen naar het onderzoek van Gupta om de herkenbaarheid van de beschreven scenario's voor betrokken partijen te vergroten. Als u het document leest, ziet u dat wij op essentiële punten gemotiveerd zullen afwijken van het advies van Gupta. Als wij afwijken, doen wij dat vanuit onze specialistische kennis, met natuurlijk oog voor de regulering van bekostiging maar ook vanwege onze kennis van de werking van markten, het zorgstelsel en het toezicht daarop.

Bij de invulling van het model 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 het definitieve advies.

Uw schriftelijke reactie op het document en de consultatievragen kunt u tot en met 22 december 2014 e-mailen aan [vragencure@nza.nl](mailto:vragencure@nza.nl) onder vermelding van 'consultatie 3-segmentenmodel verpleging en verzorging'. Wij hanteren een openbare consultatieprocedure. Uw reactie is daarom openbare informatie. Een overzicht van de reacties wordt op de website [www.nza.nl](http://www.nza.nl) gepubliceerd.

Op 18 december 2014 vindt van 11.30 tot 14.00 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.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

drs. M.A. Ruys  
voorzitter Raad van Bestuur a.i.

## Managementsamenvatting

### 1. Inleiding

De minister van VWS (de minister) heeft de NZa gevraagd om advies uit te brengen over de invulling van het 3-segmentenmodel voor de toekomstige bekostiging van extramurale verpleging en verzorging in de Zvw vanaf 2016. De minister heeft daarbij een aantal doelstellingen opgesteld, onder andere het wegnemen van een volumeprikkel, de bekostiging voorziet in een populatiegebonden deel en er moet ruimte zijn voor aanvullende beloningsafspraken op basis van (gezondheids)uitkomsten.

Ter onderbouwing van ons advies hebben wij na een openbaar gunningstraject adviesbureau Gupta ingehuurd om de uitwerking van het 3-segmentenmodel te onderzoeken. Deze uitwerking is in nauwe samenspraak met veldpartijen ontwikkeld en als bijlage opgenomen in dit advies.

### 2. Uitleg 3-segmentenmodel

Het *eerste segment* richt zich op de beschikbaarheidsfunctie van de verpleegkundige in de wijk. De niet op voorhand individueel toe te rekenen kosten van onder andere het signaleren van een mogelijke zorgvraag bij kwetsbare burgers en het deelnemen in sociale wijkteams wordt in dit segment op basis van populatiebekostiging vormgegeven.

In het *tweede segment* wordt de verpleging en verzorging geleverd in een beperkt aantal zorgcategorieën met een gemiddeld tarief voor groepen patiënten op basis van de voor die groep (deelpopulatie) benodigde intensiteit en bijbehorende kosten van de zorgverlening. Ook de vormgeving van de structurele financiering van casemanagement dementie en de intensieve kindzorg heeft in deze laag een plek. De vergoeding aan de zorgaanbieder vindt plaats op basis van het (maximum) tarief per zorgcategorie.

Het *derde segment* richt zich op het belonen van uitkomsten. In dit segment wordt ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders geboden om, onder voorwaarde van een contract, (belonings)afspraken te maken over de resultaten van de inzet in de andere twee segmenten.

Het totaal van de drie segmenten tezamen moet qua omvang binnen het beschikbare budgettaire kader voor verpleging en verzorging blijven. De verschillende segmenten functioneren daardoor als communicerende vaten met elkaar. Een stijging in de omvang van het ene segment, betekent een daling in de omvang van een ander segment.

### 3. Advies segment 1

Populatiebekostiging in de Zvw stuit op diverse inpassingsproblemen, onder andere door: (1) het ontbreken van een eenduidige definitie voor een gehele populatie als betaaltitel; (2) doordat de vergoeding niet direct terug te rekenen is naar een individuele verzekerde en (3) waardoor de schadelast voor de individuele zorgverzekeraar lastig te bepalen is; (4) daarnaast staat het principe van concurrerende verzekeraars onder druk wanneer hiervoor collectief wordt ingekocht. Ondanks deze problemen en risico's is populatiebekostiging niet onmogelijk binnen de Zvw.

Wanneer ervoor gekozen wordt populatiebekostiging toe te passen in de Zvw adviseren wij om segment 1 zo vorm te geven dat het veel vrijheid geeft aan zorgverzekeraars voor de vorm van de prestatie (per verzekerde, lumpsum, etc.) en de hoogte van het tarief (vrij tarief). Daarnaast adviseren wij om zorgverzekeraars te laten bepalen hoe en bij wie zij segment 1 inkopen. Hierdoor wordt de contracteervrijheid van de verzekeraar zo min mogelijk ingeperkt, conform de principes van de Zvw.

Het segment bestaat uit één prestatie met een generieke beschrijving en een vrij tarief. Goede afbakening tussen de Wmo en de Zvw en segment 1 en 2 is daarbij van belang.

Het gezamenlijk organiseren van de inkoop middels representatie of een volgmodel lijkt het meest passende inkoopmodel voor populatiebekostiging. Hoewel onze regelgeving niet in de weg hoeft te staan dat zorgverzekeraars elkaar volgen in hun inkoopmodel of via representatie inkopen, is het de vraag of inkoop door en declaratie aan de representerende zorgverzekeraar mogelijk is op grond van de mededingingsregels van de Autoriteit Consument en Markt (ACM).

Wij adviseren een prestatievorm waarbij de declaratie-eenheid vrij is. De verzekeraar kan zelf de keuze maken hoe segment 1 wordt ingekocht. Er wordt geen declaratievoorwaarde gekoppeld aan segment 1 en het leveren van zorgprestaties in segment 2 waardoor de zorgverzekeraar segment 1 en 2 los van elkaar in kan kopen. Wel geldt een contractvereiste zodat segment 1 alleen declarabel is als de zorgaanbieder een contract heeft gesloten met de zorgverzekeraar.

Bij de invoering van populatiebekostiging zijn nog enkele punten die aandacht behoeven. Het leidt tot beperkingen met betrekking tot de toezichtbaarheid en handhaafbaarheid van de niet-toewijsbare zorg die in segment 1 wordt geleverd. Daarnaast beschikken wij niet over het instrumentarium om (restitutie)zorgverzekeraars te verplichten de zorg in segment 1 in te kopen. Als laatste wordt opgemerkt dat indien gekozen wordt voor een wettelijk verplicht eigen risico voor verpleging en verzorging, dit op gespannen voet staat met populatiebekostiging.

#### *4. Advies segment 2*

Wij adviseren voor segment 2 een beperkte set van vijf integrale prestaties, gebaseerd op een zorgzwaartescore. Deze prestaties zijn dekkend voor het merendeel van de patiënten. Voor een deel van de patiënten die zeer zware zorg nodig hebben wordt geadviseerd om bovenop de prestaties een toeslag als mogelijkheid toe te voegen. Uit analyses blijkt dat de kostenhomogeniteit bij vijf prestaties goed verdeeld is en daarnaast de impactanalyse in vergelijking met 3 prestaties gunstig is. Naar verwachting vindt maar bij 1% van de zorgaanbieders een omzetschommeling van meer dan 5% plaats tegenover een hoger percentage bij minder prestaties.

Wij raden aan om op basis van het daadwerkelijk geregistreerde aantal uren per deskundigheidsniveau per patiënt te komen tot een automatische afleiding en declaratie van de bijbehorende prestatie. De declaratieperiode beslaat vier weken. Op termijn is het op basis van analyses op registratie- en declaratiedata wellicht mogelijk om de omslag te maken naar toeleiding tot de prestaties op basis van triage en eventueel tegelijkertijd afbouw van de registratieverplichtingen.

Voor de patiënten met een zeer intensieve zorgvraag (meer dan de hoogste prestatie) kunnen zorgaanbieders een toeslag declareren. De



hoogte van de toeslag is gekoppeld aan het aantal zorgzwaartepunten dat de bandbreedte van de vijfde prestatie overstijgt. Hierdoor willen we het risico op upcoding verlagen.

De benodigde middelen voor de zogenaamde 'beschikbaarheidsvoorzieningen' zijn onderdeel van de tarieven in segment 2. Zorgaanbieders kunnen deze zorg (oproepbaar en avond/nacht) laten uitvoeren door een regionale aanbieder via onderlinge dienstverlening.

De prestaties binnen segment 2 kennen een maximumtarief, dat door ons wordt vastgesteld. Zorgverzekeraars en zorgaanbieder komen een prijs per prestatie van maximaal deze tariefwaarde overeen. Het tarief is opgebouwd uit de volgende drie hoofdcomponenten: prijs per uur, deskundigheidsmix en het aantal uren.

Het aanleveren van informatie over de geleverde/geplande zorg, ingezet deskundigheidsniveau, verpleegkundige diagnose en interventies/activiteiten zullen door ons als een Minimale Dataset (MDS) bij zorgaanbieders verplicht worden gesteld.

### 5. Advies segment 3

Uitkomstbekostiging wordt gezien als een methode waarmee de volumegroei van onnodige zorg en van zorg waarvoor doelmatiger alternatieven voorhanden zijn beperkt kan worden.

Wij adviseren twee prestaties in segment 3, namelijk resultaatbeloning en zorgvernieuwing. Bij resultaatbeloning kan, naast de beloning op uitkomsten (outcome-indicatoren) ook worden beloond op proces- en outputindicatoren. Afspraken hierover kunnen als optionele prestatie per patiënt, op de bekostiging zoals deze in segment 1 en 2 gaan gelden, overeengekomen worden. Zorgverzekeraars krijgen, in samenspraak met de zorgaanbieder, de vrijheid om een keuze te maken welke indicatoren gehanteerd worden en wat de omvang van de beloning is. Segment 3 biedt ook ruimte voor innovatieve zorgvernieuwing, hier binnen kunnen aanvullende bekostigingsafspraken gemaakt worden over initiatieven voor zorgvernieuwing. Voor beide prestaties zal een generieke prestatiebeschrijving opgesteld worden en gelden vrije tarieven.

Het inkoopbeleid voor segment 3 wordt overgelaten aan de zorgverzekeraars en zal niet gereguleerd worden. De exacte omvang per zorgaanbieder is afhankelijk van de individuele afspraak tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Een stijging op macroniveau in de omvang van segment 3 leidt tot een daling op macroniveau in de omvang van segment 1 en/of 2. Wij adviseren daarbij wel een contractvereiste voor segment 3, maar het is voor zorgverzekeraars niet verplicht om de prestaties in segment 3 te contracteren.

Wij onderstrepen het belang om al per 2016 te starten met uitkomstbekostiging. Zo kunnen vanaf de start voldoende prikkels worden ingebouwd om uitkomstbekostiging van de grond te laten komen. Op dit moment zijn er al voldoende indicatoren beschikbaar waar partijen mee aan de slag kunnen. Vanuit het veld is behoefte aan het ontwikkelen van een uniforme set van indicatoren en is er draagvlak om gezamenlijk met de doorontwikkeling ervan aan de slag gaan.

## 6. Impactanalyse en implementatie

De impactanalyse geeft aan dat de nieuwe bekostiging naar verwachting beperkte impact heeft op de omzet van zorgaanbieders. Om deze reden adviseren wij om het model per 2016 in te voeren zonder vangnet. Een vangnet brengt tevens veel administratieve handelingen met zich mee en past niet goed in het systeem van de Zvw, omdat sprake is van een opbrengstverrekening.

Eind januari 2015 adviseren wij de minister over het toekomstige bekostigingsmodel. Wij verwachten eind maart 2015 een go/no go brief van VWS, waarin een reactie op ons advies gegeven wordt en afhankelijk hiervan wij de praktische uitwerking verder vorm gaan geven. De hele set van beleidsregels, regelingen en tariefbeschikkingen wordt naar verwachting vóór 1 juli 2015, onder voorbehoud van politieke besluitvorming vastgesteld.

Voor segment 2 zullen wij maximumtarieven opstellen. Gezien de gewenste invoeringsdatum (01-01-2016) is het niet mogelijk een uitvoerig kostenonderzoek uit te voeren. Niet alleen ontbreekt hiervoor de benodigde doorlooptijd, er is ook sprake van een volledig nieuwe productstructuur. De beleidsregel Tariefprincipes CU-5097 beschrijft de mogelijkheid om in deze situatie (waarin de tarieven niet op basis van werkelijke historische kosten kunnen worden bepaald) het tarief via een modelmatige beschrijving van de kostenopbouw te bepalen. Wij stellen voor om de tariefbepaling in segment 2 te baseren op een dergelijke modelmatige aanpak.

Na de implementatie zal ook aandacht moeten zijn voor het onderhoud van de bekostiging. Hierbij ligt de focus de komende jaren op de volgende punten:

- Uniformiteit in de uitkomstbekostiging (ontwikkeling indicatoren en vergroting omvang van segment 3);
- Toeleiding naar de prestatie (mogelijk op termijn omslag mogelijk naar toeleiding op basis van geplande/geïndiceerde uren);
- De prestatiestructuur (mogelijk op termijn verdere specificering van de prestatiestructuur wenselijk/mogelijk);
- De tarieven (toekomstige herijking tarieven op basis van registratie-/declaratiedata).

# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding

Op 1 januari 2015 gaan de extramurale AWBZ-functies verpleging en verzorging (grotendeels) over in de aanspraak verpleging en verzorging in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Dit betekent dat vanaf 2015 de extramurale verpleging en verzorging, ook wel "wijkverpleging" genoemd, vanuit de Zvw wordt bekostigd. In dit advies hanteren wij het wettelijke begrip 'verpleging en verzorging'.

2015 wordt gezien als overgangsjaar richting een nieuwe bekostiging voor verpleging en verzorging in de Zvw. In 2015 wordt de verpleging en verzorging in de Zvw nog bekostigd met prestaties die grotendeels overeenkomen met de prestaties voor verpleging en verzorging in de AWBZ. Ter vereenvoudiging is wel besloten een aantal AWBZ-prestaties samen te voegen. Daarnaast is voor zowel de niet-toewijsbare wijkgerichte functie als de regiefunctie voor complexe wondzorg een nieuwe prestatie vastgesteld met een vrij tarief.<sup>1</sup>

In 2016 wordt de nieuwe bekostiging ingevoerd. Hierover heeft de NZa in november 2013 een eerste advies uitgebracht.<sup>2</sup> In dit advies heeft de NZa twee modellen voorgesteld, een model op basis van integrale prestaties en een model op basis van populatiebekostiging. Tijdens de consultatie van deze twee modellen bleek echter dat veldpartijen de modellen twee uitersten op een continuüm vonden. De meeste partijen zagen grote voordelen in een systeem waarin prestatiebekostiging wordt aangevuld met elementen van populatiebekostiging. Op basis van het grote draagvlak onder veldpartijen heeft de NZa dit 'hybride' model toegevoegd in het advies naast de eerste twee modellen. Na overleg met partijen heeft het ministerie van VWS uiteindelijk besloten het toekomstige bekostigingsmodel vorm te geven volgens een 3-segmentenmodel:

- *Segment 1*: wijkgericht werken, niet op voorhand aan een individueel zorgtraject toe te rekenen, populatiebekostiging;
- *Segment 2*: de feitelijke zorglevering, beperkt aantal prestaties, zorgzwaartepakketten;
- *Segment 3*: resultaatbekostiging, belonen op resultaten behaald in segment 1 en 2.

Om invoering van het 3-segmentenmodel mogelijk te maken moet het eerst verder worden uitgewerkt. In dit advies adviseren wij over de nadere invulling van het model.

Hoe verhoudt de bekostiging van de prestaties zich tot de te verzekeren prestatie 'verpleging in de wijk', omschreven als 'verpleging en verzorging'? Deze aanspraak is verwoord in artikel 2.10 Besluit Zorgverzekering (Bzv). Centraal staat dat sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'. De zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden omvat een spectrum aan zorg dat loopt van de ADL-ondersteuning tot en met de specialistische verpleging. Naast deze handelingen komen ook de rollen/taken van de verpleegkundige zorg in beeld zoals het signaleren, coachen, coördineren, preventie en ondersteunen bij zelfredzaamheid. Deze vorm van zorgverlening, waarbij de interactie tussen de omgeving en de individuele patiënt als uitgangspunt wordt genomen, is een onlosmakelijk onderdeel van het verpleegkundig arsenaal. Dit arsenaal omvat een breed spectrum aan rollen en taken. Wat de verpleegkundige aan zorgverlening inzet, hangt af van het doel en de

<sup>1</sup> Advies Bekostiging wijkverpleging 2015 (NZa, mei 2014).

<sup>2</sup> Advies Bekostiging wijkverpleging in de Zorgverzekeringswet – Overheveling extramurale verpleging van de AWBZ naar de Zvw (NZa, november 2013).

context van de zorgverlening. Een patiënt is gebaat bij zorgverlening, die tegemoetkomt aan zijn/haar specifieke zorgbehoefte. Dat kán ook zorg zijn, die buiten het domein van de Zvw zorg ligt, bijvoorbeeld bij gemeenten. Een verpleegkundige, die belt met de gemeente om zaken in gang te zetten voor zijn/haar patiënt die in zorg is, verleent zorg zoals 'verpleegkundigen plegen te bieden'. Juist de coördinerende taak van de verpleegkundige kan immers de brug vormen tussen het medische en sociale domein.

Omdat wij op verzoek een 3-segmentenmodel uitwerken in dit advies, loopt de aanspraken taal (zorg zoals 'verpleegkundigen plegen te bieden') en de bekostigingstaal noodgedwongen uit elkaar bij het wijkgericht werken. Waar de zorgverlening niet op voorhand te koppelen is aan een individueel zorgtraject, spreken wij daarom over de niet individueel toewijsbare verpleging en verzorging. Toch is ook dit Zvw zorg, omdat de verpleegkundige zorgverlening vertrekt vanuit het medische domein, en niet vanuit het sociale domein. In Bijlage I zijn twee voorbeelden opgenomen van zorg, bekostigd in segment 1.

Met de term verpleegkundige(n) bedoelen wij het totaal aan diverse professionals die zorg bieden 'zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'. De term omvat diverse niveaus en diverse specialisaties zoals verzorgenden, verpleegkundigen en ook wijkverpleegkundigen. De competenties van verpleegkundigen, verzorgenden en zo ook van de wijkverpleegkundigen, zijn opgenomen in documenten van de beroepsvereniging, de V&VN; het 'Expertisegebied wijkverpleegkundige' wordt gezien als een aanvulling op het Beroepsprofiel verpleegkundige.<sup>3</sup>

## 1.2 Opdracht

De minister van VWS heeft de NZa verzocht om een advies uit te brengen over het toekomstige bekostigingsmodel voor de wijkverpleging: het 3-segmentenmodel.<sup>4</sup> Specifiek is gevraagd om in te gaan op de precieze omvang en inhoud van de drie bekostigingslagen, rekening houdend met het beschikbare budgettaire kader voor wijkverpleging. Tevens is ons verzocht een fraudetoets bij het uiteindelijke bekostigingsmodel op te nemen in het advies.

Bij de advisering zal zoveel mogelijk aangesloten worden bij de doelstellingen van de nieuwe bekostiging zoals verwoord door de minister in haar brief aan de Tweede Kamer van 19 mei 2014.<sup>5</sup> In deze brief benoemt de minister ook enkele voorwaarden waar de verschillende segmenten aan moeten voldoen; deze worden in hoofdstuk 2 behandeld. De doelstellingen van het model zijn:

- Het wegnemen van de volume prikkel, zoals aanwezig in de huidige extramurale AWBZ-bekostiging.
- Binnen de bekostiging is er ruimte voor aanvullende beloningsafspraken op basis van (gezondheids)uitkomsten.
- De bekostiging voorziet in een populatiegebonden deel.
- De bekostiging biedt een structurele plek voor de taken van de wijkverpleegkundige op het vlak van samenwerking in de wijk met professionals uit de verschillende disciplines/domeinen.
- Er is voldoende ruimte voor de wijkverpleegkundige om bij het bepalen van de zorgvraag van de cliënt ook het niveau van zelfredzaamheid en de sociale omgeving te betrekken.

<sup>3</sup> V&VN: Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland

<sup>4</sup> Aanbiedingsbrief aanwijzing verpleging, kenmerk: 378012-121397-MC (16 juli 2014).

<sup>5</sup> Brief Tweede Kamer. Bekostiging wijkverpleging. 19 mei 2014. Kenmerk 372641-120912-CZ.

### Aandachtspunten

De minister heeft ons de volgende aandachtspunten meegegeven:

- De wisselwerking tussen de 3 bekostigingslagen;
- De mogelijk ongewenste prikkels als gevolg van de verschillende elementen van bekostiging;
- De mogelijk ongewenste gedragseffecten;
- De noodzaak van een zorgvuldige invoering voor het waarborgen van de continuïteit van zorg;
- De onafhankelijke doorverwijzing door wijkverpleegkundige.

## 1.3 Inzet Gupta Strategists

Ter onderbouwing van ons advies hebben wij na een gunningstraject adviesbureau Gupta Strategists ingehuurd om de uitwerking van het 3-segmentenmodel te onderzoeken. Het hoofddoel van dit onderzoek was een bruikbare en hanteerbare uitwerking van het 3-segmenten bekostigingsmodel met bijpassend triagemode waarmee toeleiding naar de prestaties mogelijk wordt gemaakt. Deze uitwerking moest in nauwe samenspraak met veldpartijen worden ontwikkeld.

Naast het hoofddoel zijn per segment specifieke subdoelen meegegeven aan het onderzoeksbureau.

Het onderzoek van Gupta liep van 1 september 2014 tot 1 december 2014. Gedurende deze periode vond deskresearch, data analyse en afstemming met veldpartijen plaats. Dit laatste gebeurde in de vorm van interviews met experts, expertbijeenkomsten en klankbordgroep bijeenkomsten.

Het uiteindelijke advies van Gupta is in dit advies in Bijlage 2 opgenomen.

## 1.4 Afbakening

In dit advies gaan wij in op de bekostiging van de zorg vallend onder de aanspraak verpleging en verzorging in de Zvw, artikel 2.10 Bzv. Dit betekent dat de bekostiging voor verblijf en vervoer bij intensieve kindzorg niet nader in dit advies is uitgewerkt.

Hoewel verpleging en verzorging vaak gelieerd zijn aan andere geneeskundige zorglevering, beperken wij ons in dit rapport tot het bekostigen van de zorg 'zoals verpleegkundigen plegen te bieden' in de eigen omgeving. De bekostiging van de verpleging en verzorging aan een patiënt in een instelling voor medisch-specialistische zorg zoals in een ziekenhuis of aan een patiënt in een AWBZ/Wlz instelling loopt via integrale prestaties, diagnosebehandelcombinaties (DBC's), respectievelijk zorgzwaartepakketten (ZZP's).

## 1.5 Samenhang met andere projecten

Dit rapport is als zelfstandig leesbaar document opgesteld. Op onderdelen wordt voor achtergronden verwezen naar andere onderzoeken en adviezen die door de NZa uitgebracht zijn of nog worden uitgebracht. Tevens wordt verwezen naar een onderzoek uitgevoerd door externen. Het gaat hierbij om de volgende onderzoeken en adviezen:

*NZa onderzoeken en adviezen:*

- Advies Bekostiging wijkverpleging in de Zorgverzekeringswet: met dit advies van november 2013 heeft de NZa het ministerie van VWS geadviseerd over de overheveling van extramurale verpleging en verzorging van de AWBZ naar de Zvw. Hierin zijn verschillende bekostigingsmodellen uitgewerkt en is ook geadviseerd over de bekostiging in 2015.
- Advies Bekostiging wijkverpleging in 2015: in dit advies is in navolging op het advies van november 2013 nader geadviseerd over de bekostiging van wijkverpleging in 2015.

*Onderzoek en advies externen:*

- Onderzoek 3-segmentenmodel verpleging en verzorging voor de NZa (Gupta Strategists, december 2014)

## 1.6 Consultatie

Dit consultatiedocument wordt via een consultatieprocedure voorgelegd aan o.a. ziektekostenverzekeraars, zorgaanbieders, branchepartijen en overheidsorganisaties. De NZa verneemt graag hoe u aankijkt tegen de voorgestelde bekostigingsopties en randvoorwaarden. Om de zienswijze van belanghebbenden op dit onderwerp te vernemen, stelt de NZa in dit consultatiedocument de volgende vragen (deze vragen zijn ook verspreid door het document opgenomen, op de relevante plaatsen):

*Consultatievraag 1: Wat is uw reactie op het advies van de NZa om segment 1 en 2 los in te kunnen kopen?*

*Consultatievraag 2: Wat is uw mening over de mate van vrijheid waarin de prestatiebeschrijving van segment 1 wordt vormgegeven? Graag motiveren.*

*Consultatievraag 3: In hoeverre deelt u het advies dat de indicatiestelling wordt bepaald in segment 2? Graag motiveren.*

*Consultatievraag 4: In hoeverre deelt u het advies van de NZa om een contractvereiste op te nemen voor segment 1?*

*Consultatievraag 5: In hoeverre deelt u het advies van de NZa om de bekostiging te baseren op zorgzwaarte, met een planningshorizon van vier weken?*

*Consultatievraag 6: In hoeverre deelt u de keuze voor bekostiging van de zorg in segment 2 op basis van vijf prestaties?*

*Consultatievraag 7: Hoe kijkt u aan tegen toeleiding naar de prestaties op basis van geplande versus geleverde uren?*

*Consultatievraag 8: In hoeverre deelt u het advies om zeer intensieve zorg te bekostigen middels een aanvullende bekostiging, gerelateerd aan de zorgzwaartescore, bovenop de door ons voorgestelde vijfde prestatie?*

*Consultatievraag 9: Hoe kijkt u aan tegen de omvang van de groep zeer intensieve patiënten oftewel de 'staart' (circa 10.000 patiënten)?*

*Consultatievraag 10: Noodzaakt de (indicatieve) omvang van de groep zeer intensieve patiënten om (een deel) van de 'staart' in een 6e basisprestatie op te nemen?*

*Consultatievraag 11: In hoeverre deelt u het advies om de beschikbaarheidsvoorzieningen integraal te bekostigen?*

*Consultatievraag 12: Wat is uw oordeel over ons advies voor de bekostiging van patiënten met een zeer intensieve zorgvraag op basis van een tarief per zorgwaartepunt? Graag motiveren.*

*Consultatievraag 13: In hoeverre is de afbakening met de andere segmenten wat u betreft voldoende scherp/werkbaar?*

*Consultatievraag 14: Welke opmerkingen/aanvullingen heeft u bij de voorgestelde prestatiebeschrijvingen? Graag motiveren.*

*Consultatievraag 15: Welke opmerkingen/aanvullingen heeft u bij de geschetste tariefonderbouwing? Graag motiveren.*

*Consultatievraag 16: In hoeverre deelt u de geschetste noodzaak voor aanvullende registratie- en declaratiebepalingen?*

*Consultatievraag 17: In hoeverre en waarom deelt u ons advies om de omvang van segment 3 niet te reguleren?*

*Consultatievraag 18: Welke opmerkingen/aanvullingen heeft u bij de prestatiebeschrijvingen in segment 3? Graag motiveren.*

*Consultatievraag 19: Wat is uw oordeel over de mate van vrijheid waarin segment 3 wordt vormgegeven? Graag motiveren.*

*Consultatievraag 20: In hoeverre wilt u dat de NZa thema's benoemt voor de twee prestaties in segment 3? Graag motiveren.*

*Consultatievraag 21: In hoeverre en waarom deelt u onze zienswijze met betrekking tot voorwaarden en criteria?*

*Consultatievraag 22: In hoeverre deelt u het perspectief op de middellange termijn?*

*Consultatievraag 23: In hoeverre en waarom deelt u onze zienswijze met betrekking tot het tempo, de omvang en verantwoordelijkheid?*

*Consultatievraag 24: Wat is uw oordeel over ons advies om de nieuwe bekostiging in te voeren zonder overgangsmodeel of opbrengstverrekening? Graag motiveren.*

*Consultatievraag 25: Welke opmerkingen/aanvullingen heeft u bij de stappen tot aan invoering per 01-01-2016 en de aandachtspunten daarbij? Graag motiveren.*

*Consultatievraag 26: In hoeverre deelt u het geschetste toekomstperspectief op het onderhoud aan het bekostigingsmodel?*

## 1.7 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 volgt een uitleg over de opbouw van het 3-segmentenmodel.

In hoofdstuk 3 (segment 1), hoofdstuk 4 (segment 2) en hoofdstuk 5 (segment 3) adviseren wij over de nadere invulling van de drie segmenten. In ieder hoofdstuk

wordt eerst kort het advies van Gupta over de invulling van het betreffende segment beschreven. Hierna volgt telkens ons advies met bijbehorende argumentatie.

Hoofdstuk 6 gaat in op de impactanalyse en implementatie van het bekostigingsmodel.



## 2. Uitleg 3-segmentenmodel

In dit hoofdstuk wordt kort de kern van het 3-segmentenmodel toegelicht.

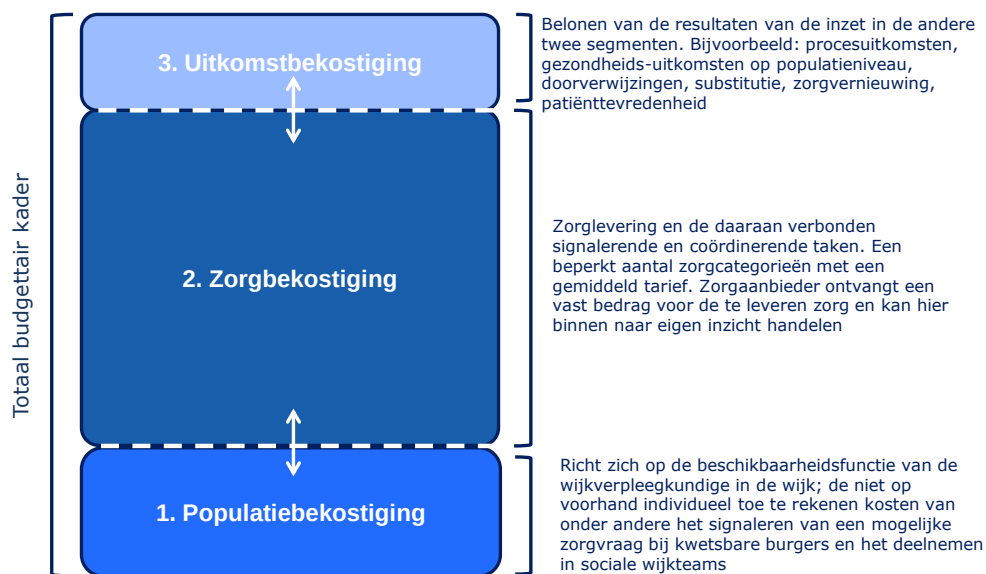
Bij het ontwerp van het 3-segmentenmodel is rekening gehouden met verschillende uitgangspunten. Zo moet het model niet langer een productieprikkel bevatten zoals in de huidige extramurale AWBZ bekostiging van verpleging en verzorging wel het geval is. Ook moet het model voorzien in de bekostiging van zorg die niet altijd toe te rekenen is aan de individuele cliënt. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de werkzaamheden die een verpleegkundige vervult om patiënten in beeld te krijgen (bijvoorbeeld via een oplettende buurvrouw) die anders te laat zorg zouden ontvangen en daardoor meer intensieve zorg nodig hebben.

Een derde belangrijk uitgangspunt is dat er ruimte moet zijn voor aanvullende beloningsafspraken op basis van uitkomsten.

Al met al hebben de verschillende uitgangspunten en de verschillende rondes van afstemming met partijen gedurende 2013 en 2014 geleid tot het model zoals het er nu ligt.

Het 3-segmentenmodel is hieronder visueel weergegeven.

**Figuur 1 – Het 3-segmentenmodel Verpleging en verzorging**



Bron: NZa

Zoals weergegeven in figuur 1 moet het totaal van de drie segmenten tezamen qua omvang binnen het budgettair kader voor verpleging en verzorging blijven. Dit betekent dat de omvang van de verschillende segmenten als communicerende vaten ten opzichte van elkaar functioneren. Een stijging op macroniveau in de omvang van het ene segment, betekent een daling op macroniveau in de omvang van een ander segment of de andere segmenten. Zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol om met de inkoop een goede balans hierin te bewaken.

Het *eerste segment* richt zich op de beschikbaarheidsfunctie van de verpleegkundige in de wijk. De niet op voorhand individueel toe te rekenen kosten van onder andere het signaleren van een mogelijke zorgvraag bij kwetsbare burgers en het deelnemen in sociale wijkteams wordt in dit segment op basis van populatiebeplooiing vormgegeven.

In het *tweede segment* wordt de verpleging en verzorging geleverd in een beperkt aantal zorgcategorieën met een gemiddeld tarief voor groepen patiënten op basis van de voor die groep (deelpopulatie) benodigde intensiteit en bijbehorende kosten van de zorgverlening. Ook de vormgeving van de structurele financiering van casemanagement dementie en de intensieve kindzorg heeft in deze laag een plek. De vergoeding aan de zorgaanbieder vindt plaats op basis van het (maximum) tarief per zorgcategorie.

Het *derde segment* richt zich op het belonen van uitkomsten. In dit segment wordt ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders geboden om, onder voorwaarde van een contract, (belonings)afspraken te maken over de resultaten van de inzet in de andere twee segmenten. Deze resultaten kunnen divers zijn en betreffen onder andere procesuitkomsten, gezondheidsuitkomsten op populatieniveau, het aantal doorverwijzingen, substitutie, zorgvernieuwing en patiënttevredenheid. Ook is het mogelijk om praktijkvariatie mee te nemen in de afspraken.

In de volgende hoofdstukken geven wij ons advies over de nadere invulling van de drie segmenten.

### 3. Advies segment 1

#### 3.1 Inleiding

In segment 1 worden taken bekostigd die niet direct toewijsbaar zijn aan een individueel zorgtraject van een patiënt. Het betreffen signalerende en preventieve taken en de samenwerking met sociale wijkteams of een vergelijkbaar verband, zoals bijvoorbeeld de deelname aan het sociale wijkteam en het signaleren van een mogelijke zorgvraag. Segment 1 wordt bekostigd op basis van populatiebekostiging.

#### 3.2 Advies Gupta

Gupta adviseert om segment 1 uit één prestatie te laten bestaan: "Verpleging en verzorging wijkgericht werken". Deze prestatie omvat *alle zorg die verpleegkundigen plegen te bieden die niet direct aan een individueel zorgtraject van een patiënt toewijsbaar is*. De zorg is niet direct toewijsbaar aan een patiënt omdat deze nog niet in zorg is waardoor een indicatie nog gesteld moet worden (grens met segment 2), maar de zorg moet wel een duidelijk verband hebben met (het voorkomen van) een potentiële zorgvraag binnen de Zvw (grens met de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)). Voorbeelden van activiteiten in segment 1 zijn:

- mede vormgeven van netwerken en het opbouwen van samenwerking in de wijk;
- vroegtijdig signaleren van sociale risico's, met name in relatie tot gezondheidsrisico's;
- contact leggen, vraagverheldering, signaleren en adviseren;
- bemiddelen bij (in)formele zorg.

Het resultaat van segment 1 kan bestaan uit een zelfzorgadvies of mantelzorgadvies, doorverwijzing naar zorgaanbieders in de Wmo of Zvw in goede afstemming met het (sociale) wijknetwerk.

Door de prestatie in algemene termen te definiëren, biedt dat verpleegkundigen de ruimte om zelf te bepalen waar de bewoners van hun wijk de meest behoefte aan hebben. Daarnaast ligt volgens Gupta bij populatiebekostiging een zo open mogelijke omschrijving voor de hand, zodat zorgverzekeraars en zorgaanbieders op lokaal niveau passende afspraken kunnen maken. Suggestie is dat Zorginstituut Nederland zich nader buigt over de afbakening tussen Wmo en Zvw.

Het voorstel van Gupta is dat verzekeraars passende zorg inkopen. Voor segment 1 heeft Gupta vier scenario's opgesteld:

- Contracteren van segment 1 bij alle aanbieders die segment 2 leveren. Elke aanbieder die segment 2 levert, levert ook segment 1.
- Contracteren van segment 2 bij aanbieders die segment 1 leveren. Elke aanbieder die segment 1 levert, levert ook segment 2. Er zijn dus ook aanbieders die alleen segment 2 leveren.
- Contracteren van segment 2 en 3. Er komt geen aparte afspraak voor segment 1; in plaats daarvan zit deze bekostiging versleuteld in de indicatoren van segment 3.
- Bekostiging van de werkzaamheden in segment 1 kan ook met een opslag op de tarieven van segment 2.

Gupta adviseert de inkoop van segment 1 volgens scenario 2 te laten plaats vinden, segment 2 wordt daarbij ingekocht bij aanbieders die segment 1 leveren. Elke aanbieder die een contract heeft voor segment 1 moet altijd ook segment 2 bieden. Er

zijn aanbieders die alleen zorg in segment 2 leveren maar een zorgaanbieder kan niet alleen segment 1 leveren. Dit voorkomt dat de wijkgerichte activiteiten los komen te staan van de patiëntgebonden zorg in segment 2. In wijken met veel aanbieders kan dit betekenen dat niet elke aanbieder in die wijk een contract krijgt voor segment 1.

Ander argument om voor bovenstaand scenario te kiezen is het belang van de samenhang met het sociale domein. Gupta ziet dat het niet werkbaar lijkt om alle aanbieders te contracteren. Gemeenten hebben behoefte aan een beperkt aantal aanspreekpunten per wijk. Het contracteren van segment 1 bij meerder aanbieders, die in de wijk actief zijn, leidt tot versnippering.

Het advies van Gupta is dat een zorgaanbieder de prestatie "Verpleging en verzorging wijkgericht werken" kan declareren als er een overeenkomst met de zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt. Dit geldt volgens Gupta voor zowel zorgverzekeraars die natura- en restitutiepolicen aanbieden en zorgverzekeraars die uitsluitend restitutiepolicen aanbieden.

Zorgverzekeraars zouden volgens Gupta (gezamenlijk) verantwoordelijkheid moeten nemen om de zorg in segment 1 in te kopen. Dit kan via representatie of een volgmodel. Partijen moeten zelf de noodzakelijke maatregelen treffen.

Voor de bekostiging van segment 1 adviseert Gupta populatiebekostiging in te zetten. Zij onderscheiden daarbij vier mogelijkheden om populatiebekostiging vorm te geven:

- Budget per verzekerde;
- Budget per wijk;
- Koppeling aan huisartsenpopulatie;
- Inschrijving bij wijkverpleging aanbieder.

Gupta adviseert om een bedrag per verzekerde te hanteren zodat er een één op één betaaltitel is tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. De verzekeraar kan zelf het bedrag per verzekerde bepalen, waarbij op basis van wijkenmerken (bijvoorbeeld leeftijd, geslacht, sociaal economische status) kan worden gevarieerd. Daarbij is het mogelijk een koppeling te maken met de Wmo-regio's. Aanbieders ontvangen een lumpsum (totaalbedrag) die is opgebouwd uit het aantal verzekerden in de populatie en het bedrag per verzekerde. De declaratie vindt maandelijks plaats.

De andere drie opties zijn volgens Gupta minder werkbaar:

- Bij een budget per wijk is de schadelast voor de individuele verzekeraar niet te bepalen doordat de vergoeding niet is terug te rekenen naar een individuele verzekerde.
- Koppeling aan de huisartsenpopulatie betekent dat er geen eigen betaaltitel voor verpleging en verzorging is. Uitgangspunt is dat er een eigen specifieke betaaltitel is die daarmee in principe naast/los van de huisarts of medisch specialist staat.
- Inschrijven bij een aanbieder vereist dat alle verzekerden zich inschrijven. Omdat slechts een klein deel van de bevolking verpleging en verzorging gebruikt, is dit praktisch onwerkbaar.

Gupta adviseert om een goede monitoring en een gedegen evaluatie op te zetten. Gupta stelt nadrukkelijk dat de wijkgerichte zorg en de hier voorgestelde keuze van het bekostigingsmodel zich nog moeten bewijzen in de praktijk. Als het model niet voldoende meerwaarde geeft en de voorgestelde bekostiging in de praktijk leidt tot versnippering in de zorgverlening tussen segment 1 en segment 2 dan zou volgens Gupta in de toekomst overwogen moeten worden om segment 1 en 2 samen te voegen. Als de oorzaak ligt in de inkoop van de zorgverzekeraars of de werkwijze van de zorgaanbieders, dan is aanpassing van de wijze van bekostiging niet de oplossing.

### 3.3 Advies NZa

Voordat wij ons advies voor segment 1 geven, gaan we eerst kort in op populatiebekostiging in het algemeen en de problemen en risico's die gepaard gaan met het inpassen van populatiebekostiging in de Zvw. In ons advies gaan wij vervolgens nader in op de prestatiebeschrijving, de tariefsoort, de inkoop en de aandachtspunten.

#### 3.3.1 Populatiebekostiging in de Zvw

Bij populatiebekostiging wordt de bekostiging van zorg gekoppeld aan een populatie. De kenmerken van de populatie (bijvoorbeeld persoons-, omgevings-, gezondheidskenmerken) hebben invloed op de hoogte van de vergoeding. In tegenstelling tot prestatiebekostiging speelt (het volume aan) zorggebruik geen rol in de vergoeding door de zorgverzekeraar aan een zorgaanbieder.

##### 3.3.1.1 Problemen en risico's inpassen populatiebekostiging in de Zvw

Populatiebekostiging in de Zvw stuit op diverse inpassingsproblemen. Hieronder worden de problemen weergegeven.

De tariefbeschikking waarin prestaties en/of tarieven staan, vormt volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) de betaaltitel tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Bij populatiebekostiging kan geen eenduidige definitie van een gehele populatie als betaaltitel worden afgegeven. Aan de kant van de zorgaanbieder is lastig vast te stellen hoeveel en welke patiënten een zorgaanbieder (in zorg/in de populatie) heeft. Aan de kant van de zorgverzekeraar is ook moeilijk te bepalen voor welk deel van de populatie welke zorgverzekeraars per regio of gemeente actief zijn.

In beginsel heffen zorgverzekeraars in de Zvw, in een concurrerende omgeving, premie voor het vergoeden van zorg voor hun eigen verzekerden. Bij populatiebekostiging is echter de schadelast per verzekerde per zorgverzekeraar lastig te bepalen. Dit komt doordat bij populatiebekostiging de betaaltitel op het niveau van een gehele populatie is in tegenstelling tot een individuele patiënt. De bekostiging is niet patiëntvolgend en de verantwoording kan daardoor moeilijk op individueel patiëntniveau plaats vinden.

Bij populatiebekostiging is enige mate van afstemming en samenhang in het organiseren van het zorgaanbod in een regio gewenst. Daardoor is niet uit te sluiten dat inkoop in een regio in collectief verband geschiedt. In een bepaalde regio kunnen patiënten namelijk bij verschillende zorgverzekeraars verzekerd zijn. Het uitgangspunt van concurrerende zorgverzekeraars staat daarmee onder druk. Daarentegen bevordert collectieve inkoop wel de samenhang in de zorg voor een populatie.

Zorgaanbieders hebben in principe altijd de prikkel om hun kosten zo laag mogelijk te houden. Een risico van populatiebekostiging wat hieruit voortvloeit is onderbehandeling. Zorgaanbieders ontvangen immers een bedrag per verzekerde of een totaalbedrag, ongeacht de hoeveelheid zorg die geleverd wordt. Door dit vaste bedrag per populatie te ontvangen kan er een prikkel zijn om minder zorg te leveren dan noodzakelijk is.

Als een relatief beperkt aantal zorgaanbieders wordt gecontracteerd, kan populatiebekostiging leiden tot een situatie waarbij er nauwelijks sprake is van concurrerende zorgaanbieders. Zorgaanbieders worden dan in beperkte mate gestimuleerd om hun dienstverlening regionaal onderscheidend en kwalitatief goed in te vullen of om concurrerende prijzen te hanteren. Dit kan uiteindelijk negatief uitwerken voor de patiënt.

### 3.3.1.2 Advies NZa populatiebekostiging in de Zvw

Populatiebekostiging staat op gespannen voet met de uitgangspunten binnen de Zvw. Ondanks bovengenoemde problemen en risico's is populatiebekostiging niet onmogelijk binnen de Zvw. Als de keuze wordt gemaakt voor populatiebekostiging binnen de Zvw dan kan dat door de prestatie voor segment 1 zo vorm te geven dat veel vrijheid wordt gegeven aan zorgverzekeraars voor de vorm van de prestatie (per verzekerde, lumpsum, etc.) en de hoogte van het tarief (vrij tarief). Dit is ook bij de huidige prestatie 'wijkgericht werken' in 2015 het geval.

De NZa adviseert de keuze aan verzekeraars te laten bij wie zij segment 1 en segment 2 inkopen. In de praktijk wordt dit door zorgaanbieders als onwenselijk ervaren, omdat los inkopen van segment 1 en 2 de integraliteit van de zorg in de weg kan staan. Ons advies om zorgverzekeraars te laten bepalen hoe en bij wie zij segment 1 inkopen en daarmee de contracteervrijheid van zorgverzekeraars zo min mogelijk in te perken is conform de principes van de Zvw en is inherent aan de keuze voor een 3-segmentenmodel.

*Consultatievraag 1: Wat is uw reactie op het advies van de NZa om segment 1 en 2 los in te kunnen kopen?*

### 3.3.2 Prestatiebeschrijving en tarief

De NZa adviseert voor segment 1 één prestatie met een generieke beschrijving en een vrij tarief te hanteren. Voor de prestatiebeschrijving zoekt de NZa aansluiting bij het advies van Gupta en de, voor 2015 vastgestelde prestatie 'wijkgericht werken'. Belangrijke randvoorwaarden hierbij zijn duidelijkheid over enerzijds de afbakening tussen de WMO en Zvw, anderzijds de afbakening tussen segment 1 (niet-toewijsbare zorg) en segment 2 (toewijsbare zorg).

Binnen segment 1 onderneemt de verpleegkundige bijvoorbeeld actie om voor een patiënt in de wijk duidelijkheid te krijgen over welke zorgverlening het meest passend zou zijn (bijvoorbeeld zorgverlening vanuit de Wlz, Wmo, Jeugdwet of segment 2, de individuele verpleegkundige zorgverlening).

De verpleegkundige adviseert primair vanuit een verpleegkundige achtergrond en niet vanuit het sociale domein (bijvoorbeeld bij een schuld sanering vraagstuk). Zij weet hoe de zorg georganiseerd is, en of anderen nodig zijn voor een indicatiestelling. Als de verpleegkundige adviseert om bijvoorbeeld een Wlz-indicatie aan te vragen, dan weet zij dat daarvoor een indicatie van het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg) noodzakelijk is. Zij kent het lokale netwerk, en kan zo inschatten welke zorg geleverd kan worden binnen een wijk.

Binnen segment 2 bepaalt de verpleegkundige zelf wat de verpleegkundige zorgvraag van de patiënt is, hoeveel uur zorg en welk deskundigheidsniveau ingezet moet worden. Natuurlijk schakelt de verpleegkundige waar nodig met de huisarts of de medisch specialist.

Twee voorbeelden van werkzaamheden in segment 1 worden beschreven in bijlage 1.<sup>6</sup> Deze voorbeelden zijn gebaseerd op een BMC rapport in opdracht van ZonMw voor een kosten-batenanalyse van Zichtbare Schakel projecten.

*Consultatievraag 2: Wat is uw mening over de mate van vrijheid waarin de prestatiebeschrijving van segment 1 wordt vormgegeven? Graag motiveren.*

*Consultatievraag 3: In hoeverre deelt u het advies dat de indicatiestelling wordt bepaald in segment 2? Graag motiveren.*

<sup>6</sup> BMC (2012), De 'Zichtbare Schakel'- wijkverpleegkundige: een hele zorg minder

### 3.3.3 Inkoop

Het gezamenlijk organiseren van de inkoop middels representatie of een volgmodel lijkt het meest passende inkoopmodel voor segment 1. Dit vanwege de gewenste afstemming en samenwerking binnen een wijk of regio. De NZa zal niet adviseren inzake inkoop via representatie of een volgmodel, dit is voorbehouden aan de Autoriteit Consument en Markt (ACM). De regelgeving die de NZa opstelt verhindert representatie niet. Het is aan zorgverzekeraars om hier invulling aan te geven. Hoewel onze regelgeving niet in de weg staat dat zorgverzekeraars elkaar volgen in hun inkoopmodel of via representatie inkopen, is het de vraag of inkoop door en declaratie aan de representerende zorgverzekeraar mogelijk is op grond van de mededingingsregels. Hierover kan de NZa geen uitspraken doen, omdat de ACM daar over gaat. Het is de verantwoordelijkheid van veldpartijen om zich aan de mededingingsregels te houden.

Voor het vormgeven van populatiebekostiging in segment 1 lijkt een bedrag per verzekerde de meest bruikbare basis. Dit vormt één op één een betaaltitel tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, waarbij de zorgverzekeraar zelf de definitie van 'wijk' kan bepalen. Hierdoor wordt bijvoorbeeld ook een koppeling met Wmo-regio's mogelijk. De NZa adviseert een prestatievorm waarbij de declaratie-eenheid vrij is. De zorgverzekeraar kan zelf de keuze maken hoe segment 1 wordt ingekocht, bijvoorbeeld via een bedrag per verzekerde of een totaalbedrag. De NZa zal geen declaratievoorwaarde koppelen aan segment 1 en het leveren van zorgprestaties in segment 2 om de contracteervrijheid van verzekeraars niet te beperken. Dit betekent dat de zorgverzekeraar segment 1 en segment 2 los van elkaar in kan kopen.

De NZa adviseert wel om een contractvereiste voor segment 1 op te nemen. Segment 1 is alleen declarabel als de zorgaanbieder een contract heeft gesloten met een zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars kunnen daardoor middels de inkoop sturen op een doelmatige zorgverlening.

*Consultatievraag 4: In hoeverre deelt u het advies van de NZa om een contractvereiste op te nemen voor segment 1?*

### 3.3.4 Aandachtspunten

In 3.3.1 zijn enkele problemen en risico's genoemd die gepaard gaan met invoering van populatiebekostiging in de Zvw. In deze paragraaf staan tevens punten die aandacht behoeven.

In overeenstemming met eerder uitgebrachte adviezen wijst de NZa ook in dit advies op de beperkingen die er zijn met betrekking tot de toezichtbaarheid en handhaafbaarheid van de niet-toewijsbare zorg die in segment 1 wordt geleverd. De zorg in segment 1 is niet op patiëntniveau herleidbaar of declarabel. Dit terwijl de Zvw uitgaat van een individueel recht op zorg. Het risico bestaat dat de zorgverzekeraars deze zorg niet inkopen. Daarnaast zijn de collectieve vormen van zorg die binnen segment 1 worden geleverd praktisch gezien moeilijk individueel afdwingbaar. De naleving van de zorgplicht is moeilijk te toetsen door de NZa.

Een andere beperking ten aanzien van de toezichtbaarheid en handhaafbaarheid is dat er geen objectiveerbaar verdeelmodel beschikbaar is op basis waarvan de landelijk beschikbare middelen (regionaal) kunnen worden ingezet/ingekocht, zodat een dekkend zorgaanbod wordt gerealiseerd. Een zekere afstemming tussen verzekeraars is hiervoor nodig.

In het belang van een landelijk dekkende zorginkoop is het ook belangrijk dat restitutieverzekeraars segment 1 inkopen. Het instrumentarium van de NZa voorziet

niet in het verplichten van (restitutie)zorgverzekeraars om de zorg in segment 1 in te kopen. De NZa kan alleen toezicht houden op de zorgplicht, wat echter moeilijk is voor segment 1.

Voor verpleging en verzorging is voor 2015 geen wettelijk verplicht eigen risico voorzien. Indien wel een eigen risico van toepassing wordt, is dit wettelijk eigen risico in relatie tot de bekostiging van niet-toewijsbare zorg in segment 1 een aandachtspunt. Populatiebekostiging en een wettelijk verplicht eigen risico gaan niet goed samen. Ongeacht of gebruik wordt gemaakt van zorg in segment 2, zal altijd een deel van het wettelijk verplicht eigen risico voor verpleging en verzorging worden ingezet. Op voorhand moet iemand al een deel van zijn eigen risico betalen, ook al heeft de verzekerde zelf geen verpleging en verzorging ontvangen.

### 3.3.5 Conclusie

Populatiebekostiging past in beginsel niet binnen de Zvw, het staat op gespannen voet met de uitgangspunten van de Zvw. Als de keuze wordt gemaakt voor populatiebekostiging binnen de Zvw dan kan dat het beste vorm worden gegeven met een prestatie voor segment 1 waarbij veel vrijheid wordt gegeven aan zorgverzekeraars om de vorm van de prestatie te bepalen (per verzekerde, lumpsum, etc.) en de hoogte van het tarief (vrij tarief).

De NZa zal geen declaratievoorwaarde koppelen aan segment 1 en het leveren van zorgprestaties in segment 2. Segment 1 en 2 kan daardoor eventueel ook los van elkaar ingekocht worden.

De contracteervrijheid van zorgverzekeraars wordt hiermee zo min mogelijk ingeperkt, conform de principes van de Zvw. De mogelijkheid om los in te kopen is inherent aan de keuze voor een 3-segmentenmodel. De NZa adviseert wel om een contractvereiste op te nemen. Zorgverzekeraars kunnen zo met de inkoop sturen op een doelmatige zorgverlening.

Aandachtspunt is de toezichtbaarheid en handhaafbaarheid van de niet toewijsbare zorg in segment 1. De zorg is niet op patiëntniveau herleidbaar en declarabel. Daarnaast is er geen verdeelmodel beschikbaar. Er zijn ook aandachtspunten met betrekking tot de inkoop van zorg, de NZa heeft geen instrumentarium om inkoop door (restitutie)verzekeraars in segment 1 verplicht te stellen. Tenslotte gaat populatiebekostiging en een wettelijk verplicht eigen risico niet goed samen.



## 4. Advies segment 2

### 4.1 Inleiding

Verpleegkundige zorg bestaat in de eerste plaats uit zorgverlening; het verrichten van verpleegkundige en verzorgende werkzaamheden in de volle omvang zoals 'verpleegkundigen die plegen te bieden'. Deze werkzaamheden worden uit segment twee bekostigd. Het gaat hier om zorg die direct is toe te wijzen aan een patiënt.

### 4.2 Advies Gupta

Gupta adviseert om de bekostiging van de zorg in segment 2 niet te koppelen aan een set patiëntprofielen, maar aan prestaties op basis van zorgzwaarte. Het voortbouwen op patiëntprofielen is volgens Gupta om de volgende redenen niet mogelijk/wenselijk:

- Indelen van patiënten in groepen is complex als een patiënt in meerdere groepen kan vallen, omdat de patiënt meerdere ziektebeelden heeft.
- Het zorggebruik binnen een patiëntgroep is niet homogeen, zo blijkt uit analyse van declaratiegegevens (loopt uiteen van weinig tot veel).
- Hoe meer patiëntgroepen, hoe meer risico dat ruis ontstaat in vergelijkingen tussen zorgaanbieders door de kleinere aantallen per groep. Prestaties zijn daardoor snel instabiel en kunnen leiden tot grote verschillen tussen zorgaanbieders. Bijvoorbeeld omdat een zorgaanbieder binnen een bepaalde categorie voornamelijk patiënten heeft met hoge zorgzwaarte.
- Patiëntgroepen zijn limitatief qua opsomming en bieden mogelijk geen ruimte voor het substitueren van zorg vanuit de tweede lijn bij patiënten waarvoor geen patiëntgroep is bepaald.

Gupta adviseert daarom om toewijsbare zorg te bekostigen middels integrale prestaties ingedeeld op basis van zorgzwaarte. Deze zorgprestaties omvatten de complete zorgbehoefte aan verpleging en verzorging van een patiënt. Gupta heeft in haar advies drie varianten uitgewerkt; een systeem met 2, 3 of 5 prestaties.

Gupta heeft ervoor gekozen om alle direct patiënt-toewijsbare verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden onder generieke prestaties te scharen en het aantal uitzonderingen zoveel mogelijk te beperken. Dit past bij de gedachte van integrale zorg en reflecteert de voorkeur van de meerderheid van de geraadpleegde partijen in de expert- en klankbordgroep. Hier zijn de volgende argumenten voor genoemd:

- Beperking van het aantal uitzonderingen doet recht aan het principe van integrale zorglevering. Dit principe versterkt de autonome positie van de wijkverpleegkundige bij de zelfstandige beoordeling van welke zorg de patiënt nodig heeft.
- Het benoemen van uitzonderingen in de bekostiging schept een precedent en kan daarmee aanleiding geven om in de toekomst allerlei andere uitzonderingen te introduceren, waardoor de complexiteit van de bekostiging toeneemt.
- Het formuleren van uitzonderingen voor een specifieke patiëntgroep geeft een prikkel om de zorg / infrastructuur enkel voor deze patiëntgroep in te zetten in plaats van voor alle patiëntgroepen die hier baat bij hebben, zoals past bij de integrale aard van het verpleegkundige vak.
- De inzet van E-health in de behandeling kan kostenbesparing opleveren voor de zorgaanbieder als deze leidt tot minder inzet van personeel. Hier is geen aparte beloning voor nodig omdat de prestaties niet meer uit gaan van uurtje-factuurkje. Zorgvernieuwing, zoals innovatie van de zorgketen (bijv. opzetten van netwerken)

en ontwikkeling van nieuwe zorginnovaties, is niet direct toewijsbaar aan individuele patiënten en valt dus ook niet onder de zorgprestaties. Alle partijen in de expert- en klankbordgroep zijn het erover eens dat dit zeer waardevol kan zijn voor patiënten, en aparte bekostiging noodzakelijk is om partijen tegemoet te komen in verband met de noodzakelijke investeringen. Zorgvernieuwing is daarom als aparte prestatie opgenomen in segment 3.

Op basis van de afstemming met veldpartijen adviseert Gupta een model met drie prestaties:

- Verpleging & verzorging met lage zorgzwaarte;
- Verpleging & verzorging met gemiddelde zorgzwaarte;
- Verpleging & verzorging met hoge zorgzwaarte.

In het advies geeft Gupta aan, dat een tijdelijk vangnet voor omzetverschuivingen een voorwaarde is voor het hanteren van drie prestaties. Indien dit vangnet niet mogelijk is, kan dat een reden zijn om vijf prestaties te hanteren.

De zorgzwaartescore volgt uit het aantal uren en het benodigde deskundigheidsniveau. Gupta gaat uit van drie deskundigheidsniveaus: verpleegkundige niveau 3, 4 en 5. Deze niveaus krijgen van Gupta een relatieve score. Deze relatieve score is afgeleid van de huidige extramurale AWBZ PV (persoonlijke verzorging) - en VP (verpleging) - tarieven. Per prestatie geeft Gupta in haar rapport op basis van data-analyses de minimale en maximale zorgzwaartescores weer.

De prestaties hebben een declaratieperiode van vier weken en een bijbehorend tarief. Aan het eind van elke periode wordt voor elke patiënt de prestatie afgeleid op basis van de zorgzwaarte in die periode. De zorgzwaarte wordt bepaald aan de hand van de uren en de deskundigheid in de voorgaande periode. Zonder correcte registratie kan er echter geen declaratie plaatsvinden. Registratie vindt plaats aan de hand van de geleverde/geplande uren en de benodigde deskundigheid zoals blijkt uit de indicatie. In de declaratiestroom komt, naast de geleverde zorgprestaties, ook aanvullende informatie uit de indicatie.

Daarnaast adviseert Gupta om een uitzondering te maken voor patiënten met zeer hoge zorgzwaarte (meer dan twee uur zorg per dag). Voor deze patiënten komt een aparte bekostiging via machtigingen en declaratie per uur.

Gupta heeft separaat onderzoek gedaan naar de zogenaamde 'beschikbaarheidsvoorzieningen'. Hieronder valt alle infrastructuur en personele inzet die nodig is om ongeplande zorg te kunnen leveren. Deze zorg wordt momenteel door zorgkantoren bij een beperkt aantal zorgaanbieders binnen de verschillende regio's ingekocht. De resultaten van dit deelonderzoek en het advies van Gupta over de inpassing van deze voorzieningen in de bekostiging zijn op het moment van schrijven van ons advies nog niet beschikbaar.

Tot slot adviseert Gupta twee aparte prestaties met een dagtarief, voor kortdurend verblijf en vervoer voor patiënten onder de 18 jaar met betrekking tot de intensieve kindzorg (conform Bzv):

- Verblijf overdag bij kindzorg;
- Verblijf 's avonds en 's nachts bij kindzorg.

#### 4.3 Advies NZa

Het NZa-advies voor de toekomstige bekostiging van de zorg in segment 2 is gebaseerd op het door Gupta geadviseerde model. Het advies om de bekostiging niet

te baseren op patiëntprofielen, maar op zorgzwaarte nemen wij over. Ook het advies voor een planningshorizon van vier weken, een beperkte set integrale prestaties en het apart bekostigen van de zeer intensieve patiënten (de zogenaamde patiënten in de 'staart') neemt de NZa over.

Wij adviseren een aparte bekostiging voor verblijf en vervoer voor patiënten onder de 18 jaar bij intensieve kindzorg. Dit advies richt zich op de bekostiging van verpleging en verzorging in de Zvw. Kortdurend verblijf en vervoer vallen niet onder de aanspraak verpleging en verzorging, waardoor een aparte bekostiging hiervoor passend is. Gupta heeft een voorstel gedaan voor twee aparte prestaties. De samenhang met kortdurend verblijf zal eerst onderzocht moeten worden, voordat een nader uitgewerkt voorstel voor een passende bekostiging gedaan kan worden.

*Consultatievraag 5: In hoeverre deelt u het advies van de NZa om de bekostiging te baseren op zorgzwaarte, met een planningshorizon van vier weken?*

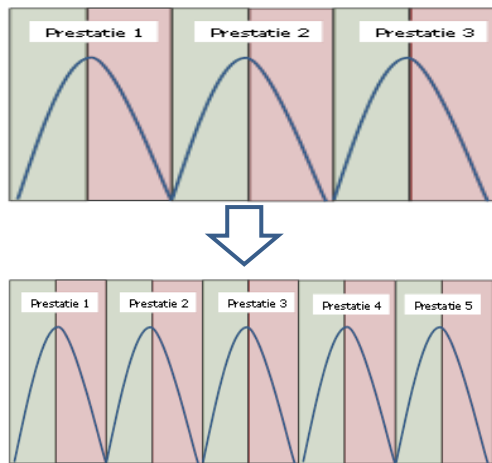
Op vier onderdelen wijken wij af van het advies van Gupta.

#### 1. Aantal prestaties

Gupta adviseert voor segment 2 uit te gaan van drie prestaties, met als voorwaarde een tijdelijk vangnet voor omzet verschuivingen. Een dergelijke structuur scoort weliswaar goed op eenvoud/overzichtelijkheid, maar uit de analyses blijkt dat de kostenhomogeniteit van deze prestaties minder goed is dan wanneer de zorg wordt bekostigd uit vijf prestaties.

In figuur 2 is de verklaring hiervoor vereenvoudigd visueel weergegeven: hoe meer prestaties, hoe kleiner de spreiding. Een kleinere spreiding geeft een betere kostenhomogeniteit.

**Figuur 2 – Kostenhomogeniteit neemt toe bij meer prestaties**



Bron: NZa

De kostenhomogeniteit heeft directe consequenties voor de impact die een dergelijk systeem zal hebben op de omzet van zorgaanbieders. Uit de impactanalyse van Gupta blijkt dat meer dan 10% van de zorgaanbieders in een model met drie prestaties omzetschommelingen van meer dan 5% tegemoet kan zien (positief en negatief). In een model met vijf prestaties is dit naar verwachting slechts 1% van de zorgaanbieders. De omzetschommelingen zijn daarmee dermate beperkt, dat een vangnet voor verschuivingen niet noodzakelijk is.

Wij adviseren daarom een bekostiging van segment 2 op basis van vijf prestaties.

*Consultatievraag 6: In hoeverre deelt u de keuze voor bekostiging van de zorg in segment 2 op basis van vijf prestaties?*

*2. Toeleiding naar de prestaties*

Gupta adviseert toeleiding naar de drie hoofdprestaties op basis van de indicatiestelling, de geplande ureninzet en functiemix. Aan het eind van elke periode (vier weken) wordt voor elke patiënt de prestatie afgeleid op basis van de zorgwaarde in die periode. De zorgwaarde wordt bepaald aan de hand van de uren en de deskundigheid in de voorgaande periode. Zonder correcte registratie kan er echter geen declaratie plaatsvinden. Registratie vindt plaats aan de hand van de geleverde/geplande uren en de benodigde deskundigheid zoals blijkt uit de indicatie. In de declaratiestroom komt, naast de geleverde zorgprestaties, ook aanvullende informatie uit de indicatie.

Wij wijken hier van af omdat we de toeleiding naar de prestaties in segment 2 op basis van indicatiestelling/planning nog niet wenselijk vinden, omdat de betrouwbaarheid/voorspellende kracht hiervan voor de daadwerkelijke zorglevering nog onbekend is. Als er langer met het systeem is gewerkt en er analyses kunnen worden uitgevoerd op de registratie- en declaratiedata, kan worden onderzocht of de indicatiestelling een voldoende solide basis is voor de toeleiding en declaratie van de verschillende zorgprestaties.

Wij adviseren daarom om op basis van het daadwerkelijk geregistreerde aantal uren per deskundigheidsniveau per patiënt te komen tot automatische afleiding en declaratie van de bijbehorende prestatie.

Dit is voor zorgaanbieders niet een extra administratieve last, aangezien het registreren van uren per deskundigheidsniveau al vereist is in dit systeem, zoals Gupta ook adviseert. Deze gegevens zijn ook nodig voor de doorontwikkeling van de prestaties. Voor een uitwerking van de registratievereisten wordt verwezen naar paragraaf 4.3.4.

Op termijn is op basis van analyses op registratie- en declaratiedata wellicht mogelijk om de omslag te maken naar toeleiding op basis van triage en eventueel tegelijkertijd afbouw van de registratieverplichtingen. Dit wordt nader beschreven in paragraaf 6.3.2.

*Consultatievraag 7: Hoe kijkt u aan tegen toeleiding naar de prestaties op basis van geplande versus geleverde uren?*

*3. Afbakening van patiënten met een zeer intensieve zorgvraag*

Gupta adviseert om voor de zorg aan patiënten met een zeer intensieve zorgvraag de zogenaamde 'staart' van ca. 10.000 patiënten (overstijgt de reikwijdte van de hoogste prestatie in segment 2) te werken met machtingen en uurtarieven.

We nemen het advies van Gupta over om de zorg aan deze patiënten separaat te bekostigen. Wat wij anders adviseren is dat we uitgaan van een aanvullende bekostiging bovenop de door ons voorgestelde vijfde prestatie. Door deze prestaties als een toeslag op te nemen willen we het risico op upcoding verlagen. Wanneer deze patiënten, zoals voorgesteld in het advies van Gupta, volledig alle uren vergoed krijgen is er een risico dat patiënten ten onrechte aangemerkt worden als intensieve patiënten. Wanneer het een toeslag betreft bovenop het hoogste pakket is dit risico beperkter. Immers, de bekostiging van het hoogste pakket is gebaseerd op het gemiddeld aantal uren in dit pakket. Tot aan het bereiken van de bovenwaarde van de bandbreedte van deze prestatie kan enkel dit tarief gedeclareerd worden. Declaratie van aanvullende uren is pas mogelijk, nadat deze bovenwaarde wordt overschreden.

Een ander verschil is dat wij voorstellen om niet met uurtarieven te werken. Eén van de uitgangspunten van het nieuwe bekostigingssysteem is namelijk om rechtstreeks betalen voor uren zorg te vermijden. We koppelen de bekostiging van deze zorg daarentegen aan de zorgwaardewaarde. Het aantal zorgwaardepunten dat hoger ligt dan de rand van de vijfde prestatie (zorgwaardescore 61,5) vermenigvuldigd met een bedrag per zorgwaardepunt bepaalt de omvang van de toeslag. Deze toeslag wordt, evenals de andere prestaties eens per vier weken gedeclareerd. Een nadere toelichting staat in paragraaf 4.3.1.2

Tot slot, het advies van Gupta met betrekking tot het koppelen van machtigingen aan de bekostiging van de zorg voor patiënten met een zeer intensieve zorgvraag is binnen de Zvw contrair aan de principes van deze wet. Het is aan de zorgverzekeraars om te bepalen hoe zij omgaan met eventuele machtigingsvereisten bij zorgvormen, die betrekking hebben op verpleging en verzorging Zvw, dit zal moeten blijken uit de door hen opgestelde polisvoorwaarden.

*Consultatievraag 8: In hoeverre deelt u het advies om zeer intensieve zorg te bekostigen middels een aanvullende bekostiging, gerelateerd aan de zorgwaardescore, bovenop de door ons voorgestelde vijfde prestatie?*

*Consultatievraag 9: Hoe kijkt u aan tegen de omvang van de groep zeer intensieve patiënten oftewel de 'staart' (circa 10.000 patiënten)?*

*Consultatievraag 10: Noodzaakt de (indicatieve) omvang van de groep zeer intensieve patiënten om (een deel) van de 'staart' in een 6e basisprestatie op te nemen?*

#### 4. Beschikbaarheidsvoorzieningen

Het aanvullende deelonderzoek naar de aard en omvang van de beschikbaarheidsvoorzieningen is op het moment van schrijven van ons advies nog niet afgerond. Toch is het al mogelijk het advies van de NZa op dit onderdeel weer te geven.

Zorgaanbieders zijn richting hun patiënten verantwoordelijk voor het leveren van alle zorg binnen de aanspraak Verpleging en verzorging. Dit geldt dus ook voor zorg in avond/nacht/weekend, als ook voor de onplanbare/oproepbare zorg. De Zvw gaat uit van het principe van patiëntvolgende bekostiging. Oftewel, als een zorgaanbieder verantwoordelijk is voor deze zorg, behoort de zorgaanbieder hiervoor ook alle benodigde financiële middelen voor de betreffende patiënt te ontvangen.

Bekostiging van beschikbaarheid is daarmee een integraal onderdeel van de aanspraak op verpleging en verzorging en moet daarom ook integraal bekostigd worden in segment 2.

Momenteel wordt deze voorziening door een beperkt aantal zorgaanbieders in de regio uitgevoerd, ook voor de patiënten van de andere zorgaanbieders in de regio. Deze wijze van het organiseren van beschikbaarheid kan zeker doelmatig zijn. Integrale bekostiging van beschikbaarheid staat deze wijze van organiseren dan ook niet in de weg. Dit kan via de prestatie 'onderlinge dienstverlening' worden bekostigd. Een deel van het tarief in segment 2 zal ingezet kunnen worden voor de bekostiging van beschikbaarheid. Dit deel van het tarief per patiënt kunnen zorgaanbieders vervolgens doorsluizen naar de regionale uitvoerder van de beschikbaarheidsvoorziening. In deze constructie is het overigens ook mogelijk dat zorgaanbieders besluiten deze zorg voortaan zelf te organiseren. Zij beschikken immers direct over de hiervoor benodigde financiële middelen voor hun patiënten.

*Consultatievraag 11: In hoeverre deelt u het advies om de beschikbaarheidsvoorzieningen integraal te bekostigen?*

### 4.3.1 Prestatiestructuur

De prestatiestructuur binnen segment 2 is gebaseerd op vijf prestaties op basis van een zorgzwaartescore. Deze prestaties zijn dekkend voor het merendeel van de patiënten. Voor een aantal uitzonderingsgevallen is het advies om hier aparte prestaties voor vast te stellen.

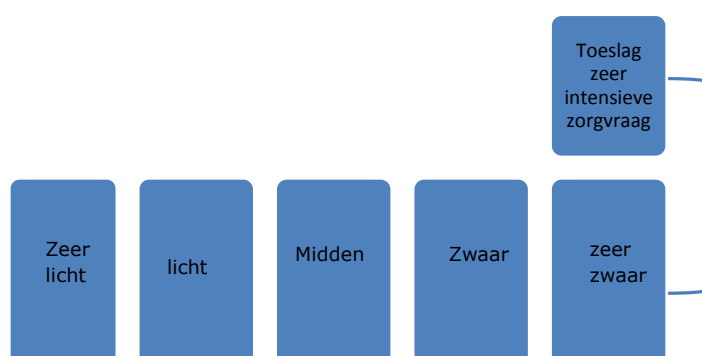
Ook specifieke zorg, zoals casemanagement dementie, palliatief terminale zorg, intensieve kindzorg, complexe wondzorg en medisch-specialistische zorg in de thuissituatie (MSVT), maken onderdeel uit van de zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Deze zorg zal dan ook onderdeel zijn van de integrale prestaties in 2016.

De inzet van e-health toepassingen als onderdeel van de reguliere zorglevering past binnen de integrale zorgprestaties. Denk bijvoorbeeld aan zorg op afstand en beeldschermcommunicatie.

Voor zeer intensieve patiënten kan, onder een aantal voorwaarden, bovenop de hoogste prestatie een toeslag gedeclareerd worden.

Op de volgende pagina wordt een overzicht gegeven van de prestaties.

**Figuur 3. Overzicht van de prestaties**



Bron: NZa

#### 4.3.1.1 De basisprestaties

De afbakening tussen de vijf basisprestaties is gebaseerd op de zorgzwaartescore. In deze zorgzwaartescore wordt het aantal uren dat een patiënt in zorg is vermenigvuldigd met het deskundigheidsniveau van de professional die de zorg geleverd heeft. In onderstaande tabel wordt een rekenvoorbeeld gegeven. De rekenfactor voor de verschillende deskundigheidsniveaus heeft Gupta afgeleid van de huidige PV- en VP-tarieven.

**Tabel 1. Voorbeeld berekening zorgzwaartescore**

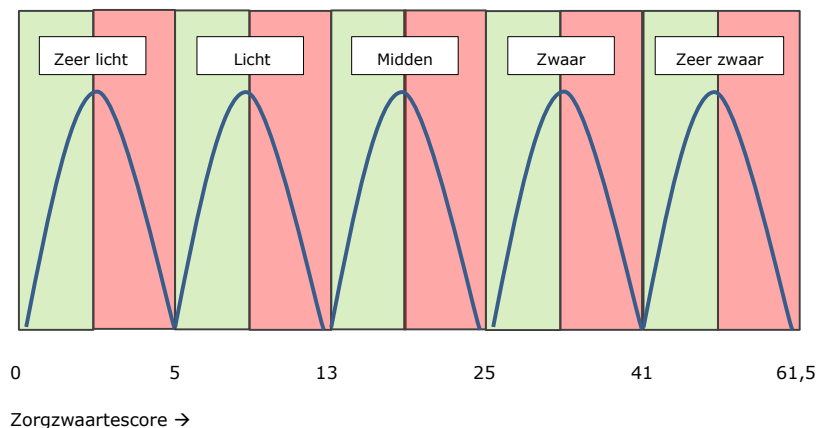
| Niveau                  | Uren | Rekenfactor | Zorgzwaartescore |
|-------------------------|------|-------------|------------------|
| Niveau 3                | 14   | 1           | 14               |
| Niveau 4                | 7    | 1,5         | 10,5             |
| Niveau 5                | 0    | 1,7         | 0                |
| <b>Zorgzwaartescore</b> |      |             | <b>24,5</b>      |

Bron: Rapport Gupta

De zorgzwaartescore bepaalt uiteindelijk welke prestatie gedeclareerd kan worden. Bij een zorgzwaartescore van 0 tot 5 wordt prestatie 1 gedeclareerd en bij een zorgzwaartescore vanaf 5 tot 13 wordt prestatie 2 gedeclareerd, etc. Bovenstaande rekenvoorbeeld komt uit in pakket 3 (van 13 tot 25).

Onderstaand figuur geeft dit grafisch weer. In de figuur is voor de eenvoud uitgegaan van een normaal verdeling, in de praktijk hoeft dit niet altijd zo te zijn.

**Figuur 4. Zorgzwaartescore per prestatie**



Bron: NZa

De tarieven voor de vijf prestaties worden gebaseerd op basis van het gemiddeld aantal uren zorg en de gemiddelde deskundigheidsmix. In paragraaf 4.3.3 wordt dit verder toegelicht.

Doordat sprake is van een zorgzwaartescore wordt voor zowel een patiënt met een relatief lage inzet aan uren en een relatief hoge inzet aan deskundigheid dezelfde prestatie gedeclareerd als voor een patiënt met een relatief hoge inzet aan uren en lage inzet aan deskundigheid, zolang het binnen de bandbreedte van de zorgzwaartescore valt.

#### 4.3.1.2 Toeslag voor zeer intensieve zorg

Naast deze vijf prestaties zullen we een aanvullende toeslag vaststellen voor patiënten met een zeer hoge zorgvraag. Deze prestatie wordt met een tarief per zorgzwaartepunt vastgesteld. De zorgzwaartepunten bovenop de bovengrens van de vijfde basisprestatie (zorgzwaartescore 61,5) vermenigvuldigd met een gemiddeld tarief per zorgzwaartepunt leidt tot een te declareren bedrag.

Deze toeslag wordt, evenals de andere prestaties, eens per vier weken gedeclareerd. De declaratie wordt afgeleid van het daadwerkelijk geregistreerde aantal uren en de deskundigheidsmix.

*Consultatievraag 12: Wat is uw oordeel over ons advies voor de bekostiging van patiënten met een zeer intensieve zorgvraag op basis van een tarief per zorgzwaartepunt? Graag motiveren.*

### 4.3.2 Prestatiebeschrijvingen

#### 4.3.2.1 Afbakening met andere domeinen

Voor de beschrijving van de prestaties is het van belang dat de afbakening met de andere domeinen helder is. Verpleging en verzorging wordt niet alleen onder de Zvw geleverd maar ook onder de Wet langdurige zorg (Wlz). Verzorging kan daarnaast ook in het sociale domein (Wmo) geleverd worden.

Voor de afbakening met de Wlz zijn de toegangscriteria voor de Wlz bepalend. In hoofdlijnen komt het erop neer dat een patiënt recht heeft op zorg op grond van de Wlz indien hij/zij vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of



beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap blijvend behoefte heeft aan:

- permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel; of
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen.

De afbakening met de Wmo wordt bepaald doordat in de Zvw sprake moet zijn van een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop.

#### 4.3.2.2 Afbakening met de andere twee segmenten

Voor de zorginkoop en declaratie dient het onderscheid tussen de verschillende segmenten binnen het bekostigingsmodel ook eenduidig te zijn.

De segmenten 1 en 2 onderscheiden zich van elkaar op het punt van toewijsbaarheid van zorg. Activiteiten in segment 1 zijn op voorhand niet direct toewijsbaar aan een zorgtraject van een patiënt. In segment 2 worden de daadwerkelijke verpleegkundige en verzorgende activiteiten bekostigd die rechtstreeks zijn toe te wijzen aan de patiënten in zorg. Hierbij moet sprake zijn van een 'indicatie' voor verpleging en verzorging.

Het verschil tussen segment 2 en 3 is dat in segment 2 zorglevering wordt bekostigd. In segment 3 wordt geen directe zorg bekostigd.

Hier wordt aanvullend beloond voor het behalen van resultaten in de andere twee segmenten. Uitzondering vormt de prestatie 'zorgvernieuwing'. Hier kunnen innovatieve vormen van zorg rechtstreeks worden bekostigd.

*Consultatievraag 13: In hoeverre is de afbakening met de andere segmenten wat u betreft voldoende scherp/werkbaar?*

#### 4.3.2.3 Advies prestatiebeschrijvingen

|   | Prestaties                                                                                                                                                                  | Omschrijving                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   | Basisprestaties verpleging en verzorging<br><br><i>(basisomschrijving voor de <b>vijf</b> zorgwaarte-prestaties, vervolgens specifieke toevoegingen per type prestatie)</i> | Uitvoeren van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, met als doel het versterken van de zelfredzaamheid van de patiënt. Het herstel van gezondheid, of voorkomen van verergering van ziekte of aandoening door onder andere verlichting van lijden en ongemak staat hierbij centraal. Deze verpleging, inclusief het eventueel geheel of gedeeltelijk overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging, houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. De zorg omvat een spectrum aan zorg die loopt van de ADL-ondersteuning tot en met de specialistische verpleging. Naast deze handelingen komen ook de rollen/taken van de verpleegkundige zorg in beeld: signaleren, coachen, coördineren, preventie en ondersteunen bij zelfredzaamheid. Ook het verhelderen van de zorgvraag en het opstellen van het zorgplan zijn hier onderdeel van. De handelingen zijn direct toewijsbaar aan de patiënt. Het gehele arsenaal van verpleegkundige zorg, geënt op de zorgbehoefte van de individuele patiënt, omvat de basisomschrijving 'verpleging en verzorging'. |
| 1 | Zeer licht                                                                                                                                                                  | Deze prestatie is bestemd voor patiënten met een                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|   |                                   |                                                                                                        |
|---|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   |                                   | zeer lage zorgzwaartescore, te weten van 0 tot 5.                                                      |
| 2 | Licht                             | Deze prestatie is bestemd voor patiënten met een lage zorgzwaartescore, te weten van 5 tot 13.         |
| 3 | Midden                            | Deze prestatie is bestemd voor patiënten met een gemiddelde zorgzwaartescore, te weten van 13 tot 25.  |
| 4 | Zwaar                             | Deze prestatie is bestemd voor patiënten met een hoge zorgzwaartescore, te weten van 25 tot 41.        |
| 5 | Zeer Zwaar                        | Deze prestatie is bestemd voor patiënten met een zeer hoge zorgzwaartescore, te weten van 41 tot 61,5. |
| 6 | Toeslag zeer intensieve zorgvraag | Deze prestatie is bestemd voor patiënten met een zeer hoge zorgzwaartescore, te weten hoger dan 61,5.  |

*Consultatievraag 14: Welke opmerkingen/aanvullingen heeft u bij de voorgestelde prestatiebeschrijvingen? Graag motiveren.*

#### 4.3.3 Tarieven

De prestaties binnen segment 2 kennen een maximumtarief, dat door de NZa wordt vastgesteld. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders komen een prijs per prestatie van maximaal deze tariefwaarde overeen.

Het tarief is opgebouwd uit drie hoofdcomponenten:

– *Prijs per uur*

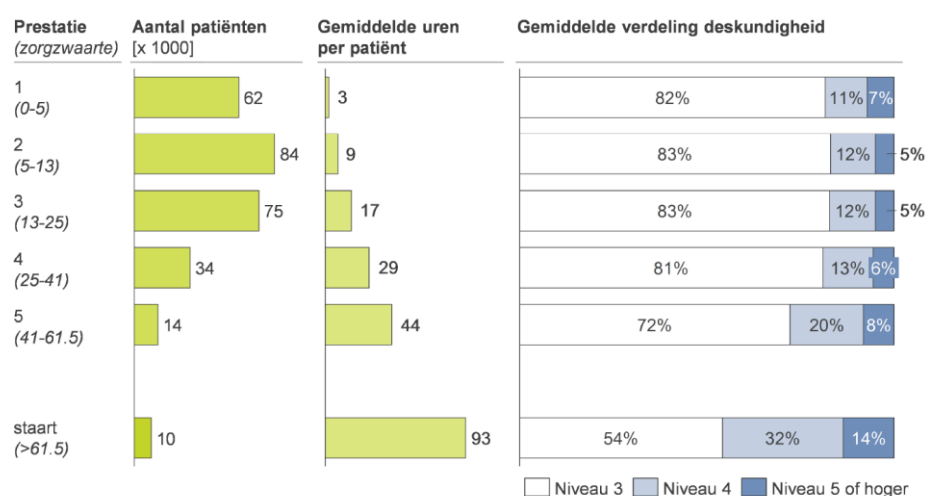
Voor de drie door Gupta geadviseerde deskundigheidsniveaus (verpleegkundige niveau 3, 4 of 5) zal de NZa een prijs per uur bepalen. Deze prijs bevat de directe loonkosten, als ook opslagen voor werkgeverslasten, kapitaallasten, overhead, overige kosten en de kosten voor beschikbaarheidsvoorzieningen. Voor de wijze waarop wij deze prijzen zullen onderbouwen, wordt verwezen naar paragraaf 6.3.4.

– *Deskundigheidsmix*

Per pakket geeft Gupta in haar rapport aan in welke verhouding de drie deskundigheidsniveau's gemiddeld worden ingezet. Deze verhoudingen zullen wij overnemen. Zie figuur 4.

– *Aantal uren*

Per pakket geeft Gupta in haar rapport aan hoeveel uur gemiddeld wordt ingezet. Deze tijdsinzet zullen wij overnemen. Zie figuur 4.

**Figuur 4. Uren en deskundigheidsmix per prestatie**

Bron: Gupta

Het maximumtarief per pakket is vervolgens een vermenigvuldiging van deze drie componenten.

Voor patiënten met een zeer intensieve zorgvraag wordt een tarief per zorgwaartepunt bepaald. Dit tarief is een directe afgeleide van de tarieven van de basisprestaties. Het tarief gedeeld door de gemiddelde zorgwaartescore geeft het tarief per zorgwaartepunt. Deze rekensom leidt in iedere basisprestatie tot dezelfde uitkomst.

Het aantal zorgwaartepunten hoger dan 61,5 (de bovengrens van de vijfde prestatie vermenigvuldigd met dit tarief) geeft de omvang van de te declareren toeslag.

*Consultatievraag 15: Welke opmerkingen/aanvullingen heeft u bij de geschetste tariefonderbouwing? Graag motiveren.*

#### 4.3.4 Registratie- en declaratiebepalingen

Gupta adviseert om naast de prestaties een aantal aanvullende gegevens te laten registreren. Het betreft in eerste instantie de volgende elementen:

- Geleverde/geplande uren zorg
- Ingezet deskundigheidsniveau.

Deze informatie is voor zorgverzekeraars relevant omdat zij daarmee inzicht kunnen verkrijgen in de zorglevering. Het is volgens Gupta wenselijk om naast de geleverde/geplande uren en het deskundigheidsniveau ook de volgende elementen in de declaratiestroom op te nemen:

- Verpleegkundige diagnose;
- Interventies/activiteiten.

Voor het onderhoud aan de bekostiging (zowel de tarieven als de prestatiestructuur, zie paragraaf 6.3) is het daadwerkelijk geleverde aantal uren zorg per deskundigheidsniveau noodzakelijk.

Deze informatie zal de NZa als een Minimale Dataset (MDS) bij zorgaanbieders verplicht stellen. Nog afgewogen moet worden welke informatie hiervan ook op de factuur verplicht gesteld moet worden om de zorgverzekeraar van voldoende informatie te voorzien voor hun controlerende taken.

Zoals in paragraaf 4.3 is beschreven, wordt deze registratie-informatie in ieder geval in de komende jaren ook gebruikt door zorgaanbieders voor de toeleiding naar en declaratie van de verschillende prestaties in segment 2.

Over de vormgeving van deze set zal de NZa nog nader met veldpartijen in overleg treden.

*Consultatievraag 16: In hoeverre deelt u de geschetste noodzaak voor aanvullende registratie- en declaratiebepalingen?*

#### **4.3.5 Conclusie**

De NZa adviseert de bekostiging in segment 2 vorm te geven langs vijf basisprestaties. Deze prestaties onderscheiden zich van elkaar door de hoogte van de zorgwaarde (ureninzet x disciplinemix). Voor patiënten met een zeer intensieve zorgvraag kunnen zorgaanbieders een toeslag declareren. De hoogte van deze toeslag is gekoppeld aan het aantal zorgzwaartepunten dat de bandbreedte van de vijfde prestatie overstijgt.

In het kader van toekomstig onderhoud aan de bekostiging is het van belang dat zorgaanbieders de daadwerkelijk ingezette behandelinzet en disciplinemix registeren. Deze informatie wordt daarnaast gebruikt om de te declareren prestatie af te leiden aan het einde van iedere periode (vier weken).

De benodigde middelen voor de zogenaamde 'beschikbaarheidsvoorzieningen' zijn onderdeel van de tarieven in segment 2. Geld volgt immers de patiënt. Zorgaanbieders kunnen deze zorg (oproepbaar en avond/nacht) laten uitvoeren door een regionale aanbieder via onderlinge dienstverlening.

## 5. Advies segment 3

### 5.1 Inleiding

Segment 3 geeft invulling aan de wens van veldpartijen om toe te groeien naar een bekostigingssysteem waarin ruimte is voor uitkomstbekostiging. De huidige systematiek van bekostigen is voornamelijk gericht op het betalen voor activiteiten. In het 3-segmentenmodel is segment 3 gericht op de bekostiging van het resultaat van deze activiteiten. In dit segment wordt ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders geboden om (belonings)afspraken te maken over behaalde resultaten, bijvoorbeeld verhoging van de geleverde kwaliteit.

Uitkomstbekostiging wordt gezien als een methode waarmee de volumegroei van onnodige zorg en van zorg waarvoor doelmatiger alternatieven voorhanden zijn beperkt kan worden. In segment 3 wordt tevens zorgvernieuwing gestimuleerd.

### 5.2 Advies Gupta

Uit het onderzoek van Gupta blijkt dat veldpartijen naar een systeem van uitkomstbekostiging willen groeien. Daarnaast geven veldpartijen unaniem aan dat er in segment 3 ruimte voor innovatie moet zijn. Om invulling te geven aan deze wensen van het veld adviseert Gupta om segment 3 vorm te geven met twee prestaties:

- uitkomstbeloning verpleging & verzorging
- zorgvernieuwing verpleging & verzorging

De prestatie 'uitkomstbeloning verpleging & verzorging' betreft een variabele vergoeding en is afhankelijk van de behaalde resultaten. Hierbij gaat het nadrukkelijk niet om de proces- en output-indicatoren maar om de outcome-indicatoren. Zorgverzekeraars, aanbieders en patiëntenorganisaties stellen gezamenlijk uniforme uitkomstindicatoren op. Zorginstituut Nederland kan hierin een regierol vervullen. Vervolgens stemmen zorgverzekeraars in samenspraak met individuele aanbieders af welke indicatoren, uit de standaardset uitkomstindicatoren, voor de aanbieder gelden. Op deze manier kan deze prestatie voor elke aanbieder passend ingevuld worden. Zorgverzekeraars hebben de vrijheid om te bepalen welk gewicht ze per indicator hanteren en welke scores ze honoreren.

De standaard set uitkomstindicatoren moet nog worden ontwikkeld. Zorgverzekeraars kunnen, totdat een standaard set van indicatoren beschikbaar is, niet eenzijdig bepalen welk deel van de beloning in segment 3 afhangt van uitkomsten. Wel kunnen zorgverzekeraars met aanbieders die nu al willen beginnen met uitkomstbeloningen afspraken maken over omvang van de beloning en de te hanteren indicatoren.

Het ontwikkelen van een breed gedragen en uniform meetbare set van uitkomstindicatoren is volgens Gupta een meerjarentraject vanwege de zorgvuldigheid waarin dit proces aangepakt moet worden. De te ontwikkelen indicatoren zouden volgens veldpartijen in de beginfase 'beïnvloedbaar' moeten zijn door diegene die de zorg aanbiedt. De indicatoren mogen in een latere fase afhankelijk zijn van uitkomsten of resultaten van samenwerkingspartners of derden.

De prestatie 'zorgvernieuwing verpleging & verzorging' is bedoeld voor zorgaanbieders die investeren in de ontwikkeling van innovatieve middelen of behandelmethoden die aantoonbaar bijdragen aan betere zorgverlening. Innovatie kan bijvoorbeeld betrekking hebben op e-health of een innovatief idee voor zorg in de keten. De

vergoeding geldt expliciet alleen voor de ontwikkelfase en experimentele inzet. Succesvolle innovaties kunnen op termijn onderdeel worden van de reguliere behandeling. Vanaf dat moment gaat de bekostiging over in de integrale zorgpakketten in segment 2. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten periodiek overeenkomen welke innovaties en/of behandelmethoden vallen onder de prestatie zorgvernieuwing.

Gupta adviseert om in 2016 in segment 3 te starten met de inzet van 0-10% van het budgettair kader verpleging en verzorging en dit uit te bouwen zodra een landelijke set uitkomstindicatoren beschikbaar is. De exacte omvang per zorgaanbieder is afhankelijk van de individuele afspraak tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

## 5.3 Advies NZa

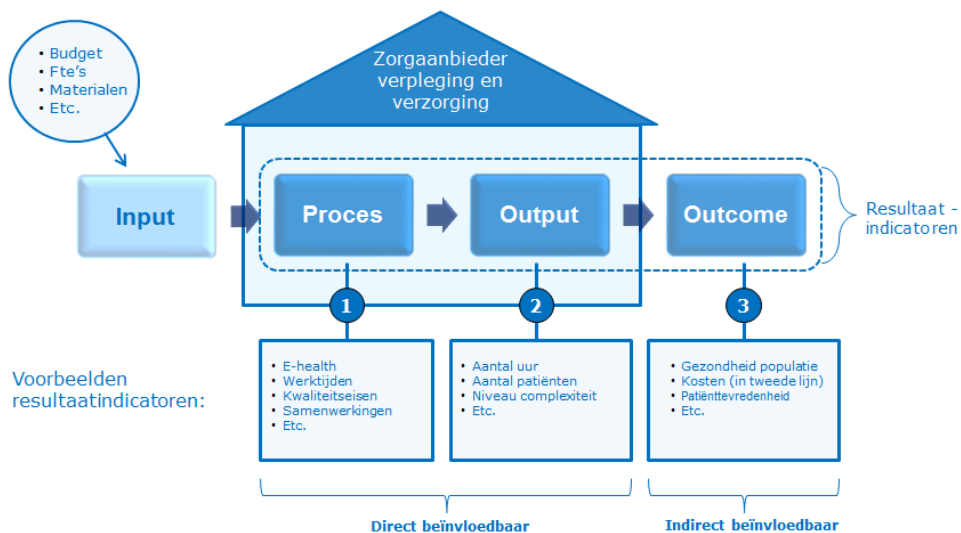
Voordat wij ons advies voor segment 3 geven, gaan we eerst kort in op uitkomstbekostiging in het algemeen en diverse typen resultaatindicatoren. Daarna geven wij op hoofdlijnen aan op welke punten we het advies van Gupta overnemen en op welke punten wij afwijken. In ons advies gaan wij nader in op de prestatiebeschrijvingen, de tariefsoort, de inkoop en de restitutiepolissen.

### 5.3.1 Resultaatindicatoren

Onlosmakelijk verbonden met uitkomstbekostiging is de mogelijkheid om te meten wat de uitkomst is van de handelingen van de zorgaanbieder. Om uitkomsten te meten zijn indicatoren nodig die op een aantal niveaus inzicht geven in de daadwerkelijke bijdrage van de zorgaanbieder aan goede en doelmatige zorg voor zijn populatie.

In onderstaand plaatje geven we weer welk type indicatoren kunnen worden onderscheiden.

**Figuur 5. Diverse typen indicatoren**



Bron: NZa

De procesindicatoren vertellen iets over de inrichting van verpleging en verzorging en de organisatie van de zorg. De outputindicatoren vertellen iets over de 'productie' die met de beschikbare middelen is geleverd. De outcome-indicatoren vertellen vervolgens iets over het resultaat die de inspanningen van de zorgaanbieder hebben gehad op de gezondheid van de populatie en/of de kwaliteit dan wel de kosten in de gehele zorgketen. Voor proces- en outputindicatoren geldt dat de zorgaanbieder deze direct

kan sturen door inrichting van haar eigen handelen en haar gedrag en keuzes in de praktijk. Naarmate er in het plaatje steeds meer naar rechts wordt verschoven wordt de ruimte aan directe beïnvloeding minder. De hoogte van de outcome-indicatoren is voor de zorgaanbieder uiteindelijk beperkt(er) beïnvloedbaar.

Proces-, output- en outcome-indicatoren zijn 3 typen indicatoren die ieder op een verschillend niveau inzicht geven in de bijdrage die de zorgaanbieder aan een behaald resultaat heeft gehad. Onder elk type indicator kunnen bepaalde resultaatindicatoren worden benoemd.

### 5.3.2 Advies NZa

Het advies dat de NZa geeft over het derde segment is gebaseerd op het advies van Gupta. Wij adviseren 2 prestaties in segment 3 namelijk resultaatbeloning en zorgvernieuwing. Met de prestatie resultaatbeloning wijken wij iets af van het advies van Gupta, zij adviseren namelijk een prestatie uitkomstbeloning. Hiermee bieden wij de mogelijkheid om in segment 3 niet alleen afspraken te maken over uitkomstindicatoren, maar ook over proces en output indicatoren.

Segment 3 is bij uitstek het segment waarin onderlinge afspraken worden gemaakt tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Deze partijen moet dan ook de vrijheid worden gegeven om een keuze te maken welke indicatoren gehanteerd worden en wat de omvang van de beloning is. Op deze manier wordt differentiatie per regio of zelfs per zorgaanbieder mogelijk. De kaders die de NZa hiervoor opstelt moeten ruimte aan het veld bieden om hierover afspraken te maken. Tevens moet onze regelgeving hier geen belemmeringen voor opwerpen.

Het advies om naast het belonen op uitkomsten de ruimte te creëren voor zorgvernieuwend en innovatieve initiatieven nemen wij over. Sterker nog, zonder deze noodzakelijke ruimte wordt zorgvernieuwing onvoldoende gestimuleerd. Daarom onderstrepen wij het belang om de mogelijkheid te bieden om aanvullende bekostigingsafspraken te maken voor initiatieven omtrent zorgvernieuwing. Zoals gebruikelijk met innovatieve initiatieven, geldt de prestatie alleen voor de bekostiging van de ontwikkelfase en experimentele inzet. Op termijn kan een succesvol initiatief onderdeel worden van de reguliere bekostiging.

Ons advies is om de omvang van segment 3 niet te reguleren. De exacte omvang per zorgaanbieder is afhankelijk van de individuele afspraak tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Hierbij wordt de zorgverzekeraar een belangrijke rol toebedeeld om deze afspraken enerzijds lokaal/regionaal vorm te geven. Anderzijds moet door hen bewaakt worden dat het totaal aan gemaakte afspraken binnen het macro budgettaire kader blijft.

*Consultatievraag 17: In hoeverre en waarom deelt u ons advies om de omvang van segment 3 niet te reguleren?*

### 5.3.3 Prestatiebeschrijvingen

Om maatwerk mogelijk te maken is het van belang dat prestatieregulering, in de vorm van gedetailleerde prestatiebeschrijvingen, beperkt is. De NZa zal twee prestaties vormgeven met een generieke prestatiebeschrijving. Er is hiermee een grote mate van vrijheid voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om de aanvullende afspraken zelf vorm te geven.

Concreet zal de invulling van segment 3 in eerste instantie bestaan uit twee (vrije) prestaties: resultaatbeloning en zorgvernieuwing. De beschrijvingen bij beide prestaties zal algemeen van aard zijn, zie tabel 2.

**Tabel 2. Prestatiebeschrijvingen segment 3**

| Prestaties        | Omschrijving                                                                                                  |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Resultaatbeloning | Deze prestatie biedt ruimte om afspraken te maken over beloning op uitkomsten van zorgkwaliteit en/of kosten. |
| Zorgvernieuwing   | Deze prestatie biedt ruimte om afspraken te maken over de vergoeding van vormen van zorgvernieuwing.          |

Bron: NZa

De prestaties kunnen worden 'ingevuld' door specifieke thema's te benoemen waarin bijbehorende indicatoren van toepassing zijn. Thema's bij de prestatie resultaatbeloning kunnen bijvoorbeeld kwaliteit van zorg, samenwerking en kostenontwikkeling zijn. Een denkbaar thema voor zorgvernieuwing is bijvoorbeeld e-health.

*Consultatievraag 18: Welke opmerkingen/aanvullingen heeft u bij de prestatiebeschrijvingen in segment 3? Graag motiveren.*

*Consultatievraag 19: Wat is uw oordeel over de mate van vrijheid waarin segment 3 wordt vormgegeven? Graag motiveren.*

*Consultatievraag 20: In hoeverre wilt u dat de NZa thema's benoemt voor de twee prestaties in segment 3? Graag motiveren.*

#### 5.3.4 Tariefsoort

Regulering van tarieven in het derde segment is niet gewenst. Gezien de vrijheid waarmee individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders beloningsafspraken kunnen maken zijn vrije tarieven het meest passend. Zorgverzekeraars kunnen met de zorgaanbieders individuele beloningsafspraken maken op basis van behaalde indicatoren, gezondheidsuitkomsten of zorgvernieuwingen.

#### 5.3.5 Inkoop

Wij adviseren een contractvereiste voor de prestaties in segment 3 op te nemen. Met een contractvereiste waarborgen we dat gemaakte afspraken tussen zorgverzekeraar en aanbieder concreet worden vastgelegd, zorgverzekeraars de mogelijkheid hebben om te sturen op de inhoud van de afspraken en de kosten kunnen beheersen.

#### 5.3.6 Restitutiepolissen

Het is de vraag hoe zorgverzekeraars omgaan met restitutieverzekeringen bij de prestaties in segment 3. Een restitutieverzekering voorziet onder andere in het vergoeden van de kosten van zorg en het desgevraagd bemiddelen van zorg. Alhoewel we een contractvereiste voor dit segment adviseren, is het voor zorgverzekeraars niet verplicht om de prestaties in segment 3 te contracteren.

In een restitutieverzekering bestaat er een zekere spanning ten aanzien van de prestatie zorgvernieuwing verpleging en verzorging. Indien een zorgaanbieder een zorginnovatie aanbiedt die een restitutieverzekerde graag wil afnemen of behoefte aan heeft, dan dient de restitutieverzekeraar dit te vergoeden. De spanning ontstaat wanneer de restitutieverzekeraar geen contract voor deze zorginnovatie heeft gesloten met betreffende zorgaanbieder. De vraag is of deze zorg dan wel zal worden vergoed of dat de wel verstrekte vergoeding voldoende is om de kosten te dekken. Dit terwijl de kern van een restitutieverzekering is dat een verzekerde zich tot elke willekeurige zorgaanbieder kan wenden en daar zorg kan afnemen die onder de restitutieverzekering wordt vergoed.



## 5.4 Voorwaarden en criteria

### 5.4.1 Vormgeving van uniforme set indicatoren

Een uniforme set van indicatoren is voor alle veldpartijen (zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiëntenorganisaties) een belangrijke voorwaarde voor de werking van segment 3. Voor zorgverzekeraars maken indicatoren het mogelijk verschillen tussen zorgaanbieders inzichtelijk te maken. Hierdoor kan de keuze voor het (selectief) contracteren transparant aan de consument uitgelegd worden. Voor zorgaanbieders helpt een set van indicatoren bij de praktische uitvoerbaarheid van de eisen waaraan moet worden voldaan. Voor patiënten zullen breed gedragen resultaatindicatoren bijdragen aan het onderling vergelijken van zorgaanbieders.

De veldpartijen hebben aangegeven dat er in de huidige situatie nog geen landelijke indicatorenset beschikbaar is met een breed draagvlak. De bestaande indicatoren hebben volgens hen tevens onvoldoende zeggingskracht voor goede uitkomstbekostiging. Daarnaast vinden partijen het belangrijk dat de te ontwikkelen indicatoren beïnvloedbaar zijn door diegene die de zorg aanbiedt.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft indicatorensets opgesteld voor diverse zorgvormen waaronder verpleging en verzorging thuis. De basis set kwaliteitsindicatoren wordt door de Inspectie gebruikt bij het risicogestuurd toezicht waarbij een inschatting wordt gemaakt voor risico op onverantwoorde zorg. Deze indicatoren kunnen veldpartijen oppakken bij de start van resultaatbeloning.

Vanwege het belang dat alle partijen hechten aan een uniforme set van indicatoren, verwachten wij dat het veld aan de slag gaat met de (door)ontwikkeling hiervan. Sterker nog, de belanghebbende partijen hebben zelf de verantwoordelijkheid voor doorontwikkeling en de totstandkoming van (reeds bestaande) indicatoren. Het Zorginstituut Nederland heeft hierbij een belangrijke regierol. Het Zorginstituut ondersteund, in samenwerking met partijen, bij de ontwikkeling van betrouwbare kwaliteitsregistraties.

### 5.4.2 Prikkel

Het directe doel van uitkomstbekostiging is verhoging van de kwaliteit van de geleverde zorg. Om dit doel te bewerkstelligen dient een sterke financiële prikkel aan segment 3 verbonden te worden. De bekostiging naar uitkomsten moet van substantiële aard zijn om de prikkels op uitkomsten een veel grotere rol te laten spelen en hiermee het primaire doel te behalen. De beloningslaag moet dus van enige omvang zijn, zodat de zorgaanbieder de prikkel heeft om de gestelde indicatoren/resultaten te behalen. Hierbij merken wij op dat, hoe groter segment 3 in omvang is op macroniveau, hoe minder budget beschikbaar is voor (afspraken in) de overige segmenten.

### 5.4.3 Wisselwerking met andere segmenten

De meerwaarde die met het derde segment bewerkstelligd kan worden is onder andere afhankelijk van de wisselwerking tussen de drie segmenten. Het derde segment kan in wisselwerking met segment 1 tegenwicht bieden aan het risico van onderbehandeling in het eerste segment. De beloningsafspraken in segment 3 geven namelijk een financiële prikkel en daardoor een stimulans om resultaatindicatoren te behalen die bijvoorbeeld gericht zijn op gezondheidswinst. Via innovatieve zorgvormen kan segment 3 in wisselwerking met segment 2 stimuleren dat op een meer doelmatige wijze zorg wordt geleverd, door bijvoorbeeld een lagere inzet van uren. Voorwaarde om een optimale wisselwerking tussen de segmenten te bewerkstelligen is, dat zorgaanbieders een substantieel gedeelte van de totale opbrengsten via

resultaatbeloning en zorgvernieuwing moeten worden bekostigd, om de prikkels optimaal vorm te geven.

*Consultatievraag 21: In hoeverre en waarom deelt u onze zienswijze met betrekking tot voorwaarden en criteria?*

## 5.5 Tempo, omvang en verantwoordelijkheid

Wij onderstrepen het belang om al per 2016 te starten met uitkomstbekostiging. Zo kunnen vanaf de start voldoende prikkels worden ingebouwd om uitkomstbekostiging van de grond te laten komen en verder te ontwikkelen.

Het tempo waarin segment 3 zich ontwikkelt en de omvang die het segment uiteindelijk zal hebben is afhankelijk van meerdere factoren. In de vorige paragrafen zijn een aantal belangrijke voorwaarden genoemd (uniforme set van indicatoren, prikkels) die grote invloed hebben op het tempo en de omvang waarin het segment zich ontwikkelt.

### 5.5.1 Tempo van ontwikkeling segment 3

Volgens partijen ontbreekt het momenteel aan een uniforme, landelijke set indicatoren met een breed draagvlak. Ondanks deze zienswijze van partijen zijn wij van mening dat er per 1 januari 2016 gestart kan worden met de bekostiging op basis van resultaatbeloning en zorgvernieuwing. Indicatoren kunnen op diverse niveaus inzichtelijk maken wat de bijdrage van de zorgaanbieder is geweest aan een bepaalde uitkomst. De term uitkomstbekostiging impliceert dat de prestatie-opslagen idealiter op basis van outcome-indicatoren zijn gebaseerd. Zolang het veld van mening is dat breed gedragen en uniforme outcome-indicatoren niet beschikbaar zijn, kunnen proces- of outputindicatoren uitkomst bieden. Deze indicatoren zijn makkelijker beïnvloedbaar dan outcome-indicatoren. Reeds bestaande indicatoren, bijvoorbeeld die van de Inspectie, kunnen hiervoor ingezet worden. Ook kan er al wel gestart worden met het meten van uitkomsten. In een later stadium kunnen indicatoren afhankelijk worden gemaakt van de behaalde uitkomsten of resultaten.

Omdat de (door)ontwikkeling van een uniforme landelijke set indicatoren met een breed draagvlak van partijen als een belangrijke voorwaarde wordt gezien, moet er voor de ontwikkeling van nieuwe indicatoren rekening gehouden worden met een ontwikkel- en ingroeitraject. Het opstellen van nieuwe indicatoren vergt tijd. De benodigde tijd voor de ontwikkeling van nieuwe indicatoren kan worden genomen zodat er minder risico is op: onvoldoende draagvlak en/of consensus voor de ontwikkelde indicatoren; ontwikkelde indicatoren lastig uniform te meten zijn; indicatoren onvoldoende specifiek voor bepaalde zorgvormen zijn en indicatoren eenvoudig te manipuleren zijn.

Op de middellange termijn kan er gewerkt worden aan de (door)ontwikkeling van een voor de veldpartijen uniforme set resultaatindicatoren. Zorgverzekeraars hebben in de tussentijd de vrijheid om op resultaten te belonen of zorgvernieuwingen te stimuleren. Hierbij zullen steeds meer thema's onder de twee prestaties ontstaan. In de contracten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, kunnen de zorgverzekeraars hier verdere invulling aan geven. Door een ingroeitraject te hanteren is er ruimte voor het realiseren van de vereiste mentaliteitsomslag bij zorgverzekeraars, zorgaanbieders, zorgverleners en patiënten en zullen eerder genoemde risico's van een overhaaste invoering beperkt worden.

*Consultatievraag 22: In hoeverre deelt u het perspectief op de middellange termijn?*

### 5.5.2 Omvang

De omvang van segment 3 is op voorhand niet te voorspellen. De bekostiging van 3 (afzonderlijke) segmenten kan verschuivingen teweeg brengen. Voor een deel is dit puur het gevolg van structuurwijzigingen in de bekostiging. Voor een ander deel zijn dit gedragseffecten. Verschuivingen door gedragseffecten zijn hierin niet te voorspellen.

Op voorhand gaan wij uit van een zelfregulerend derde segment. Alle partijen wordt zoveel mogelijk ruimte geboden voor onderlinge afspraken. Partijen leveren zodoende een bijdrage aan het tempo en de omvang waarin segment 3 zich ontwikkelt.

Het 3-segmentenmodel kan als een groeimodel beschouwd worden in die zin dat de aankomende jaren meer en meer indicatoren worden ontwikkeld en mogelijk worden toegevoegd aan het model. Naast de twee prestaties kunnen meer thema's invulling geven en bekostigd worden via segment 3.

### 5.5.3 Verantwoordelijkheid

Er is groot belang bij een directe start van de (door)ontwikkeling van resultaatindicatoren. Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiëntenorganisaties nemen hierin gezamenlijk verantwoordelijkheid in dit ontwikkelproces. Hierbij is de doorontwikkeling van resultaatindicatoren een belangrijke voorwaarde voor het slagen van het model.

*Consultatievraag 23: In hoeverre en waarom deelt u onze zienswijze met betrekking tot het tempo, de omvang en verantwoordelijkheid?*

## 5.6 Conclusie

Het derde segment in het 3-segmentenmodel biedt ruimte voor een grotere focus op de bekostiging van resultaten en het stimuleren van innovatie. In dit segment geldt een zeer beperkte prestatieregulering met vrije tarieven bij de prestaties. Wij stellen voor om twee prestaties vast te stellen in het derde segment: de eerste prestatie is *resultaatbeloning*, de tweede prestatie is *zorgvernieuwing*. De omvang van segment 3 wordt niet door de NZa vastgesteld. Het is aan verzekeraars om hierover heldere afspraken te maken, binnen het macro budgettaire kader voor verpleging en verzorging. De NZa kan op termijn afwegen of de landelijke set aan indicatoren in de prestatiebeschrijvingen opgenomen moeten worden.



## 6. Impactanalyse en implementatie

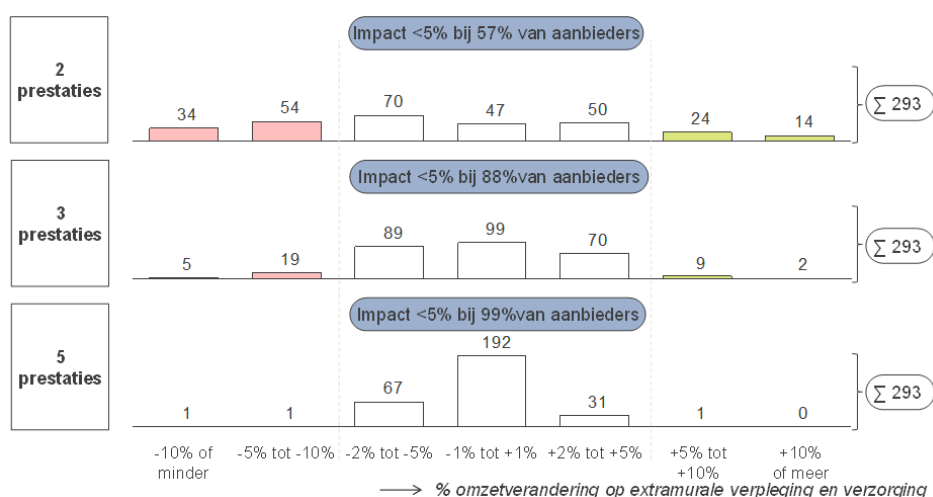
### 6.1 Impactanalyse

In haar advies heeft Gupta een impactanalyse opgenomen. Hierbij zijn de verwachte omzetveranderingen voor zorgaanbieders geanalyseerd bij een bekostigingsmodel dat 2, 3 of 5 prestaties kent in segment 2 en waarbij de meerzorg in de 'staart' separaat wordt bekostigd.

#### 6.1.1 Analyse Gupta

Gupta heeft zich in de impactanalyse gericht op zorgaanbieders met ten minste € 1 mln. aan jaarlijkse omzet (PV en VP). De analyse is gebaseerd op Vektis data 2011-2012. De analyse is hieronder visueel weergegeven.

**Figuur 6. Verwachte omzetverandering zorgaanbieders**



Bron: Rapport Gupta

De impactanalyse maakt duidelijk dat de verwachte omzetschommelingen als gevolg van de nieuwe bekostiging in het scenario met vijf prestaties (het advies van de NZa) voor het merendeel van de zorgaanbieders (99%) lager liggen dan 5% (positief en negatief).

#### 6.1.2 Advies NZa

De impactanalyse maakt duidelijk dat de nieuwe bekostiging naar verwachting beperkte impact heeft op de omzet van zorgaanbieders. De NZa adviseert daarom om het nieuwe bekostigingsmodel per 2016 in te voeren, zonder vangnet.

Naast de beperkte impact van het nieuwe bekostigingsmodel, zijn de administratieve handelingen die een vangnet met zich meebrengt een andere reden om niet te adviseren voor een vangnet. Er zal immers een vergelijking tussen de 'oude' en de nieuwe bekostiging gemaakt moeten worden, waardoor zowel op basis van de oude als de nieuwe bekostiging de zorg geregistreerd moet worden.

Tot slot past een dergelijk vangnet niet goed in het systeem van de Zvw, omdat sprake is van een opbrengstverrekening<sup>7</sup>. Deze is niet herleidbaar naar de patiënt en daarmee niet naar de individuele zorgverzekeraars.

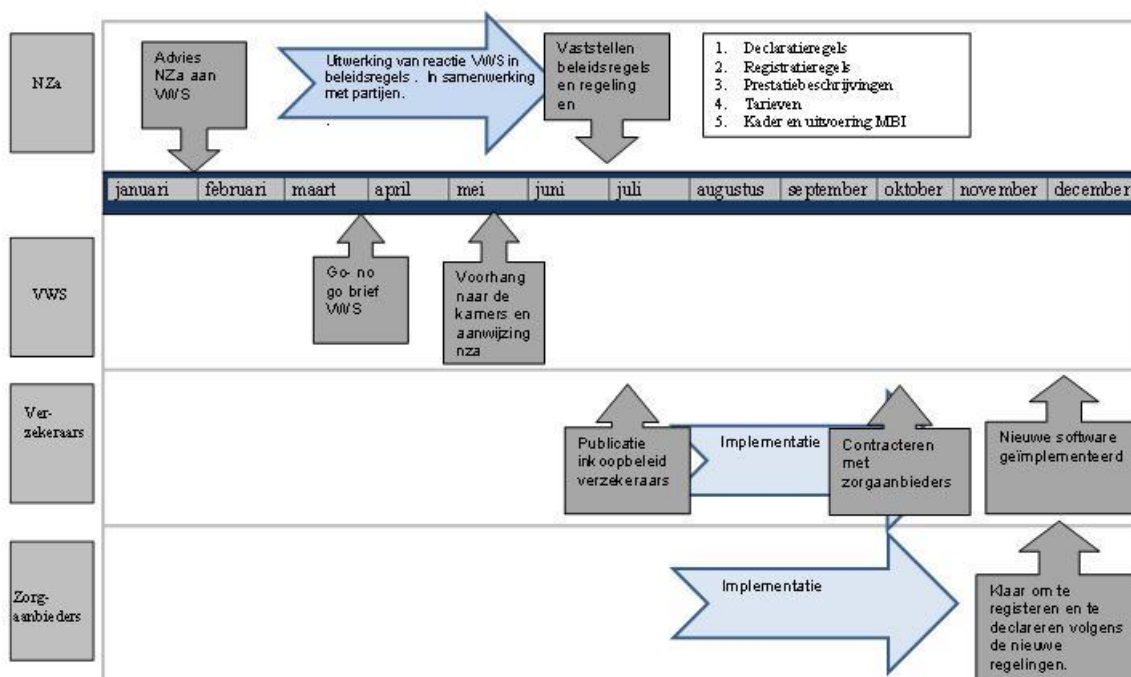
*Consultatievraag 24: Wat is uw oordeel over ons advies om de nieuwe bekostiging in te voeren zonder overgangsmodeel of opbrengstverrekening? Graag motiveren.*

## 6.2 Invoering 2015

Voor 2015 is ervoor gekozen, in afwachting van een nieuw bekostigingsmodel, om zo dicht mogelijk bij de huidige bekostiging te blijven. Dit betekent echter niet dat er voor partijen weinig is veranderd. Zorgaanbieders maken met andere partijen contractafspraken. Waar ze voorheen gewend waren om met zorgkantoren afspraken te maken zijn dit nu de zorgverzekeraars. Ook zorginhoudelijk verandert er veel. De verpleegkundige stelt de behoefte aan zorg vast, dus niet langer het Centrum Indicatiestelling Zorg. En de verpleegkundige zorgt voor afgestemde zorg voor haar patiënten. Deze nieuwe taken zijn vanaf 2015 integraal onderdeel van die prestaties. Naast deze veranderingen zullen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgverleners zich moeten voorbereiden op de nieuwe bekostiging in 2016.

In onderstaand figuur wordt een tijdlijn gegeven van de activiteiten die in 2015 plaats gaan vinden. In onderstaande paragrafen wordt dit verder toegelicht.

**Figuur 7. Tijdlijn van activiteiten in 2015**



Bron: NZa

### 6.2.1 Uitwerking beleid, prestaties en tarieven

In voorliggend advies beantwoorden wij de vraag van de minister over het toekomstige bekostigingsmodel voor verpleging en verzorging in de Zvw per 2016. Eind januari 2015 adviseren we het ministerie hierover. We verwachten vervolgens

<sup>7</sup> Het verschil tussen de oude en nieuwe bekostiging.

eind maart 2015 een go/no-go brief vanuit VWS, waarin een reactie op ons advies gegeven wordt. Afhankelijk hiervan gaan we de praktische uitwerking verder vormgeven in beleidsregels, regelingen en tariefbeschikkingen. Dit doen we in nader overleg met veldpartijen.

In de beleidsregels geeft de NZa aan op welke wijze zij haar wettelijke taken en bevoegdheden invult. In regelingen geeft de NZa aan waar zorgaanbieders, zorgverzekeraars en soms ook derden zich ten opzichte van patiënten, elkaar en de NZa aan moeten houden. Met tariefbeschikkingen stelt de NZa vast door wie tarieven voor zorgverlening in rekening mogen worden gebracht, en welke voorwaarden en beperkingen daar eventueel bij gelden.

In de beleidsregels zullen de prestatiebeschrijvingen en de tarieven opgenomen worden. In dit advies zijn de prestatiebeschrijvingen al zo concreet mogelijk vormgegeven. Het komende half jaar wordt gebruikt om dit nog verder te specificeren.

Aan de prestaties in het eerste en derde segment wordt een vrij tarief gekoppeld. Voor de prestaties in het tweede segment (de prestaties die de individuele zorglevering moeten bekostigen) moeten maximumtarieven worden bepaald.

De NZa hanteert als uitgangspunt dat tarieven, of onderdelen van tarieven, onderbouwd worden op basis van de werkelijke historische kosten uit het meest recent beschikbare boekjaar van een geselecteerde groep zorgaanbieders. Van de prestaties in segment 2 zijn echter geen recente historische kosten bekend. Het grootste deel van de zorg bestaat uit de voormalige extramurale AWBZ-prestaties verpleging en verzorging. Deze tarieven zijn voor het laatst in 2000 met een kostenonderzoek onderbouwd.

Gezien de gewenste invoeringsdatum (1 januari 2016) is het niet mogelijk een uitvoerig kostenonderzoek uit te voeren. Niet alleen ontbreekt hiervoor de benodigde doorlooptijd, er is ook sprake van een volledig nieuwe prestatiestructuur. Voor een echt zuivere toerekening zouden zorgaanbieders dan ook nog eens moeten schaduwdraaien met de nieuwe prestaties. Het is de verwachting dat zorgaanbieders naast verpleging en verzorging ook zorg in andere domeinen leveren (Wmo en Wlz). Dit maakt een zuivere kostentoerekening lastig omdat de kosten die in de andere domeinen gemaakt worden geschoond moeten worden.

Voor de sectoren GGZ en Tweedelijns Somatische Zorg heeft de NZa een beleidsregel Tariefprincipes uitgebracht. Deze beleidsregel is niet van toepassing voor de verpleging en verzorging, maar de principes kunnen hierop wel worden toegepast.

De beleidsregel Tariefprincipes CU-5097 beschrijft de mogelijkheid om in bovengenoemde situatie (waarin de tarieven niet op basis van werkelijke historische kosten kunnen worden bepaald) het tarief via een modelmatige beschrijving van de kostenopbouw te bepalen: *"een modelmatige beschrijving van de kostenopbouw van een prestatie waarin elementen (parameters) gekwantificeerd worden op basis van algemeen toegankelijke bronnen"*.

Voorgesteld wordt om de tariefbepaling in segment 2 te baseren op een dergelijke modelmatige aanpak.

Naast de beleidsregels zullen we ook registratie- en declaratieregels vaststellen. Registratievoorschriften beschrijven de voorwaarden waaraan de registratie van geleverde zorg moet voldoen. Daarnaast kunnen hier ook registratievoorschriften in opgenomen worden, die gebruikt worden bij de doorontwikkeling. Declaratiebepalingen regelen 'aan wie', 'door wie', 'op welke wijze' en onder welke voorwaarden en met

inachtneming van welke voorschriften of beperkingen een tarief in rekening wordt gebracht.

De hele set van beleidsregels, regelingen en tariefbeschikkingen wordt vóór 1 juli 2015, onder voorbehoud van politieke besluitvorming vastgesteld. We gaan ervan uit dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars daarmee voldoende de tijd hebben om zich goed voor te bereiden op de implementatie van de nieuwe bekostiging.

### 6.2.2 Aandachtspunten voor VWS

Om de conceptbeleidsregels voor 1 juli 2015 vast te stellen is het noodzakelijk dat VWS tijdig (maart 2015) een reactie geeft op voorliggend advies. VWS zal hierbij aan moeten geven welke onderdelen overgenomen worden en op welke onderdelen eventueel zal worden afgeweken.

Daarnaast moet uiterlijk maart 2015 duidelijk zijn hoe omgegaan moet worden met het verblijf, vervoer en pedagogische ondersteuning in relatie tot intensieve kindzorg

In het voorjaar van 2015 verwachten we een aanwijzing van VWS, op basis waarvan we de definitieve beleidsregels, regelingen en tariefbeschikkingen vast kunnen stellen. Voorafgaand aan de aanwijzing zullen de Eerste en Tweede Kamer middels een voorhangbrief worden geïnformeerd over de vormgeving van de nieuwe bekostiging.

Verder zal vóór 2016 kenbaar gemaakt moeten worden wat het budgettaire kader voor verpleging en verzorging is, zodat de NZa een tariefbeschikking kan vaststellen met betrekking tot het macrobeheersinstrument (MBI). Ten opzichte van 2015 wordt hierin naar verwachting ook de MSVT in ondergebracht. In 2015 valt de MSVT nog onder het kader van de medisch specialistische zorg.

### 6.2.3 Aandachtspunten voor veldpartijen

Voor veldpartijen is het van belang dat zij 2015 gebruiken om de IT-systemen aan te passen aan de nieuwe bekostiging in 2016. Dit geldt zowel voor zorgaanbieders als voor zorgverzekeraars.

Daarnaast zal het personeel bij zorgaanbieders geïnstrueerd moeten worden welke gegevens vastgelegd moeten worden. Deze vereisten komen voort uit de registratie- en declaratiebepalingen.

Net als elk jaar zullen zorgverzekeraars in de zomer hun inkoopbeleid kenbaar moeten maken, zodat in het najaar de daadwerkelijke contracten afgesloten kunnen worden.

Tot slot is het voor segment 3 van belang dat indicatoren worden vormgegeven en ontwikkeld voor het belonen op resultaten.

*Consultatievraag 25: Welke opmerkingen/aanvullingen heeft u bij de stappen tot aan invoering per 01-01-2016 en de aandachtspunten daarbij? Graag motiveren.*

## 6.3 Onderhoud bekostigingsmodel

Na de invoering van een nieuw bekostigingsmodel vindt doorgaans in de hierop volgende jaren onderhoud plaats. Dit geldt ook voor het bekostigingsmodel voor de verpleging en verzorging in de Zvw. Op basis van ervaringen met het systeem, signalen uit het veld en registratie-/declaratiedata kunnen waar nodig aanpassingen worden doorgevoerd.



De komende jaren kan worden gedacht aan onderhoud op de volgende onderdelen:

- De toeleiding naar de prestaties
- De prestatiestructuur
- De tarieven
- Uniformiteit in resultaatbeloning

Over deze aspecten zal de NZa te zijner tijd met consumentenorganisaties, zorgaanbieders in de verpleging en verzorging en zorgverzekeraars in gesprek gaan.

### **6.3.1 Uniformiteit in resultaatbeloning**

Uit gesprekken met veldpartijen en het Zorginstituut blijkt dat er in segment 3 niet vanaf het eerste jaar sprake is van een uitgekristalliseerde, uniforme set van indicatoren voor het belonen opuitkomsten. Hier zullen veldpartijen de komende jaren wel aan (moeten) gaan werken.

De doorontwikkeling van segment 3 zit niet alleen in de uniformiteit van de indicatoren, maar ook in de relatieve omvang van dit segment. Als het aandeel van de omzet die zorgaanbieders uit dit segment moeten 'verdienen' toeneemt, zal hier een grotere prikkelwerking vanuit gaan.

### **6.3.2 Toeleiding naar de prestaties**

Zoals in voorliggend advies uiteen is gezet, acht de NZa toeleiding naar de prestaties in segment 2 op basis van indicatiestelling/planning nog niet wenselijk. Als er langer met het systeem is gewerkt en er analyses kunnen worden uitgevoerd op de registratie- en declaratiedata, kan de voorspellende kracht van de indicatiestelling voor de daadwerkelijke zorglevering worden bepaald.

Tevens is het op basis van deze analyses wellicht mogelijk om de toeleiding te verrijken met aanvullende parameters, bijvoorbeeld ziektebeeld/beperking of omgeving/mantelzorgers.

Daarmee kan wellicht op termijn de omslag worden gemaakt naar toeleiding op basis van indicatiestelling/planning en eventueel tegelijkertijd afbouw van de registratieverplichtingen. Deze afbouw is wellicht ook te koppelen aan de ontwikkelingen binnen segment 3; als zorgverzekeraars beter kunnen belonen voor resultaten (= output/outcome), zal wellicht minder hoeven te worden gesteund op registraties (= input).

### **6.3.3 De prestatiestructuur**

De productstructuur in segment 2 is op twee variabelen geënt: ureninzet en deskundigheidsniveau. De medische herkenbaarheid van deze structuur is beperkt. In hetzelfde pakket kunnen patiënten worden behandeld met veel uren en lage deskundigheid en patiënten met een hoge deskundigheid, maar lage ureninzet.

Op basis van de registratie- en declaratiedata is het op termijn wellicht mogelijk om enkele prestaties op te splitsen, zodat de herkenbaarheid van de prestaties wordt vergroot. Dit is op basis van de huidige data niet mogelijk gebleken door het ontbreken van voldoende correlatie.

Er is op dit punt sprake van een wisselwerking met de vorige twee punten; zodra er via segment 3 vanuit zorgverzekeraars duidelijker kan worden gestuurd op resultaten en/of als er een meer uitgebreide en objectieve toeleiding naar prestaties op basis van triage mogelijk wordt, verdwijnt naar verwachting de behoefte naar het meer herkenbaar maken van de productstructuur, en visa versa.

De huidige productstructuur dekt niet alle zorg. Voor zorg waarbij de zorgzwaartescore (uren x deskundigheid) de grens van de hoogste prestatie overschrijdt in een toeslag vormgegeven. De omvang van de toeslag varieert met het aantal zorgzwaartepunten voor de betreffende patiënt. De verwachting is dat de omvang van deze 'staart' kleiner zal zijn dan de huidige analyses van Gupta. De hiervoor gebruikte dataset bevat namelijk nog Wlz-indiceerbaren (die wellicht overstappen naar de Wlz) en verblijf voor Intensieve kindzorg (werd voorheen bekostigd door het declareren van uren verpleging en verzorging, maar is apart gezet in de prestatiestructuur). Op basis van declaratie-data en aanvullende registraties kan deze 'staart' wellicht op termijn ook worden vervat in een beperkt aantal integrale prestaties.

De zorg zal in de (nabije) toekomst steeds meer gericht zijn op zorglevering aan patiënten die tegelijkertijd diverse chronische aandoeningen hebben. Dit komt omdat de totale bevolking steeds ouder wordt. Dit voegt weliswaar levensjaren toe aan mensenlevens, maar patiënten brengen die niet zo zeer in goede gezondheid door, maar met beperkingen en allerlei chronische aandoeningen. Om een antwoord te geven op deze maatschappelijke ontwikkeling is het belangrijk om niet alleen te kijken naar het hebben van een ziekte en het leveren van zorg, maar ook naar het stimuleren van zelfmanagement met passend gedrag en het nastreven van gezondheid. Juist verpleegkundigen weten vanuit hun professie aansluiting te vinden bij de behoeften van patiënten. Dat levert niet zo zeer minder maar wel andere zorg op voor patiënten, met aandacht voor wat voor hen belangrijk is in het leven.

#### 6.3.4 De tarieven

Tot slot is het op termijn, zodra voldoende betrouwbare registratie- en declaratiedata beschikbaar komt, mogelijk om de tarieven te herijken. Of hierbij gekozen wordt voor een breed kostenonderzoek (historische kosten) of voor een herijking van de parameters in de tarieven (modelmatige aanpak) moet te zijner tijd worden afgewogen.

De NZa zal ook analyseren of de marktcondities in de sector verpleging en verzorging over enkele jaren zodanig zijn, dat het wellicht mogelijk is om de tariefregulering juist af te bouwen (richting vrije prijzen).

Hierbij wordt onder andere gekeken naar de contracteergraad, marktmachtverhoudingen en de mate van risicodragenheid van zorgverzekeraars.

*Consultatievraag 26: In hoeverre deelt u het geschetste toekomstperspectief op het onderhoud aan het bekostigingsmodel?*

## **6.4 Conclusie**

In dit hoofdstuk is uiteengezet welke acties moeten worden uitgevoerd door de verschillende partijen tot aan de inwerkingtreding op 1 januari 2016.

Na de implementatie zal ook aandacht zijn voor het onderhoud van de bekostiging. Hierbij ligt de focus de komende jaren op de volgende punten:

- Uniformiteit in de resultaatsbekostiging (ontwikkeling indicatoren en vergroting omvang van segment 3).
- Toeleiding naar de prestatie (mogelijk op termijn omslag naar toeleiding op basis van geplande/geïndiceerde uren).
- De prestatiestructuur (mogelijk op termijn verdere specificering van de prestatiestructuur wenselijk/mogelijk).
- De tarieven (toekomstige herijking tarieven op basis van registratie-/declaratiedata).



## Bijlage 1. Voorbeelden segment 1

Hieronder volgen twee voorbeelden voor segment 1 werkzaamheden gebaseerd op een BMC rapport in opdracht van ZonMw voor een kosten-batenanalyse van Zichtbare Schakel.<sup>8</sup>

| Casus 1 segment 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Activiteiten segment 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Vrouw, 45 jaar. Woont alleen op 3 hoog, slechte relatie met 18-jarige dochter die net het huis uit is. Patiënt heeft multiple sclerose (MS), loopt met krukken. Ze valt regelmatig in huis, komt nauwelijks buiten. Patiënt lijkt psychiatrische problematiek te hebben; is zeer achterdochtig. Patiënt begrijpt dat ze hulp nodig heeft, maar wil dit niet accepteren en vertrouwt geen vreemden. De huisarts en praktijkassistente hebben een goede band met patiënt. Wanneer patiënt weer is gevallen en incontinent blijkt te zijn, signaleert de huisarts dat de MS verergert. De huisarts neemt contact op met de thuiszorg. De verpleegkundige gaat langs om patiënt te douchen, maar constateert dat patiënt geen zorg wil.</p> | <p>Patiënt vertelt wel over haar problemen en achterdocht. De verpleegkundige is tevens wijkverpleegkundige en besluit in contact te blijven.</p> <p>Patiënt vertelt dat ze moeite heeft met boodschappen doen en weinig goede sociale contacten heeft. De wijkverpleegkundige voert verschillende gesprekken met patiënt en slaagt er met moeite in om een vertrouwensband op te bouwen. De wijkverpleegkundige geeft aan patiënt het telefoonnummer door van hulpinstanties die kunnen helpen met boodschappen doen. Patiënt onderneemt echter geen actie vanwege haar achterdocht. De wijkverpleegkundige koppelt de informatie terug naar de huisarts en de woningcorporatie.</p> |

<sup>8</sup> BMC (2012), De 'Zichtbare Schakel'- wijkverpleegkundige: een hele zorg minder

| Casus 2 segment 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Activiteiten segment 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Vrouw, 81 jaar. Woont alleen in een complex voor 55-plussers.</p> <p>De zorg is in dat complex toegankelijk, maar niet standaard aanwezig. Patiënt heeft 1 zus en 1 dochter, met beiden heeft zij redelijk contact.</p> <p>Patiënt denkt dat de buurvrouw haar lastig valt (op de muur kloppen). Patiënt is na 50 jaar huwelijk gescheiden, omdat ze dacht dat haar partner haar wilde vermoorden. Patiënt heeft 1,5 uur per week huishoudelijke hulp via de gemeente. De maatschappelijk werker (verbonden aan het oudercomplex) had al een paar keer contact gehad met patiënt, maar mocht niet meer binnenkomen. Patiënt wil graag wisselen van huisarts.</p> | <p>De wijkverpleegkundige geeft informatie over beschikbare huisartsen en manier van overstappen. Patiënt stapt over, maar is ook over deze huisarts niet tevreden. Patiënt klaagt in het tweede bezoek over overlast van buurvrouw. Patiënt heeft hiervoor al enkele keren de politie gebeld. De wijkverpleegkundige adviseert patiënt om eens met de buurvrouw te gaan praten, maar dat weigert patiënt.</p> <p>De wijkverpleegkundige belt haar vroegere huisarts voor meer informatie. De huisarts geeft aan dat patiënt last lijkt te hebben van waanbeelden. De huisarts vertelt dat patiënt deze problematiek niet onderkend en niet geholpen wil worden (ook niet nadat al meerdere malen een verpleegkundige van de GGZ langs was geweest).</p> <p>De wijkverpleegkundige neemt contact op met de dochter. Dochter onderkent problematiek patiënt ook niet. De wijkverpleegkundige gaat op bezoek bij de buurvrouw, nadat patiënt haar een hatelijke brief had gestuurd over ervaren overlast. Buurvrouw was erg overtuigd van brief, gaf aan niet op de muren te kloppen. Buurvrouw was al met zoon aan de deur geweest bij patiënt, maar patiënt deed niet open. De wijkverpleegkundige stelt de buurvrouw gerust. Patiënt is inmiddels verhuisd naar een andere woning vanwege ervaren overlast.</p> <p>De wijkverpleegkundige gaat daar binnenkort een keer langs.</p> |

## **Bijlage 2. Rapport Gupta Strategists: Onderzoek 3-segmentenmodel verpleging en verzorging voor de NZa (eindrappportage)**

## ***Onderzoek 3-segmentenmodel verpleging en verzorging voor de NZa***

Eindrapportage

1 december 2014



## Inhoudsopgave

|                                                                                      |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Samenvatting.....</b>                                                          | <b>3</b>  |
| <b>2. Nieuwe bekostiging verpleging en verzorging.....</b>                           | <b>6</b>  |
| <b>3. Opdracht en aanpak .....</b>                                                   | <b>7</b>  |
| 3.1 Opdracht .....                                                                   | 7         |
| 3.2 Aanpak .....                                                                     | 8         |
| <b>4. Uitwerking segment 1.....</b>                                                  | <b>10</b> |
| 4.1 Voorgestelde uitwerking.....                                                     | 10        |
| 4.2 Motivatie bij uitwerking .....                                                   | 12        |
| 4.3 Toetsing uitwerking aan beoordelingscriteria .....                               | 14        |
| 4.4 Draagvlak .....                                                                  | 15        |
| <b>5. Uitwerking segment 2.....</b>                                                  | <b>17</b> |
| 5.1 Voorgestelde uitwerking op hoofdlijnen .....                                     | 17        |
| 5.2 Voorgestelde uitwerking in detail .....                                          | 18        |
| 5.3 Motivatie bij uitwerking prestatiebekostiging .....                              | 23        |
| 5.4 Toetsing uitwerking aan beoordelingscriteria .....                               | 28        |
| 5.5 Draagvlak .....                                                                  | 29        |
| <b>6. Uitwerking segment 3.....</b>                                                  | <b>31</b> |
| 6.1 Voorgestelde uitwerking op hoofdlijnen .....                                     | 31        |
| 6.2 Voorgestelde uitwerking op detailniveau .....                                    | 31        |
| 6.3 Motivatie bij uitwerking segment 3 .....                                         | 33        |
| 6.4 Toetsing uitwerking aan beoordelingscriteria .....                               | 34        |
| 6.5 Draagvlak .....                                                                  | 35        |
| <b>7. Samenhang tussen segmenten.....</b>                                            | <b>37</b> |
| 7.1 Omvang per segment .....                                                         | 37        |
| 7.2 Impactanalyse.....                                                               | 39        |
| <b>Bijlage 1: Getoetste scenario's per segment.....</b>                              | <b>42</b> |
| <b>Bijlage 2: Beoordelingskader .....</b>                                            | <b>43</b> |
| <b>Bijlage 3: Datavolledigheid .....</b>                                             | <b>44</b> |
| <b>Bijlage 4: Methodiek voor indelen patiënten in kostenhomogene prestaties.....</b> | <b>47</b> |
| <b>Bijlage 5: Keuze voor zorgzwaarte.....</b>                                        | <b>65</b> |
| <b>Bijlage 6: Analyse patiënten met zeer hoge zorgzwaarte .....</b>                  | <b>69</b> |
| <b>Bijlage 7: Impactanalyse omzetverandering per aanbieder .....</b>                 | <b>70</b> |
| <b>Bijlage 8: Parameters voor populatiebekostiging .....</b>                         | <b>72</b> |
| <b>Bijlage 9: Vergelijkbaarheid van verschillende perioden .....</b>                 | <b>75</b> |

## 1. Samenvatting

De NZa heeft Gupta Strategists gevraagd om een advies uit te brengen over de concrete invulling van het 3-segmentenmodel voor de bekostiging van verpleging en verzorging vanuit de Zorgverzekeringswet. Segment 1 is populatiebekostiging voor zorg die niet direct toewijsbaar is aan het zorgtraject van een patiënt. Segment 2 is prestatiebekostiging voor de zorg die direct toewijsbaar is aan het zorgtraject van een patiënt. In segment 3 is ruimte voor beloning van uitkomsten. Gedurende het project is nauw samengewerkt en afgestemd met een expertgroep en een klankbordgroep waarin ActiZ, Alzheimer Nederland, BTN, NPCF, V&VN, VGVK, VNG en ZN vertegenwoordigd waren. Wij adviseren de volgende invulling per segment:

### Segment 1

In het veld bestaat discussie over de invulling en inkoop van wijkgericht werken in 2015. De beelden over hoe optimale bekostiging eruit ziet, liepen binnen de klankbordgroep dan ook uiteen. Ons advies is dat zorgverzekeraars in elke wijk passende zorg inkopen. Elke aanbieder gecontracteerd voor segment 1 moet altijd ook segment 2 bieden. Dit voorkomt dat de wijkgerichte activiteiten los komen te staan van de patiëntgebonden zorg in segment 2. In wijken met veel aanbieders kan dit betekenen dat niet elke aanbieder in die wijk een contract krijgt voor segment 1.

Segment 1 bestaat uit één prestatie: 'Verpleging & verzorging wijkgericht werken'. We definiëren deze prestatie als *'alle zorg die verpleegkundigen plegen te bieden die niet direct aan een individueel zorgtraject van een patiënt toewijsbaar is'*. Dit zijn taken die niet toewijsbaar zijn aan een zorgtraject van een individuele patiënt (indicatie moet nog gesteld worden, grens segment 2), maar wel een duidelijk verband hebben met (het voorkomen van) een potentiële zorgvraag binnen de Zvw (grens WMO). De wijkverpleegkundige voert collectieve (wijk)taken uit, zoals het signaleren en aangaan en onderhouden van contacten uit het (sociale) wijknetwerk. De wijkverpleegkundige is rechtstreeks toegankelijk en met behulp van triagerende gesprekken komt zij tot 'case finding'. Het resultaat van segment 1 kan bestaan uit een zelfzorgadvies of mantelzorgadvies, doorverwijzing naar zorgaanbieders in de WMO of Zvw in goede afstemming met het (sociale) wijknetwerk.

Wij adviseren om segment 1 te bekostigen via populatiebekostiging. Binnen de Zvw kopen zorgverzekeraars individueel in, dit gaat lastig samen met populatiebekostiging. Het is echter van belang dat verzekeraars (gezamenlijk) verantwoordelijkheid nemen om de zorg in segment 1 te bieden.

Aanbieders ontvangen een lumpsum die is opgebouwd uit het aantal verzekerden in de populatie en het bedrag per individuele verzekerde. De verzekeraar kan zelf het bedrag per verzekerde bepalen, waarbij dit kan variëren op basis van wijkenmerken.

De hernieuwde invulling van de verpleging en verzorging en het feit dat pas in 2015 breed ervaring wordt opgedaan met de populatiegerichte aanpak, vragen om een goede monitoring en een gedegen evaluatie. Wij stellen daarom nadrukkelijk dat wijkgerichte zorg en de hier voorgestelde keuze van het bekostigingsmodel zich nog moeten bewijzen in de praktijk. Als het model niet voldoende meerwaarde geeft dan moet de mogelijkheid bestaan om van het model af te stappen. Als de voorgestelde bekostiging in de praktijk leidt tot versnippering, dan is het eventueel samenvoegen van segment 1 en 2 nodig. Als de oorzaak ligt in de inkoop van de zorgverzekeraars of de werkwijze van de zorgaanbieders dan is aanpassing van de wijze van bekostiging niet de oplossing.

### Segment 2

Veldpartijen hebben aangegeven een voorkeur te hebben voor een beperkt aantal patiëntvolgende zorgprestaties ingedeeld op basis van zorgzwaarte. Deze zorgprestaties omvatten alle zorg die verpleegkundigen plegen te bieden die direct aan een individueel zorgtraject van een patiënt toewijsbaar is. Wij adviseren om drie integrale prestaties te introduceren:

- Verpleging & verzorging **lage** zorgzwaarte
- Verpleging & verzorging **gemiddelde** zorgzwaarte
- Verpleging & verzorging **hoge** zorgzwaarte

Een voorwaarde voor het hanteren van drie prestaties, is een tijdelijk vangnet voor omzetverschuivingen. Indien dit vangnet niet mogelijk is, kan dat een reden zijn om vijf integrale prestaties (zeer lage, lage, gemiddelde, hoge en zeer hoge zorgzwaarte) te hanteren.

De prestaties hebben een declaratieperiode van vier weken en een bijbehorend tarief. Aan het eind van elke periode wordt voor elke patiënt de prestatie afgeleid op basis van de zorgzwaarte in die periode. De zorgzwaarte wordt bepaald aan de hand van de uren en de deskundigheid in de voorgaande periode. Zonder correcte registratie kan er echter geen declaratie plaatsvinden. Registratie vindt plaats aan de hand van de geleverde/geplande uren en de benodigde deskundigheid zoals blijkt uit de indicatie. In de declaratiestroom komt, naast de geleverde zorgprestaties, ook aanvullende informatie uit de indicatie.

Wij adviseren om een uitzondering te maken voor patiënten met zeer hoge zorgzwaarte, hoger dan de bovenste grens van de prestatie 'Verpleging & verzorging hoge zorgzwaarte' (dit is meer verpleging en verzorging dan in ZZP 8). Voor deze patiënten komt een aparte bekostiging voor de daadwerkelijk geleverde zorg, via declaratie per uur. Verder is op dit moment nog een onderzoek gaande naar bekostiging van beschikbaarheidsvoorzieningen<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Onder beschikbaarheidsvoorzieningen valt de infrastructuur en personele inzet die nodig is om ongeplande zorg te kunnen leveren.

Daarnaast stellen we voor dat er twee aparte prestaties met een dagtarief komen voor kortdurend verblijf en vervoer voor intensieve kindzorg patiënten:

- Verblijf overdag bij kindzorg
- Verblijf 's avonds en 's nachts bij kindzorg

### *Segment 3*

Veldpartijen geven unaniem aan toe te willen groeien naar een systeem van uitkomstbekostiging. Wij adviseren segment 3 te laten bestaan uit twee prestaties:

- Uitkomstbeloning verpleging & verzorging
- Zorgvernieuwing verpleging & verzorging

Zorgverzekeraars, aanbieders (brancheorganisaties en zorgverleners) en patiëntenorganisaties moeten samen een standaardset uitkomstindicatoren ontwikkelen voor de prestatie uitkomstbeloning. Dit is een meerjarentraject waarin het Zorginstituut Nederland kan begeleiden.

## 2. Nieuwe bekostiging verpleging en verzorging

Eigen regie, ‘ontzorgen’ én zo lang mogelijk thuis, zijn de uitgangspunten van onze nieuwe participatiemaatschappij. De wijkverpleegkundige<sup>2</sup> krijgt een centrale rol in de buurt, met veel vrijheid om de zorg zelf in te richten. De wijkverpleegkundige staat aan de zijde van de patiënt bij het beoordelen welke verpleegkundige zorg nodig is om langer thuis te kunnen wonen. Om thuis te kunnen blijven wonen in geval van ziekte, stoornis, beperking en/of handicap is meer nodig dan alleen aandacht voor (de preventie van) geneeskundige zorg. De wijkverpleegkundige heeft een sleutelrol in de wijk en de schakel tussen het medische en sociale domein. Ze coördineert alle zorg rondom de patiënt en stemt af met andere hulpverleners, zoals de huisarts, medisch specialist en de maatschappelijk werker.

De afgelopen jaren was de bekostiging van de extramurale verpleging en verzorging gebaseerd op ‘uurtje-factuurtje’. Deze bekostiging past niet bij de inhoud en maatschappelijke rol van het wijkverpleegkundige vak. Het nieuwe bekostigingsmodel, onder de Zvw in plaats van de AWBZ, dient de transitie van productie- naar een meer inhoud gedreven invulling van de verpleging en verzorging te ondersteunen.

De nieuwe Zvw-aanspraak verpleging en verzorging is geformuleerd als *‘zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop’*. Het gaat nadrukkelijk niet alleen om verpleegkundige of verzorgende handelingen, maar ook om taken die samenhangen met de zorgverlening zoals het coördineren ervan, coaching (bijvoorbeeld ondersteuning bij zelfmanagement) en individuele, zorg gerelateerde preventie.

Voor de bekostiging is de NZa gevraagd een 3-segmentenmodel verder te ontwikkelen, mede op basis van consultatie van veldpartijen. Segment 1 is populatiebekostiging voor zorg die niet direct toewijsbaar is aan het zorgtraject van een patiënt. Segment 2 is prestatiebekostiging voor de zorg die direct toewijsbaar is aan het zorgtraject van een patiënt. In segment 3 is ruimte voor beloning van uitkomsten. Door het accent op populatie, prestatie en uitkomsten te leggen, ondersteunt dit model de transitie naar de nieuwe rol van de wijkverpleging. Populatiebekostiging voor zorg die niet direct aan patiënten toewijsbaar is, past bij de preventieve en populatiegebonden rol van de wijkverpleegkundige. De bekostiging van patiëntgebonden zorg op basis van integrale prestaties neemt een groot deel van de huidige volumeprikkels weg en motiveert om te innoveren in de zorginzet. Tot slot geeft uitkomstbekostiging prikkels voor verbetering van kwaliteit en efficiency.

---

<sup>2</sup> Wanneer in dit document gesproken wordt over de wijkverpleegkundige, wordt hiermee een verpleegkundige bedoeld die beschikt over een hbo-opleiding (uitstroom Maatschappelijke Gezondheidszorg) en verder over alle competenties van de verpleegkundige, zoals die worden geformuleerd in het Beroepsprofiel verpleegkundige. Dit is de definitie zoals V&VN die hanteert.

### 3. Opdracht en aanpak

#### 3.1 Opdracht

De NZa heeft Gupta Strategists gevraagd om advies uit te brengen over de concrete invulling van het 3-segmenten-bekostigingsmodel. De NZa heeft het hoofddoel van dit onderzoek als volgt geformuleerd:

*“Uitbrengen van advies over de concrete invulling van het 3-segmenten-bekostigingsmodel voor de nieuwe aanspraak verpleging en verzorging met bijpassend triagemodel.”*

Het onderzoek heeft de volgende subdoelen:

- a. Vormgeven van het bekostigingsmodel en bijbehorend triagemodel.
- b. Verkrijgen van draagvlak. Nauwe samenwerking en afstemming met veldpartijen, die vertegenwoordigd zijn in een expertgroep en klankbordgroep, om zo maximaal draagvlak voor de concrete invulling te verkrijgen.
- c. Zicht krijgen op impact:
  - Inzicht in risico's. Opstellen van een gedegen impactanalyse van het uitgewerkte bekostigingsmodel.
  - Inzicht in inhoud en omvang. Aangeven van de relatieve omvang en inhoud van de drie segmenten binnen het budgettaire kader verpleging en verzorging aan de hand van de relevante markt en de relevante kostendrijvers/kostendragers per segment. Vervolgens ingaan op een optimale verhouding tussen de segmenten.

De NZa heeft in haar plan van eisen bij de opdracht een aantal uitgangspunten per segment geformuleerd die zijn meegenomen in de verdere uitwerking:

| Segment                                               | Uitgangspunten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Segment 1:<br>Niet-<br>patiënt<br>toewijsbare<br>zorg | <ul style="list-style-type: none"> <li>– samenwerking met gemeenten. Afstemming tussen zorg en maatschappelijke ondersteuning in de wijk;</li> <li>– verbinding met segment 2 zodat zorg integraal geleverd wordt;</li> <li>– onafhankelijke doorverwijzing door de verpleegkundige naar de organisatie die de zorg gaat leveren.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Segment 2:<br>patiënt<br>toewijsbare<br>zorg          | <ul style="list-style-type: none"> <li>– beperkt aantal zorgcategorieën;</li> <li>– homogene zorgcategorieën met een gemiddeld tarief op basis van intensiteit en kosten/zorgzwaarte;</li> <li>– de tariefsoort voor de prestaties in segment 2 is een maximumtarief per prestatie;</li> <li>– casemanagement, intensieve kindzorg, ketenzorg dementie, palliatief terminale zorg, verpleging in de thuissituatie noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg dienen in deze laag een plek te krijgen;</li> <li>– momenteel wordt er (in de praktijk), door diverse brancheorganisaties,</li> </ul> |

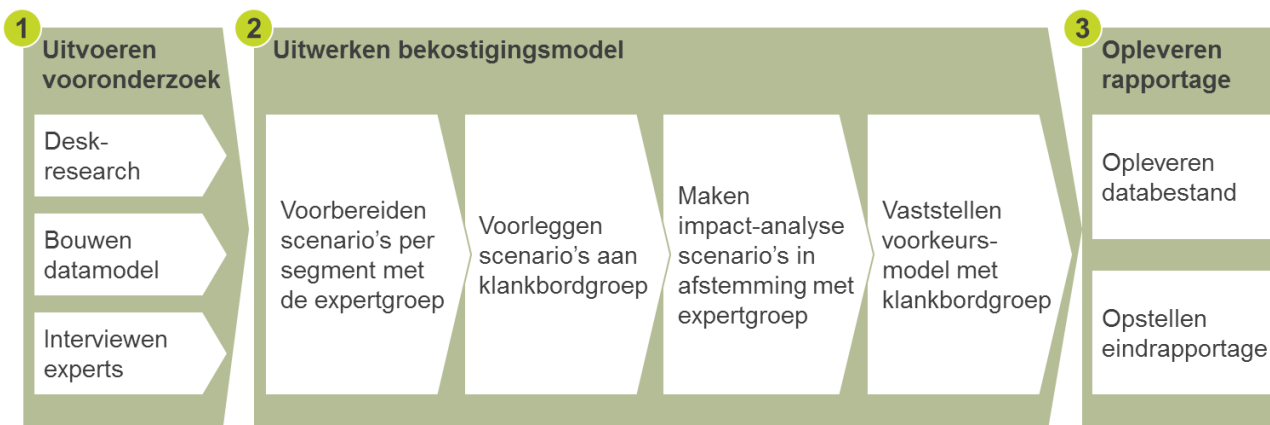
gewerkt aan het opstellen van indicatie-instrumenten. Het triagemodel dient aan te sluiten bij al ontwikkelde of in ontwikkeling zijnde indicatie-instrumenten in de praktijk;

- verwerk de bekostiging van basisvoorzieningen zoals onplanbare zorg en nachtzorg;
- ruimte voor e-health zoals zorg op afstand en beeldschermcommunicatie;
- segment 2 stuurt aan op levering van noodzakelijk passende zorg en het voorkomen van een opwaartse productieprikkel. Een voorbeeld hiervan is dat de zorgcategorieën zo goed mogelijk bestand dienen te zijn tegen upcoding.

**Segment 3: Beloning op uitkomsten** – In segment 3 is de afstemming met de klankbordgroep en de expertgroep van groot belang, omdat het in de praktijk binnen segment 3 gaat om onderlinge afspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Het is daarom belangrijk dat de kaders die de NZa hiervoor opstelt de ruimte aan het veld bieden om te faciliteren dat deze afspraken gemaakt kunnen worden en hiervoor geen belemmeringen voor opwerpen.

### 3.2 Aanpak

De aanpak bestaat uit drie fases, zoals beschreven in figuur 1.



Figuur 1 – Projectaanpak en fasering

**Fase 1** is het vooronderzoek, waarin deskresearch is uitgevoerd, het datamodel is samengesteld en experts één-op-één zijn geïnterviewd om hun ideeën over de invulling van de prestaties in een vroeg stadium op te halen.

In de eerste stap van **fase 2** is met de expertgroep een aantal scenario's (zie bijlage 1) opgesteld voor de indeling van prestaties. Dit is een belangrijke stap, omdat hierbij een aantal principes is vastgelegd die sturend zijn voor de verdere detaillering. De samenstelling

van de expertgroep is zodanig dat de experts ActiZ, BTN, V&VN en ZN vertegenwoordigen. NPCF was op eigen verzoek alleen vertegenwoordigd in de klankbordgroep.

In de tweede stap zijn de scenario's voorgelegd aan de klankbordgroep, waarbij uitgebreid is stilgestaan bij de afwegingen die de expertgroep naar voren had gebracht. De klankbordgroep bestaat uit vertegenwoordigers van ActiZ, Alzheimer Nederland, BTN, NPCF, V&VN, VGVK, VNG en ZN.

Op basis van de feedback van de klankbordgroep hebben we in de derde stap de scenario's verder uitgewerkt en, in nauwe samenwerking met de expertgroep, een impactanalyse opgesteld.

In de vierde stap zijn de uitgewerkte scenario's met impactanalyse besproken met de klankbordgroep om de voorkeuren van alle deelnemers te verzamelen en te kijken waar consensus bestaat en waar niet.

In **fase 3** hebben we een concept eindrapportage opgesteld, die ter lezing is voorgelegd aan de klankbordgroep. In de eindrapportage is alle ontvangen feedback zo goed mogelijk verwerkt. Naast het eindrapport hebben we een databestand samengesteld.



## 4. Uitwerking segment 1

In dit hoofdstuk geven we de uitwerking van segment 1 en de motivatie daarvoor. Daarna lichten we de beoordeling van de uitwerking toe en tot slot geven we aan wat het draagvlak voor de voorgestelde uitwerking is.

### 4.1 Voorgestelde uitwerking

Onder de aanspraak verpleging en verzorging vallen naast de toewijsbare zorgtaken ook coördinerende en signalerende activiteiten die niet aan het zorgtraject van één specifieke patiënt te koppelen zijn. Alle veldpartijen zijn het erover eens dat de maatschappij gebaat is bij een goede invulling van deze niet-patiënt toewijsbare taken, omdat deze een impuls geven aan de verbinding tussen het medische en sociale domein. Daarnaast kan een gedegen uitvoering van deze taken de toestroom naar segment 2 (patiënt gebonden zorgtrajecten) beperken.

Segment 1 bestaat uit één prestatie: 'Verpleging & verzorging wijkgericht werken'. We definiëren deze prestatie als *'alle zorg die verpleegkundigen plegen te bieden die niet direct aan een individueel zorgtraject van een patiënt toewijsbaar is'*. Dit zijn taken die niet toewijsbaar zijn aan een zorgtraject van een individuele patiënt (indicatie moet nog gesteld worden, grens segment 2), maar wel een duidelijk verband hebben met (het voorkomen van) een potentiële zorgvraag binnen de Zvw (grens WMO). De wijkverpleegkundige voert collectieve (wijk)taken uit zoals het signaleren en aangaan en onderhouden van contacten uit het (sociale) wijknetwerk. De wijkverpleegkundige is rechtstreeks toegankelijk en met behulp van triagerende gesprekken komt zij tot 'case finding'. Het resultaat van segment 1 kan bestaan uit een zelfzorgadvies of mantelzorgadvies, doorverwijzing naar zorgaanbieders in de WMO of Zvw in goede afstemming met het (sociale) wijknetwerk. Zie figuur 2 voor een aantal voorbeelden van segment 1-activiteiten.

- Netwerk en samenwerking opbouwen in de wijk
- Vroegtijdig signaleren van sociale en gezondheidsrisico's
- Contact leggen/vraagverheldering/signaleren/advies
- Bemiddelen bij (in)formele zorg

Figuur 2 – Voorbeelden van segment 1-activiteiten

Wij adviseren om segment 1 te bekostigen via populatiebekostiging. Binnen de Zvw kopen zorgverzekeraars individueel in. Dit gaat echter lastig samen met populatiebekostiging. Het is van belang dat verzekeraars (gezamenlijk) verantwoordelijkheid nemen om de zorg in segment 1 te bieden.

Populatiebekostiging is vorm te geven met een gedifferentieerd bedrag per individuele verzekerde. Dit is de één-op-één betaaltitel tussen verzekeraar en aanbieder, waarbij een verzekeraar zelf de definitie van een populatie kan bepalen, zodat bijvoorbeeld een koppeling met WMO-regio's mogelijk is. De exacte afbakening van de regio zal afhangen van de werkgebieden van de zorgaanbieder en de specifieke problematiek van de inwoners.

Op het moment is de ervaring met wijkgerichte activiteiten nog beperkt. Wel is duidelijk dat het om maatwerk gaat; niet elke wijk heeft dezelfde zorginfrastructuur nodig. Meer en andere activiteiten zijn nodig in een wijk met veel ouderen en een lage sociaal economische klasse dan in een wijk met overwegend jongeren in een hoge sociaal economische klasse. De verzekeraar kan zelf het bedrag per verzekerde bepalen en kan dit bedrag variëren op basis van wijkenmerken. Het bedrag per verzekerde is te differentiëren op een aantal parameters. Zo zien we dat het gebruik van verpleging en verzorging sterk varieert met leeftijd, geslacht en sociaal economische status (zie bijlage 8). Verzekeraars kunnen zelf de parameters en waarde per parameter bepalen om zo een bedrag per verzekerde toe te kennen. Aanbieders ontvangen een lumpsum die is opgebouwd uit het aantal verzekerden in de populatie en het bedrag per individuele verzekerde. De declaratie vindt maandelijks plaats.

Ons advies betreft het bekostigingsmodel, niet de inkoop. In het veld is er nu discussie over de inkoop van wijkgericht werken in 2015. De beelden over hoe optimale inkoop binnen het voorgestelde bekostigingsmodel eruit ziet, liepen binnen de klankbordgroep dan ook uiteen. Ons voorstel is dat zorgverzekeraars passende zorg inkopen. Elke aanbieder gecontracteerd voor segment 1 moet altijd ook segment 2 bieden. Dit voorkomt dat de wijkgerichte activiteiten los komen te staan van de patiëntgebonden zorg in segment 2. In wijken met veel aanbieders kan dit betekenen dat niet elke aanbieder in die wijk een contract krijgt voor segment 1.

Ons advies is dat een aanbieder de prestatie wijkgericht werken kan declareren indien hier een overeenkomst met de zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt. Dit geldt zowel voor zorgverzekeraars die natura- en restitutiepolissen aanbieden en zorgverzekeraars die uitsluitend restitutiepolissen aanbieden.

De hernieuwde invulling van de verpleging en verzorging en het feit dat pas in 2015 breed ervaring wordt opgedaan met de wijkgerichte aanpak, vragen om een goede monitoring en een gedegen evaluatie. Wij stellen daarom nadrukkelijk dat wijkgerichte zorg en de hier voorgestelde keuze van het bekostigingsmodel via populatiebekostiging zich nog moeten bewijzen in de praktijk. Als het model niet voldoende meerwaarde biedt, moet de mogelijkheid bestaan om er van af te stappen. Als de voorgestelde bekostiging in de praktijk leidt tot versnippering, dan is het eventueel samenvoegen van segment 1 en 2 nodig. Als de

oorzaak ligt in de inkoop van de zorgverzekeraars of de werkwijze van de zorgaanbieders dan is aanpassing van de wijze van bekostiging niet de oplossing.

## 4.2 Motivatie bij uitwerking

### 4.2.1 *Motivatie beschrijving prestatie*

De keuze om segment 1 in algemene termen te definiëren, biedt verpleegkundigen de ruimte om zelf te bepalen waar de bewoners van hun wijk het meest behoefte aan hebben.

Een gedetailleerde en uitputtende definitie van de activiteiten in segment 1 lijkt niet verstandig. Bij populatiebekostiging ligt een zo open mogelijke omschrijving van de prestatie voor de hand, zodat zorgverzekeraars met aanbieders op lokaal niveau passende afspraken kunnen maken. Het gedetailleerd beschrijven van activiteiten kan enerzijds leiden tot een registratieverplichting van deze activiteiten en daarmee tot hogere administratieve lasten. Anderzijds bestaat het risico dat taken die niet op 'het lijstje' staan niet worden uitgevoerd, ook als ze wel een meerwaarde hebben voor wijkbewoners. Tot slot kan een gedetailleerde beschrijving van taken waarschijnlijk nooit volledig zijn, gezien de algemene aard van het wijkverpleegkundige vak.

De nog niet geheel duidelijke afbakening tussen WMO en Zvw vormt een risico dat een wijkverpleegkundige WMO zorg vanuit de Zvw levert. De klankbordgroep geeft als suggestie dat Zorginstituut Nederland zich nader buigt over de afbakening tussen WMO en Zvw.

### 4.2.2 *Motivatie inrichting van populatiebekostiging*

De essentie van populatiebekostiging is dat een aanbieder een budget krijgt voor de verzekerden/inwoners in zijn populatie of deze mensen nu werkelijk zorg gebruiken of niet. Dat past bij de gedachte van segment 1. De wijkverpleegkundigen dragen integrale verantwoordelijkheid en hebben zelf zeggenschap over wat ze doen en wie ze daarbij nodig hebben; de wijkverpleegkundige besluit in samenspraak met het sociale wijkteam wie of welke groepen extra aandacht nodig hebben.

Populatiebekostiging heeft echter ook nadelen. Niet alle mensen in een wijk zijn bij dezelfde zorgverzekeraar verzekerd. Om versnippering te voorkomen is het daarom belangrijk dat verzekeraars (gezaamenlijk) verantwoordelijkheid nemen voor segment 1. Representatie waarbij een van de zorgverzekeraars verantwoordelijk is voor de inkoop van de zorg in een regio lijkt de beste manier om dit te borgen. Representatie past echter moeilijk binnen de Zvw, omdat concurrentie tussen verzekeraars dan niet mogelijk is. Ons voorstel is daarom dat zorgverzekeraars gezamenlijk kunnen besluiten tot collectieve inkoop en hiervoor zelf de noodzakelijke maatregelen treffen. Dit kan representatie zijn of een volgmodel. Bij een volgmodel hebben verzekeraars de optie om de dominante zorgverzekeraar in een werkgebied te volgen, maar indien gewenst kan hiervan worden afgeweken. Er bestaat dan

wel een risico dat zorgverzekeraars deze zorg niet of niet adequaat inkopen. Wij beoordelen dit risico minder zwaar dan het niet hebben van concurrentie tussen zorgverzekeraars, aangezien de zorgverzekeraar altijd nog gebonden is aan de zorgplicht.

Voor segment 1 stellen wij een bedrag per verzekerde als populatiebekostigingsmethode voor. Dit biedt zorgverzekeraars de mogelijkheid om te bepalen hoe dit budget wordt ingezet. Andere opties zoals het verplicht aansluiten op de huisartsenpopulatie, het verplicht inschrijven bij een aanbieder van verpleging en verzorging of het bepalen van een budget per wijk, zijn om uiteenlopende redenen minder werkbaar.

- Bekostigen via de huisartsenpopulatie betekent echter dat er geen eigen betaaltitel voor verpleging en verzorging is. Als uitgangspunt is namelijk gegeven dat er een eigen, specifieke betaaltitel voor verpleging en verzorging is die daarmee in principe naast/los van de huisarts of medisch specialist staat in termen van de bekostiging.
- Inschrijven bij een aanbieder vereist dat alle verzekerden zich inschrijven. Zeker gezien het feit dat slechts een klein deel van de bevolking verpleging en verzorging gebruikt, is dit praktisch onwerkbaar.
- Bij een budget per wijk is de schadelast voor een individuele verzekeraar niet te bepalen doordat de vergoeding niet is terug te rekenen naar een individuele verzekerde.

#### 4.2.3 *Motivatatie samenhang tussen segmenten*

Er is nu discussie over wijkgericht werken. Vanuit de expert- en klankbordgroep zijn er vraagtekens gezet bij het verder doordenken in segmenten, omdat segment 1 en 2 inhoudelijk onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Patiëntgebonden (segment 2) en wijkgerichte taken (segment 1) zijn namelijk beide onderdeel van een goede verpleegkundige beroepsuitoefening. Door de bekostiging van deze segmenten apart te benoemen, bestaat het risico wijkverpleegkundigen hun vak niet in de volle breedte kunnen uitvoeren. Om dit te voorkomen, is de gedachte dat iedereen die segment 2 levert ook segment 1 levert.

Aan de andere kant zijn de taken in segment 1 van belang om de samenhang met het sociale domein te realiseren. Hierbij heeft de gemeente behoefte aan een beperkt aantal aanspreekpunten per wijk voor alle wijkverpleegkundigen die daar actief zijn. Aangezien er vaak een groot aantal aanbieders actief is in een wijk, is het echt een keuze: óf iedereen verplicht contracteren voor segment 1 en dus veel aanspreekpunten hebben óf slechts een paar aanbieders contracteren en daardoor weinig aanspreekpunten hebben. Wij adviseren de tweede optie.

### 4.3 Toetsing uitwerking aan beoordelingscriteria

In samenspraak met de NZa en de expert- en klankbordgroep is een toetsingskader opgesteld met criteria voor toetsing van de voorgestelde uitwerking van het 3-segmentenmodel (zie bijlage 2). In onderstaande tabel beoordelen we de uitwerking van segment 1 aan de hand van dit toetsingskader.

| Criteria toetsingskader             | Beoordeling                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hanteerbaarheid                     | De optie om S1 selectief in te kopen maakt het mogelijk dat de inzet van S1-taken goed af te stemmen is op de behoefte per wijk en de afstemming met de huisarts en het sociale wijkteam vergemakkelijkt.                                                                                                                                    |
| Herkenbaarheid                      | Door de niet-patiëntgebonden taken apart te positioneren in S1 zijn deze herkenbaar onderdeel van het bekostigingssysteem. De voorwaarde dat aanbieders die S1 leveren ook S2 moeten leveren, benadrukt de integraliteit van de (wijk)verpleegkundige zorg.                                                                                  |
| Volledigheid                        | Niet van toepassing voor dit segment.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Homogeniteit                        | Niet van toepassing voor dit segment.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Stabiliteit                         | Niet van toepassing voor dit segment.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Administratieve lasten              | Bekostiging van S1 via populatiebekostiging vereist aparte contracten voor dit segment en brengt dus aanvullende administratie met zich mee. De mogelijkheid om S1 niet bij alle zorgaanbieders in te kopen beperkt de aanvullende administratielast, aangezien niet met elke aanbieder een contract hoeft te worden opgesteld en nageleefd. |
| Handhaafbaarheid                    | Niet-patiëntgebonden activiteiten zijn per definitie moeilijk te handhaven, omdat deze activiteiten niet op een patiënt worden geregistreerd. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen uiteraard wel onderling afspraken maken over de voorwaarden waaraan de levering van S1 moet voldoen en hoe deze te verantwoorden is.                 |
| Samenwerking met andere domeinen    | Selectieve contractering van S1 biedt de mogelijkheid om het aantal aanbieders met S1-taken per wijk te beperken en draagt zo bij aan herkenbare aanspreekpunten in de wijk, ook vanuit het perspectief van de gemeenten als inkopers van WMO-zorg. Dit vergemakkelijkt de afstemming met de huisarts en het sociale wijkteam.               |
| <b>Systeemrisico's voor patiënt</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| • Toegankelijkheid                  | Expliciete bekostiging van niet-patiëntgebonden taken versterkt de poortwachtersfunctie van de wijkverpleegkundige en vergroot daarmee de toegankelijkheid. Daarnaast kan selectieve contractering via beperking van het aantal S1-aanbieders zorgen voor herkenbare aanspreekpunten in de wijk.                                             |
| • Keuzevrijheid                     | De mogelijkheid om S1 selectief te contracteren beperkt het aantal S1-aanbieders, wat weer de keuzevrijheid beperkt.                                                                                                                                                                                                                         |
| • Kwaliteit                         | De mogelijkheid om S1 selectief te contracteren beperkt het aantal S1-aanbieders, wat de monitoring van de geleverde kwaliteit vereenvoudigt.                                                                                                                                                                                                |
| <b>Systeemrisico's aanbieders</b>   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| • Ruimte voor innovatie             | De keuze om S1 in algemene termen te definiëren (alle niet-patiëntgebonden taken die direct verband houden met een (potentiële) zorgvraag) biedt ruimte                                                                                                                                                                                      |

|                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                    | om te experimenteren met de precieze invulling door de wijkverpleegkundige. Dit is waardevol omdat S1 een nieuwe ontwikkeling is en op deze wijze bijsturing op basis van voortschrijdend inzicht mogelijk is.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Autonome positie</li> </ul>                 | De algemeen geformuleerde definitie van S1 versterkt de autonomie van de wijkverpleegkundige. Hij/zij krijgt de ruimte om vanuit de eigen professionaliteit in te schatten waar in de wijk behoefte aan is.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Integraliteit van werkzaamheden</li> </ul>  | Integraliteit is geborgd voor aanbieders met een contract voor S1 (en dus ook voor S2). Voor aanbieders met alleen een contract voor S2 geldt ook dat ze de zorg integraal kunnen leveren, maar deze integraliteit beperkt zich tot de direct patiënt-toewijsbare activiteiten.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Systeemrisico's verzekeraars</b>                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Juistheid van productieprikkels</li> </ul>  | De keuze voor populatiebekostiging voor S1 voorkomt dat er een productieprikkel bestaat voor wijkgericht werken. Een aanbieder ontvangt namelijk een vast bedrag onafhankelijk van de geleverde zorg. Door het ontbreken van een productieprikkel ontstaat het risico dat aanbieders onvoldoende investeren in wijkgericht werken. Dit wordt versterkt doordat er geen prikkel in het systeem zit waardoor aanbieders die ontzorgen via S1 op een of andere manier direct profiteren van minder zorgvraag in S2. Die prikkel werkt alleen als een veel grotere / volledige bekostiging gebaseerd is op het populatie-principe.<br>Duidelijke afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over de verantwoording van S1 is essentieel. Daarnaast moeten er duidelijke afspraken zijn tussen zorgverzekeraars en gemeentes. |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Mogelijkheid van substitutie</li> </ul>     | Individuele preventie is een vooraanstaande doelstelling van wijkgericht werken. Expliciete positionering van S1 stimuleert zorgaanbieders om hierop in te zetten.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Beperking risico op upcoding</li> </ul>     | Niet van toepassing voor dit segment                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Concurrentie tussen verzekeraars</li> </ul> | Populatiebekostiging en concurrentie tussen zorgverzekeraars gaan niet goed samen. Indien zorgverzekeraars kiezen voor een volgmodel in plaats van representatie biedt dit ruimte om zich te onderscheiden in de inkoop.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

#### 4.4 Draagvlak

De klankbordgroepleden zijn het erover eens dat een goede invulling van de niet-patiënt toewijsbare taken waardevol is, omdat deze een impuls geven aan de verbinding tussen het medische en sociale domein. Alle partijen geven ook aan dat een integrale uitvoering van de wijkverpleegkundige functie noodzakelijk is.

Verdere verkenning van het bekostigingsmodel maakt echter duidelijk dat de standpunten en nadere invullingen van de partijen op wezenlijke aspecten verschillen. De voorkeuren waren verdeeld over de vier voorgestelde scenario's (zie bijlage 1). Er zijn vraagtekens gezet bij de huidige indeling in 3 segmenten. Een aantal partijen geeft aan een duidelijke voorkeur te hebben voor integratie van segment 1 en 2 waarbij segment 1 versleuteld zit in de

segment 2-prestaties. Dit scenario heft in feite segment 1 als apart segment op, maar voorkomt daarmee een knip tussen segment 1 en segment 2-activiteiten. Er is ook geopperd om segment 1 niet binnen de bekostigingsstructuur van de verpleging en verzorging te incorporeren, maar er los van te bekostigen of om een deel van segment 1 via de gemeenten te bekostigen en het overige integraal via segment 2.

De discussie en de verschillende standpunten van de klankbordgroep in acht nemend, hebben wij een advies voor de invulling van segment 1 geformuleerd. Namelijk dat zorgverzekeraars passende zorg inkopen. Elke aanbieder gecontracteerd voor segment 1 moet altijd ook segment 2 bieden. Dit voorkomt dat de wijkgerichte activiteiten los komen te staan van de patiëntgebonden zorg in segment 2. In wijken met veel aanbieders kan dit betekenen dat niet elke aanbieder in die wijk een contract krijgt voor segment 1.

Dit advies is vooral ingegeven door het belang van samenhang met het sociale domein. Daarbij zien we dat het niet werkbaar lijkt om alle aanbieders te contracteren. Gemeentes hebben behoefte aan een beperkt aantal aanspreekpunten per wijk. Daarnaast zorgt contracteren van segment 1 bij meerdere aanbieders, die in een wijk actief zijn, voor versnippering van de wijkgerichte taken.



## 5. Uitwerking segment 2

In dit hoofdstuk zetten we ons voorstel voor de uitwerking van segment 2 nader uiteen en motiveren we hoe we hiertoe gekomen zijn.

### 5.1 Voorgestelde uitwerking op hoofdlijnen

Veldpartijen hebben aangegeven een voorkeur te hebben voor een beperkt aantal patiëntvolgende zorgprestaties ingedeeld op basis van zorgzwaarte. Deze zorgprestaties omvatten alle zorg die verpleegkundigen plegen te bieden die direct aan een individueel zorgtraject van een patiënt toewijsbaar is. Wij adviseren om drie integrale prestaties te introduceren:

- Verpleging & verzorging **lage** zorgzwaarte
- Verpleging & verzorging **gemiddelde** zorgzwaarte
- Verpleging & verzorging **hoge** zorgzwaarte

Een voorwaarde voor het hanteren van drie prestaties, is een tijdelijk vangnet voor omzetverschuivingen. Indien dit vangnet niet mogelijk is, kan dat een reden zijn om vijf integrale prestaties (zeer lage, lage, gemiddelde, hoge en zeer hoge zorgzwaarte) te hanteren.

De prestaties hebben een declaratieperiode van vier weken en een bijbehorend tarief. Aan het eind van elke periode wordt voor elke patiënt de prestatie afgeleid op basis van de zorgzwaarte in de afgelopen periode. De zorgzwaarte wordt bepaald aan de hand van de uren en de deskundigheid in de afgelopen periode. Zonder correcte registratie kan er echter geen declaratie plaatsvinden. Registratie vindt plaats aan de hand van de geleverde/geplande uren en de benodigde deskundigheid zoals blijkt uit de indicatie. In de declaratiestroom komt, naast de geleverde zorgprestaties, ook aanvullende informatie uit de indicatie.

Wij adviseren om een uitzondering te maken voor patiënten met zeer hoge zorgzwaarte hoger dan de bovenste grens van de prestatie 'Verpleging & verzorging hoge zorgzwaarte' (dit is meer zorg dan in ZZP 8). Voor deze patiënten komt een aparte bekostiging voor de daadwerkelijk geleverde zorg, via declaratie per uur. Verder is op dit moment nog een onderzoek gaande naar bekostiging van beschikbaarheidsvoorzieningen<sup>3</sup>.

Daarnaast stellen we voor dat er twee aparte prestaties met een dagtarief komen voor kortdurend verblijf en vervoer voor intensieve kindzorg patiënten:

- Verblijf overdag bij kindzorg

<sup>3</sup> Onder beschikbaarheidsvoorzieningen valt alle infrastructuur en personele inzet die nodig is om ongeplande zorg te kunnen leveren.



- Verblijf 's avonds en 's nachts bij kindzorg

Deze prestaties zijn aanvullend op de daadwerkelijke zorglevering, die onder de integrale prestaties of de bekostiging voor patiënten met zeer hoge zorgzwaarte valt.

## 5.2 Voorgestelde uitwerking in detail

In deze paragraaf lichten we de invulling van segment 2 meer in detail toe: de inhoud van de zorg, afleiding, omschrijving en duur van de integrale prestaties komen aan bod. Daarnaast staan we stil bij de uitzonderingen die niet in integrale prestaties zijn te vatten en bespreken we de aanvullende informatiestroom.

### 5.2.1 Zorg bekostigd uit integrale prestaties

De integrale prestaties dekken alle aan een zorgtraject van een patiënt toewijsbare zorgverlening zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Hieronder valt de indicatiestelling en alle geïndiceerde zorg (zie figuur 3 voor voorbeelden). Het leveren van de zorg binnen de prestaties is voorbehouden aan verpleegkundigen en verzorgenden.

Voor specifieke zorg (zoals casemanagement dementie, palliatief terminale zorg, intensieve kindzorg, complexe wondzorg en MSVT) maakt de zorglevering onderdeel uit van het verpleegkundig handelen. Deze zorg valt dan ook onder de integrale prestaties.

Activiteiten die niet voortvloeien uit het zorgplan van een individuele patiënt, maar gericht zijn op de gehele populatie in de wijk en vallen binnen de Zvw en niet binnen bijvoorbeeld de WMO of Wet Publieke Gezondheid, vallen buiten de integrale prestaties en vallen onder segment 1.

De inzet van E-health-toepassingen met bewezen waarde voor de patiënt die onderdeel zijn van de reguliere behandeling, past binnen de integrale zorgprestaties. Denk bijvoorbeeld aan zorg op afstand en beeldschermcommunicatie. De ontwikkeling van nieuwe E-health-toepassingen valt niet onder de integrale prestaties, maar kan om innovatie te stimuleren worden ondergebracht in een aparte prestatie voor zorgvernieuwing in segment 3.

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Verzorgen | 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, persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels en huid. De zorg kan worden overgenomen of de patiënt kan worden ondersteund bij de ADL.       |
| Verplegen | Verpleegkundige handelingen, zoals toediening van sondevoeding, aanrijking en/of toediening medicatie, wond en/of stomaverzorging, katheterisatie, inbrengen sonde. En/of gespecialiseerde verpleegkundige handelingen, zoals het inbrengen van een infuus, epidurale/spinale pijnbestrijding en intraveneuze medicatietoediening. |

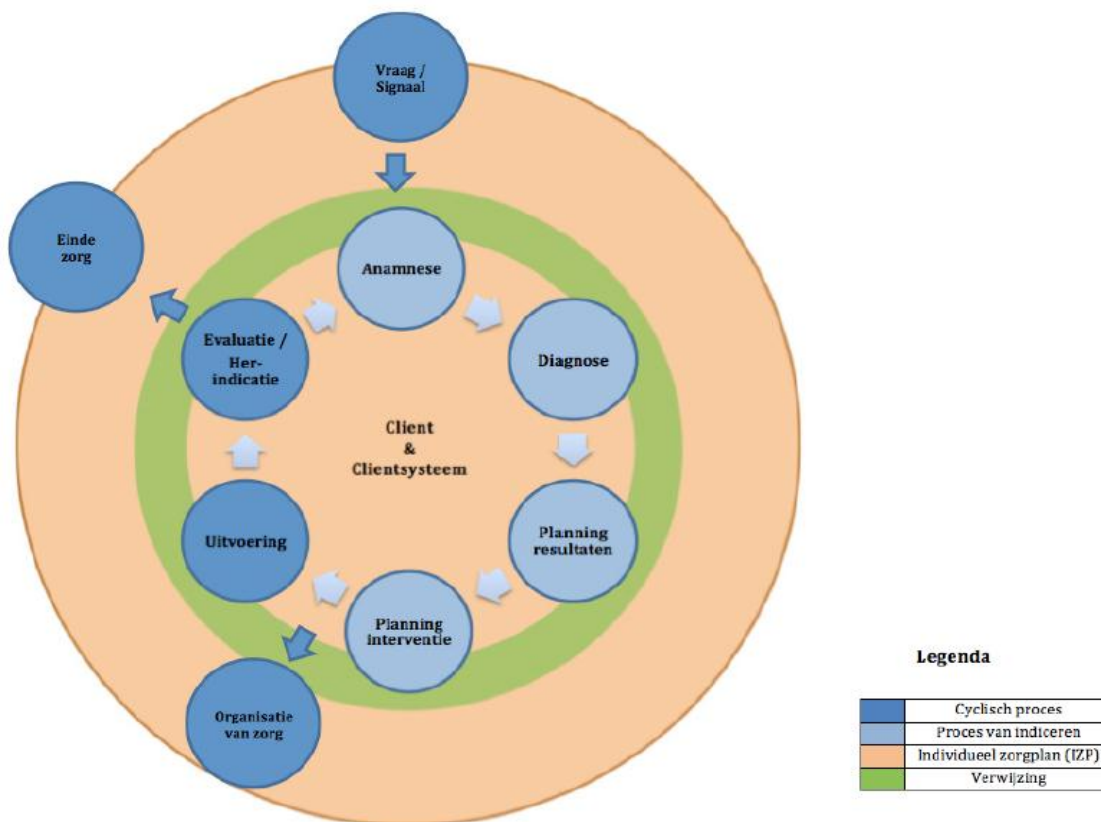
|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Case-managen                            | Alle coördinerende activiteiten die een verzorgende of verpleegkundige voor een bepaalde patiënt en het patiëntstelsel verricht om de continuïteit van zorg te waarborgen.                                                                                                                                                       |
| Monitoren                               | Deelname aan cliëntbesprekingen, monitoring van de (gezondheids)situatie van de cliënt en op basis hiervan nieuwe afspraken en gegevens in het zorgplan verwerken. Ook kan het gaan om het consulteren van andere disciplines, zoals de huisarts of het gevraagd en ongevraagd adviezen/informatie geven aan andere disciplines. |
| Adviseren/<br>instrueren/<br>begeleiden | Advisering, instructie en voorlichting over omgaan met ziekte, behandeling, therapie, hulpmiddelen, waaronder advisering van informele zorgverleners.                                                                                                                                                                            |

*Figuur 3 – Voorbeelden van segment 2-activiteiten*

### 5.2.2 Toeleiding naar prestaties

Voor het vaststellen van de zorgbehoefte van patiënten gaan wij uit van de fasen van het verpleegkundig proces (zie figuur 4). Dit is een circulair proces, zoals benoemd in het normenkader van V&VN:

- Vraagverheldering: het verzamelen en ordenen van gegevens. Het doel van vraagverheldering is zicht krijgen op:
  - de beperkingen en problemen van de cliënt
  - het sociale steunsysteem van de cliënt
  - de stabiliteit en complexiteit van de situatie
  - de (medicatie)veiligheid
  - de inschatting van de gezondheidsrisico's
  - het vermogen tot eigen regie
- Verpleegkundige diagnose: een uitspraak doen over actuele of potentiële gezondheidsproblemen
- Planning: verpleegkundige interventies en resultaten benoemen, het zorgplan opstellen
- Uitvoeren: het uitvoeren van interventies
- Evaluatie: de zorg evalueren met de patiënt en/of zijn naasten



Figuur 4 – Verpleegkundig proces (Bron: V&VN)

De eerste drie stappen vormen het verpleegkundig indicatiestellingsproces. Uit de indicatiestelling blijkt wat de patiënt aan zorg nodig heeft in omvang, duur, aard en gewenst resultaat. De zorgzwaarte van een patiënt volgt direct uit de indicatiestelling. De verpleegkundige niveau <sup>54</sup> legt hiervoor het benodigde aantal directe<sup>5</sup> uren en de benodigde<sup>6</sup> deskundigheidsniveaus van de zorgverlener vast. De deskundigheid is ingedeeld in drie niveaus:

- niveau 3 (verzorgende IG)
- niveau 4 (MBO verpleegkundige)
- niveau 5 of hoger (HBO-verpleegkundige en alle overige HBO+ groepen)

De zorgzwaartescore volgt uit het aantal uren en de rekenfactoren van de benodigde deskundigheidsniveaus. Figuur 5 geeft een rekenvoorbeeld van de berekening van de zorgzwaartescore. Afhankelijk van de grenswaarden waartussen de zorgzwaartescore ligt, volgt een bepaalde prestatie (lage, gemiddelde of hoge zorgzwaarte). De zorgzwaartescore is

<sup>4</sup> Bij intensieve kindzorg kan dit een kinderverpleegkundige zijn

<sup>5</sup> Directe uren zijn de aan de zorgtraject van een patiënt toegewezen uren. Dit houdt niet in dat deze zoals in de huidige situatie ook daadwerkelijk bij de patiënt thuis moeten worden geleverd.

<sup>6</sup> De indicerende verpleegkundige bepaalt de benodigde deskundigheid. Dit is de professionele inschatting van de waarbij er geen relatie hoeft te zijn met het daadwerkelijk in te plannen deskundigheidsniveau.

afhankelijk van de definitieve factor per deskundigheidsniveau (zie bijlage 4). Deze is afhankelijk van de door de NZa te bepalen prestatietarieven, die nog moeten worden vastgesteld.

| Benodigde Deskundigheidsniveau         | Aantal uren zorg nodig per 4 weken | Rekenfactor deskundigheid (illustratief) | Zorgzwaartescore |
|----------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------|------------------|
| Niveau 3                               | 14                                 | 1                                        | = 14             |
| Niveau 4                               | 7                                  | 1.5                                      | = 10.5           |
| Niveau 5                               | 0                                  | 1.7                                      | = 0              |
| <b>Totale zorgzwaartescore patiënt</b> |                                    |                                          | <b>= 24.5</b>    |

Figuur 5: Rekenvoorbeeld voor de afleiding van de zorgzwaartescore van een patiënt

### 5.2.3 Integrale prestaties op basis van zorgzwaarte

We onderscheiden de volgende prestaties:

- Prestatie 1 - Verpleging & verzorging lage zorgzwaarte (zorgzwaartescore 1 tot 11,5):  
Deze prestatie is bestemd voor patiënten met een lage zorgzwaarte. Zij hebben enige verpleging en verzorging nodig. Deze zorg kan bestaan uit verpleegtechnische handelingen, verzorgende handelingen, case-managen, monitoren en/of adviseren/instrueren/begeleiden. Patiënten in deze prestatie krijgen gemiddeld 5 uur zorg per 4 weken. De gemiddelde verdeling van de deskundigheid is 84% niveau 3, 11% niveau 4 en 5% niveau 5 of hoger.
- Prestatie 2 - Verpleging & verzorging gemiddelde zorgzwaarte (zorgzwaartescore 11,5 tot 31): Deze prestatie is bestemd voor patiënten met een gemiddelde zorgzwaarte. Zij hebben in gemiddelde mate verpleging en verzorging nodig. Deze zorg kan bestaan uit verpleegtechnische handelingen, verzorgende handelingen, case-managen, monitoren en/of adviseren/instrueren/begeleiden. Patiënten in deze prestatie krijgen gemiddeld 17 uur zorg per 4 weken. De gemiddelde verdeling van de deskundigheid is 83% niveau 3, 12% niveau 4 en 5% niveau 5 of hoger.
- Prestatie 3 - Verpleging & verzorging hoge zorgzwaarte (zorgzwaartescore 31 tot 61,5):  
Deze prestatie is bestemd voor patiënten met een hoge zorgzwaarte. Zij hebben veel verpleging en verzorging nodig. Deze zorg kan bestaan uit verpleegtechnische handelingen, verzorgende handelingen, case-managen, monitoren en/of adviseren/instrueren/begeleiden. Patiënten in deze prestatie krijgen gemiddeld 38 uur zorg per 4 weken. De gemiddelde verdeling van de deskundigheid is 77% niveau 3, 16% niveau 4 en 7% niveau 5 of hoger.

Voor elke prestatie geldt een integraal tarief voor een periode van vier weken ter vergoeding van de geleverde zorg. De grenzen tussen de verschillende drie prestaties zijn zo gekozen

dat de kostenhomogeniteit van de drie prestaties optimaal is (zie bijlage 4 voor een gedetailleerde beschrijving van het vaststellen van de prestaties).

#### 5.2.4 Duur van de prestaties

De prestaties hebben een declaratieperiode van vier weken. Aan het eind van elke periode wordt voor elke patiënt de prestatie afgeleid op basis van de zorgzwaarte in die periode. De zorgzwaarte wordt bepaald aan de hand van het aantal geleverde/geplande uren en deskundigheid uit de indicatie. Zonder correcte registratie kan er echter geen declaratie plaatsvinden. Wij stellen voor om de afleiding naar prestaties te automatiseren, vergelijkbaar met de afleiding van DOT in de medische specialistische zorg.

#### 5.2.5 Uitzonderingen

We onderscheiden twee uitzonderingen die niet binnen de hierboven beschreven integrale prestaties passen:

##### 1. Zorg voor patiënten met zeer hoge zorgzwaarte:

Voor zware patiënten die meer dan twee uur zorg per dag nodig hebben, stellen wij een aparte bekostiging voor die uitgaat van de daadwerkelijk geleverde zorg in plaats van prestaties. Als uit de indicatie blijkt dat een patiënt in deze groep valt, komt deze in aanmerking voor aparte bekostiging. Deze bekostiging staat apart van de integrale prestaties en patiënten in deze groep krijgen de geleverde zorg vergoed op uurbasis. De uurtarieven voor deze groep zijn afhankelijk van het benodigde deskundigheidsniveau van de zorgverlener (niveaus 3, 4 en 5 of hoger). Het aantal patiënten dat in aanmerking komt voor deze regeling is nu nog niet exact vast te stellen. Op basis van het zorggebruik in 2013 zou het ongeveer 23.000 patiënten per jaar betreffen. In 2016 zal dit aantal waarschijnlijk lager zijn. Dat is afhankelijk van welk aandeel van de patiënten gebruik gaat maken van het overgangsrecht WLZ en welk aandeel een intramurale indicatie heeft die niet meer uit de aanspraak verpleging en verzorging extramuraal verzilverd kan worden (overbruggingszorg).

##### 2. Verblijf en vervoer voor intensieve kindzorg patiënten:

In de aanspraak verpleging en verzorging gaat het om 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' waarbij die zorg 'niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12'. Op dit moment is nog niet duidelijk of verblijf en/of vervoer bij intensieve kindzorg wel of geen onderdeel uit moet maken van de nieuwe bekostiging. Indien wel, dan komen er twee aparte prestaties: (1) verblijf overdag en (2) verblijf 's avond en 's nachts. De prestatie voor verblijf overdag dekt naast verblijf ook het vervoer van en naar het gespecialiseerde verpleegkundig kinderdagverblijf. De prestaties zijn alleen bestemd voor verblijf voor kinderen/jongeren onder de 18 jaar. Verblijf voor volwassen patiënten zal bekostigd worden via de aanspraak eerstelijns verblijf in de Zvw (er is in 2015 sprake van een subsidieregeling binnen de Wlz, uitgevoerd door het Zorginstituut Nederland).

Deze prestaties zijn aanvullend op de daadwerkelijke zorglevering, die onder de integrale prestaties of de bekostiging voor patiënten met zeer hoge zorgzwaarte valt. De pedagogische ondersteuning wordt bekostigd binnen de prestaties voor zorglevering conform de uitleg van het Zorginstituut Nederland betreffende Besluit Zorgverzekering artikel 2.10 lid 2.

#### 5.2.6 Aanvullende informatiestroom

De keuze voor integrale prestaties heeft tot gevolg dat er geen één-op-één relatie bestaat tussen de prestatie en de daadwerkelijke geleverde zorg. Een aanbieder krijgt voor een patiënt met 3 uur zorg met dezelfde prestatie de zorg bekostigd als voor een patiënt met 5 uur zorg per maand. Om inzicht te krijgen in de geleverde zorg, ontvangen zorgverzekeraars in de declaratiestroom naast de prestaties nog aanvullende gegevens. Het betreft in eerste instantie de volgende elementen:

- Geleverde/geplande uren zorg
- Ingezet deskundigheidsniveau

Deze informatie is voor zorgverzekeraars relevant omdat zij daarmee inzicht kunnen verkrijgen in de zorglevering. Het is wenselijk naast de geleverde/geplande uren en het deskundigheidsniveau ook de volgende elementen in de declaratiestroom op te nemen:

- Verpleegkundige diagnose
- Interventies / activiteiten

Een belangrijke randvoorwaarde voor het meeleveren van diagnose en interventies is dat hiervoor eerst eenheid van taal ontwikkeld wordt die door alle zorgaanbieders te hanteren is. Wij verwachten dat dit nog niet kan in 2016.

### 5.3 Motivatie bij uitwerking prestatiebekostiging

In deze paragraaf motiveren we de inhoudelijke keuzes voor de geadviseerde invulling van segment 2.

#### 5.3.1 Motivatie voor zorg bekostigd uit integrale prestaties

We hebben ervoor gekozen om alle direct patiënt toewijsbare verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden onder generieke prestaties te scharen en het aantal uitzonderingen zoveel mogelijk te beperken. Dit past bij de gedachte van integrale zorg en reflecteert de voorkeur van de meerderheid van de geraadpleegde partijen in de expert- en klankbordgroep. Hiervoor zijn de volgende argumenten genoemd:

- Beperking van het aantal uitzonderingen doet recht aan het principe van integrale zorglevering. Dit principe versterkt de autonome positie van verpleegkundigen bij de zelfstandige beoordeling welke zorg de patiënt nodig heeft.

- Het benoemen van uitzonderingen in de bekostiging schept een precedent en kan daarmee aanleiding geven om in de toekomst allerlei andere uitzonderingen te introduceren, waardoor de complexiteit van de bekostiging toeneemt.
- Het formuleren van uitzonderingen voor een specifieke patiëntgroep geeft een prikkel om de zorg / infrastructuur enkel voor deze patiëntgroep in te zetten in plaats van voor alle patiëntgroepen die hier baat bij hebben, zoals past bij de integrale aard van het verpleegkundige vak.
- De inzet van E-health (zoals beeldschermcommunicatie) in de behandeling kan kostenbesparing opleveren voor de aanbieder als deze leidt tot minder inzet van personeel. Hier is geen aparte beloning voor nodig omdat de prestaties niet meer uit gaan van 'uurtje-factuurkje'. Zorgvernieuwing, zoals innovatie van de zorgketen (bijv. het opzetten van netwerken), is niet direct toewijsbaar aan individuele patiënten en valt dus ook niet onder de zorgprestaties. Alle partijen in de expert- en klankbordgroep zijn het erover eens dat dit waardevol kan zijn voor patiënten en aparte bekostiging de noodzakelijke investeringen kan versnellen. Zorgvernieuwing is daarom als aparte prestatie opgenomen in segment 3.

### 5.3.2 *Motivatie voor toeleiding naar prestaties*

V&VN heeft normen opgesteld waaraan de verpleegkundige indicatiestelling als onderdeel van het verpleegkundig proces moet voldoen. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten onderschrijven dit normenkader. Uit de indicatiestelling conform het normenkader blijkt wat de patiënt nodig heeft gezien zijn individuele situatie. Dit komt uiteindelijk neer op het aantal uren zorg en de benodigde deskundigheid.

Veldpartijen geven aan dat de drie te onderscheiden deskundigheidsniveaus in de afleiding van de zorgzwaarte werkbaar zijn omdat ze direct gekoppeld zijn aan opleiding. Daarnaast doet deze indeling recht aan het verschil in salaris tussen de niveaus. Op deze manier sluit de zorgzwaarte score goed aan op de kostprijs van de te leveren zorg.

### 5.3.3 *Motivatie voor integrale prestaties op basis van zorgzwaarte*

Een belangrijk uitgangspunt van de expertgroep was een beperking van het aantal prestaties ('hoe minder, hoe beter'). Daarom zijn er scenario's uitgewerkt met twee, drie en vijf integrale prestaties. Een ander uitgangspunt was dat de prestaties kostenhomogeen moeten zijn. Het scenario met 2 prestaties is op dit criterium afgevalen: de kostprijzen binnen een prestatie variëren daarin enorm ten opzichte van een model met drie of vijf prestaties.

Wij adviseren om te kiezen voor een model met drie prestaties. De voornaamste redenen om drie (en niet vijf) prestaties te adviseren zijn (1) beperking van de productieprikkel, (2) eenvoud voor de verpleegkundige, en (3) lager risico op upcoding. Deze argumenten wegen voor ons zwaarder dan de lagere kostenhomogeniteit vergeleken met een model met vijf prestaties, vooral ook omdat het verschil in kostenhomogeniteit niet heel hoog is. We zien



wel dat er meer omzetverschuivingen tussen aanbieders optreden bij drie prestaties dan bij vijf (zie bijlage 7). Indien hier geen vangnet voor komt, kan dat een reden zijn om vijf prestaties te hanteren.

De definitie van de integrale prestaties op basis van zorgzwaarte (waarin uren zorg en deskundigheidsniveau zijn gecombineerd) heeft om een aantal redenen de voorkeur boven twee besproken alternatieven: (1) aparte prestaties met gescheiden intensiteits- en deskundigheidsniveaus en (2) indeling van prestaties op basis van patiëntgroepen. Argumenten hiervoor zijn uitgebreid uitgewisseld met de expert- en klankbordgroep:

1. Aantal uren zorg en deskundigheidsniveau van de zorgverlener geven samen uitdrukking aan *patiënt & case complexity*
  - De patiënt en case complexity zijn bepalend voor zowel het aantal uren zorg als het in te zetten deskundigheidsniveau van de zorgverlener. Case complexity heeft te maken met *de complexiteit van de medische problemen, de persoon met de ziekte, de kenmerken van de populatie en de complexiteit van het zorgstelsel/zorgsysteem*. Patiënt complexity heeft te maken met *het gelijktijdig optreden van problemen in verschillende domeinen, de manier waarop problemen elkaar beïnvloeden, een kwetsbaar evenwicht, onvoorspelbaarheid en passendheid van routines en richtlijnen*<sup>7</sup>.
  - Door deskundigheid van de zorg onderdeel te maken van de prestaties is ruimte voor de meer gespecialiseerde verpleegkundige handelingen.
2. De combinatie van uren zorg en deskundigheidsniveau in de parameter zorgzwaarte is beter toepasbaar dan aparte prestaties met gescheiden intensiteits- en deskundigheidsniveaus, want:
  - Bij aparte prestaties voor verschillende intensiteits- en deskundigheidsniveaus zijn tweemaal zoveel prestaties nodig voor dezelfde kostenhomogeniteit.
  - Aparte prestaties voor verschillende intensiteits- en deskundigheidsniveaus verhogen het aantal upcodingsmogelijkheden. Dit bemoeilijkt de handhaafbaarheid, omdat zorgverzekeraars op meerdere punten controles moeten uitvoeren (zie bijlage 5).
  - Aparte prestaties verkleinen het aantal patiënten per prestatie voor een individuele zorgaanbieder en verhogen daardoor het risico dat een aanbieder slechts een beperkt aantal patiënten behandelt waarvoor het tarief niet dekkend is dus leidt tot omzetschommelingen.
3. Prestatiedefinitie op basis van complexiteit van de zorgvraag is te verkiezen boven indeling op basis van patiëntgroepen (bijv. palliatieve patiënten, chronische patiënten, kwetsbare ouderen etc.)
  - Indelen van patiënten in groepen is complex omdat een patiënt in meerdere groepen kan vallen, omdat deze in vaak meerdere ziektebeelden heeft.

<sup>7</sup> Lambregts, J., Grotendorst, A., & Merwijk, C. van (2012) - Leren van de toekomst. Houten: Bohn Stafleu van Loghum



- Het zorggebruik binnen een patiëntengroep is niet homogeen, zo blijkt uit analyse van declaratiegegevens (loopt uiteen van weinig tot veel).
- Hoe meer patiëntgroepen, hoe meer risico op ruis in vergelijkingen tussen aanbieders door de kleinere aantallen per groep. Prestaties zijn daardoor snel instabiel en kunnen leiden tot grote verschillen tussen aanbieders. Bijvoorbeeld omdat een zorgaanbieder binnen een bepaalde categorie voornamelijk patiënten heeft met hoge zorgzwaarte.
- Patiëntgroepen zijn limitatief en bieden mogelijk geen ruimte voor te substitueren zorg vanuit de tweede lijn voor patiënten waarvoor geen groep is bepaald.

#### 5.3.4 Motivatie voor de duur van de prestaties

We adviseren een periode van vier weken te hanteren. Enerzijds omdat dit beter recht doet aan de zorg voor patiënten die kort zorg nodig hebben dan bijvoorbeeld een kwartaalprestatie en anderzijds omdat dit minder administratieve lasten met zich meebrengt dan een nog kortere periode, zoals bijvoorbeeld een dag.

Afleiding van de prestatie vindt plaats aan het eind van de periode op basis van de zorgzwaarte in die periode. Afleiding aan het einde van een periode sluit aan bij de circulaire aard van het indicatieproces en doet recht aan de zorg voor patiënten die niet de gehele periode in zorg zijn. Het vaststellen van een prestatie vooraf doet hier geen recht aan. Dan geldt de prestatie voor de gehele periode, ongeacht de duur of een verandering in zorgzwaarte.

Een andere optie die we hebben onderzocht is het hanteren van een dagtarief gebaseerd op de zorgzwaarte uit de indicatie. De declaratie is dan het aantal dagen dat een patiënt in zorg was met het bijbehorende dagtarief. Dit heeft als nadeel dat dit het bijhouden van 'start en stop' zorg vereist. Omdat dit een grotere administratieve last met zich meebrengt en gevoeliger is voor fouten, zoals vergeten de zorg stop te zetten in de registratie, adviseren wij afleiding aan het eind van een periode.

#### 5.3.5 Motivatie voor de uitzonderingen

We onderscheiden drie uitzonderingen die niet binnen de hierboven beschreven integrale prestaties passen:

##### 1. Patiënten met zeer hoge zorgzwaarte: vergoeding op uurbasis

- Vergoeding op uurbasis is geen ideale oplossing, maar deze oplossing is te verkiezen boven de andere oplossingsrichtingen, namelijk of een veel groter aantal prestaties of prestaties met een lage kostenhomogeniteit. Vooral de tweede oplossingsrichting zou als groot risico hebben dat het prestatietarief niet kostendekkend is voor de zorg die patiënten met hoge zorgzwaarte nodig hebben. Aparte bekostiging middels 3 prestaties met een tarief per uur voor de verschillende deskundigheidsniveau's (3, 4, 5 en hoger) biedt wel een kostendekkende vergoeding voor deze dure patiënten.

Deze maatregel verkleint het risico op onderbehandeling en garandeert zo passende zorg.

- Wij stellen de grens van meer dan twee uur zorg per dag om twee redenen voor: ten eerste is twee uur ongeveer het begin van 'de staart' van mensen die meer zorg krijgen, zo blijkt uit de huidige verdeling van zorg. Ten tweede is de grens ongeveer gelijk aan de ZZP met de meeste verpleging en verzorging, namelijk de intramurale ZZP 8 indicatie met 13,4 uur verpleging en verzorging per week. Wij vinden het onlogisch om een product te introduceren binnen de verpleging en verzorging waarin standaard meer zorg geleverd kan worden dan in de zwaarste intramurale ZZP binnen de Wlz, zeker als het patiënten betreft die langdurig in zorg zijn. De Wlz is namelijk geïntroduceerd om in de zorg voor de kwetsbaarste mensen te voorzien.
- Deze oplossing biedt flexibiliteit ten aanzien van het overgangsrecht voor en afbakening van de Wlz. Van de huidige omvang van 23.000 patiënten met zeer hoge zorgzwaarte zal een deel naar de Wlz overstappen. Het is in dit stadium echter nog onzeker hoe groot het aantal patiënten precies is dat hiervoor in aanmerking komt en ervoor kiest van dit recht gebruik te maken. Zie bijlage 6 voor meer detailinzichten in deze groep. Wanneer de zorg voor deze patiënten ondergebracht zou worden in de integrale prestaties, heeft de overstap naar de Wlz grote impact op de samenstelling en homogeniteit van de integrale prestaties, doordat een aanzienlijk deel van de patiënten dan wegvalt. Dan zouden de prijzen en grenzen van prestaties achteraf niet goed kloppen.

## 2. Verblijf bij intensieve kindzorg

- Om verblijf, vervoer en pedagogische ondersteuning bij intensieve kindzorg te bekostigen is er op dit moment een indirecte oplossing toegestaan: zorgaanbieders declareren uren PV en VP om deze kosten te dekken. Met aparte dagprestaties voor verblijf is de vergoeding beter afgestemd op de werkelijke kosten en is controle door zorgverzekeraars eenvoudiger. Daarbij is toekomstige integratie mogelijk met de nog te ontwikkelen beleidsregel kortdurend eerstelijns verblijf voor volwassen patiënten.
- Aparte prestaties voor verblijf overdag en verblijf 's nachts doen recht aan de verschillen in verblijf bij gespecialiseerde verpleegkundige kinderdagverblijven en kindershospices. De prestatie verblijf overdag krijgt een tarief per dagdeel dat de huisvestingscomponent, verzorgingskosten (incl. voeding), personeelskosten die niet samenhangen met directe zorgverlening en vervoerskosten dekt. De prestatie 's nachts krijgt een tarief per dagdeel dat huisvestingscomponent, verzorgingskosten (incl. voeding), personeelskosten die niet samenhangen met directe zorgverlening dekt.

### 5.3.6 Motivatie voor de aanvullende informatiestroom

Werken met integrale prestaties, waarbij de afleiding gebaseerd is op zorgzwaarte, betekent dat de prestaties geen details bevatten over de daadwerkelijke zorglevering per patiënt en de patiëntproblematiek. Aanvullende informatie in de declaratiestroom biedt

zorgverzekeraars en zorgaanbieders inhoudelijke aanknopingspunten om in gesprek te gaan over de zorg. Deze aanvullende informatie draagt bij aan een gezonde vertrouwensbasis tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars en voorkomt daarmee op termijn extra complexiteit in het stelsel door allerlei verschillende uitvragen van gegevens door individuele zorgverzekeraars met hogere administratieve lasten tot gevolg.

Voor 2016 ligt het voor de hand te beginnen met het opnemen van de geleverde uren en deskundigheidsniveaus in de declaratiestroom. Dit sluit aan bij de bestaande informatiestructuur en levert daardoor weinig extra administratieve lasten op. Vooruitkijkend is het essentieel om een relatie te kunnen leggen tussen interventies en uitkomsten. Hiervoor is eerst een eenheid van taal nodig, waarna verpleegkundige diagnose en interventies onderdeel van de declaratiestroom kunnen zijn.

## 5.4 Toetsing uitwerking aan beoordelingscriteria

In onderstaande tabel beoordelen we de uitwerking van segment 2 aan de hand van het toetsingskader.

| Criteria toetsingskader          | Beoordeling                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hanteerbaarheid                  | Met drie integrale zorgprestaties plus twee voor verblijf en vervoer bij kindzorg en een aparte oplossing voor 'outliers' is het aantal prestaties beperkt en overzichtelijk.                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Herkenbaarheid                   | De afleiding van de prestaties op basis van zorgzwaarte sluit aan op de verpleegkundige indicatiestelling en doet zo recht aan de patiëntsituatie (verpleegkundige diagnose, zelfstandigheid, mantelzorgnetwerk etc.).                                                                                                                                                                                                               |
| Volledigheid                     | Alle patiënttoewijsbare zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden krijgt een plaats in de prestaties (zie bijlage 3).                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Homogeniteit                     | De indeling op zorgzwaarte geeft de beste kostenhomogeniteit. Door een aparte oplossing te kiezen voor de patiënten met zeer hoge zorgzwaarte is het mogelijk om drie kostenhomogene prestaties te maken (zie bijlage 4).                                                                                                                                                                                                            |
| Stabiliteit                      | Het bekostigingssysteem is robuust voor veranderingen in de vraag en organisatie van de zorg, zoals een groei van ziekenhuisverplaatste zorg. Het is wel belangrijk om prijzen en grenzen van prestaties jaarlijks te herijken. De analyse op productiedata uit 2013 laat zien dat voor 90% van de zorgaanbieders de omzet stabiel (verandering <5%) blijft bij toepassing van het voorgestelde bekostigingssysteem (zie bijlage 7). |
| Administratieve lasten           | De administratieve lasten blijven beperkt door in de prestatieafleiding nauw aan te sluiten op de verpleegkundige indicatiestelling en door de aanvullende informatie uit de indicatie op te nemen in de declaratiestroom.                                                                                                                                                                                                           |
| Handhaafbaarheid                 | De aanvullende informatie stelt zorgverzekeraars in staat om gerichte controles uit te voeren op de geleverde productie.                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Samenwerking met andere domeinen | Niet van toepassing voor dit segment                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Systeemrisico's voor             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>patiënt</b>                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toegankelijkheid</li> </ul>                 | Een indeling in drie prestaties geeft adequate vergoeding voor het grootste deel van de zorg. De aparte vergoeding per uur voor patiënten met zeer hoge zorgzwaarte garandeert dat zorgaanbieders voor deze patiënten kostendekkend zorg kunnen leveren en voorkomt dat zij niet in zorg worden genomen.                                                                                                                                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keuzevrijheid</li> </ul>                    | De gekozen oplossing legt geen beperking op in de keuzevrijheid voor patiënten.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kwaliteit</li> </ul>                        | De aparte vergoeding per uur voor patiënten met zeer hoge zorgzwaarte garandeert dat zorgaanbieders voor deze patiënten kostendekkend kunnen leveren en beperkt de kans op eventuele onderbehandeling.                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Systeemrisico's aanbieders</b>                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruimte voor innovatie</li> </ul>            | Hantering van een klein aantal integrale prestaties geeft aanbieders een prikkel om innovaties in te zetten zodat de zorg binnen de prestaties kostendekkend te leveren is.                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonome positie</li> </ul>                 | Niet van toepassing voor dit segment                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integraliteit van werkzaamheden</li> </ul>  | Werken met integrale prestaties die alle patiëntgebonden zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, stimuleert integraliteit van werkzaamheden.                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Systeemrisico's verzekeraars</b>                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Juistheid van productieprikkels</li> </ul>  | De keuze voor prestatiebekostiging betekent per definitie dat een aanbieder beloond wordt voor productie. Door het hanteren van integrale prestaties is de beloning voor extra uren echter beperkt en verkleint daarmee de productieprikkel. Dit effect wordt versterkt door het kleine aantal prestaties.                                                                                                                                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mogelijkheid van substitutie</li> </ul>     | De keuze voor indeling op zorgzwaarte i.p.v. patiëntgroepen vergemakkelijkt substitutie uit de 2 <sup>e</sup> lijn. Het kan nu namelijk niet voorkomen dat substitutie van een patiëntgroep niet mogelijk is, omdat hiervoor geen nog geen passende prestatie voor is gedefinieerd. De aanwezigheid van een kostendekkende bekostiging voor alle soorten patiënten zorgt ervoor dat er ook geen financiële belemmeringen zijn voor substitutie. |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beperking risico op upcoding</li> </ul>     | Risico op upcoding is inherent aan de keuze voor integrale prestaties. Bij drie prestaties is het aantal upcodingsmogelijkheden echter beperkt en bovendien is er aanvullende informatie in de declaratiestroom die controle mogelijk maakt.                                                                                                                                                                                                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Concurrentie tussen verzekeraars</li> </ul> | Prestatiebekostiging biedt zorgverzekeraars de mogelijkheid zich van elkaar te onderscheiden door met verschillende aanbieders afspraken te maken en andere tarieven af te spreken.                                                                                                                                                                                                                                                             |

## 5.5 Draagvlak

### 5.5.1 Draagvlak voor aantal integrale prestaties

Binnen de klankbordgroep is er veel draagvlak voor integrale prestaties op zorgzwaarte. De klankbordgroep is wel verdeeld tussen de scenario's met drie en vijf integrale zorgprestaties. Een kleine meerderheid ondersteunt het voorkeursscenario van drie prestaties, onder de

randvoorwaarde dat er een adequate regeling komt die omzetverschuivingen veroorzaakt door de overstap op prestatiebekostiging compenseert. Voor een systeem met twee integrale prestaties voor patiëntgebonden zorg bestaat geen draagvlak binnen de klankbordgroep vanwege de lage kostenhomogeniteit.

Partijen die de voorkeur hadden voor drie prestaties gaven de volgende argumenten:

- Drie integrale prestaties is een hanteerbaar en overzichtelijk aantal.
- In een systeem met drie prestaties zijn de administratieve lasten het kleinst.
- Een systeem met drie prestaties verkleint het risico op upcoding.

Partijen met voorkeur voor vijf prestaties onderbouwen deze keuze met de volgende argumenten:

- Uit de analyse blijkt dat een systeem met vijf prestaties leidt tot de kleinste omzetschommelingen bij zorgaanbieders.
- In een systeem met vijf prestaties is het risico op onderbehandeling van patiënten met een hoge zorgvraag het kleinst.

#### 5.5.2 *Draagvlak voor uitzonderingen*

De klankbordgroep ziet in dat de grote verschillen tussen patiënten met zeer hoge zorgzwaarte vraagt om een aparte oplossing. Over de voorgestelde oplossing van bekostiging per uur zijn de meningen verdeeld. De helft van de partijen ziet hierin een werkbare oplossing, de andere helft vraagt zich af of dit systeem geen (onnodige) bureaucratie introduceert. Zij stellen voor een aanvullend onderzoek te starten naar hoe om te gaan met de groep zeer zware patiënten.

Alle partijen in de klankbordgroep staan achter het apart bekostigen van verblijf en vervoer bij intensieve kindzorg.

#### 5.5.3 *Draagvlak voor aanvullende informatiestroom*

Alle partijen in de klankbordgroep onderschrijven de noodzaak van uitwisseling van informatie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars aanvullend op de declaraties. Over de inhoud van deze informatiestroom lopen de meningen uiteen. Zorgaanbieders vinden dat geleverde uren en ingezette deskundigheid op patiëntniveau geen onderdeel van de declaratiestroom kunnen zijn, omdat in het onderhandelresultaat is afgesproken dat sturing en verantwoording op uitkomsten gaat plaatsvinden. Voor zorgverzekeraars is deze informatie randvoorwaardelijk omdat zij hiermee in detail inzicht kunnen krijgen in de zorglevering en de verschillen tussen aanbieders.

## 6. Uitwerking segment 3

### 6.1 Voorgestelde uitwerking op hoofdlijnen

Veldpartijen geven unaniem aan richting een systeem van uitkomstbekostiging te willen groeien. Segment 3 geeft invulling aan deze wens door veldpartijen de ruimte te bieden om samen af te spreken hoe deze gewenste resultaten eruit zien en deze apart te belonen. Daarnaast geven veldpartijen unaniem aan dat in segment 3 ruimte voor innovatie moet zijn. Innovatie kan bijvoorbeeld betrekking hebben op e-health of innovatie van de zorgketen.

Wij adviseren segment 3 te laten bestaan uit twee prestaties:

- Uitkomstbeloning verpleging & verzorging
- Zorgvernieuwing verpleging & verzorging

Zorgverzekeraars, aanbieders (brancheorganisaties en zorgverleners) en patiëntenorganisaties moeten samen een standaardset uitkomstindicatoren ontwikkelen voor de prestatie uitkomstbeloning. Dit is een meerjarentraject waarin Zorginstituut Nederland kan begeleiden.

In 2016 wordt in segment 3 begonnen met 0-10% van het totale budgettaire kader verpleging en verzorging. Startpunt is 0% voor uitkomstbeloning, als een aanbieder nu al verder wil gaan kan dat, maar het hoeft niet. De exacte omvang voor uitkomstbeloning en zorgvernieuwing per aanbieder is afhankelijk van de individuele afspraak tussen aanbieder en zorgverzekeraar.

Verzekeraars kunnen totdat de standaard indicatorenset beschikbaar is, niet eenzijdig bepalen welk deel van de beloning in segment 3 afhangt van uitkomsten. Het aandeel segment 3 zal in de volgende jaren verder groeien tot de gewenste verhouding tussen segment 2 en segment 3 bereikt is. Voor de klankbordgroep kwam het nu nog te vroeg om de toekomstige omvang van segment 3 vast te stellen.

### 6.2 Voorgestelde uitwerking op detailniveau

#### 6.2.1 Beschrijving prestaties

– Prestatie voor belonen op resultaten:

Binnen de prestatie 'uitkomstbeloning' ontvangen zorgaanbieders een variabele vergoeding afhankelijk van de behaalde resultaten; het gaat dus nadrukkelijk niet om structuur- of procesindicatoren. Zorgverzekeraars, aanbieders (brancheorganisaties en zorgverleners) en patiëntenorganisaties stellen gezamenlijk uniforme uitkomstindicatoren op. Zorgverzekeraars stellen in samenspraak met aanbieders vast welke indicatoren, uit de standaardset uitkomstindicatoren, per aanbieder hiervoor te

hanteren. Zo kan deze prestatie voor elke aanbieder passend ingevuld worden. Zorgverzekeraars hebben de vrijheid om te bepalen welk gewicht ze per indicator hanteren en welke scores ze honoreren. Hierbij hebben zorgverzekeraars rekenschap te geven aan de professionele norm.

De standaardset uitkomstindicatoren moet nog worden ontwikkeld. Verzekeraars kunnen totdat deze beschikbaar is, niet eenzijdig bepalen welk deel van de beloning afhangt van uitkomsten. Wel kunnen zorgverzekeraars met aanbieders die nu al willen starten met uitkomstbeloning gezamenlijk afspraken maken over de omvang van de beloning en de te hanteren indicatoren.

– Prestatie voor zorgvernieuwing:

Zorgaanbieders maken aanspraak op de prestatie ‘zorgvernieuwing’ wanneer zij investeren in de ontwikkeling van innovatieve middelen of behandelmethoden die aantoonbaar bijdragen aan betere zorgverlening. Innovatie kan bijvoorbeeld betrekking hebben op e-health of een innovatief idee voor zorg in de keten. De vergoeding geldt expliciet alleen voor de ontwikkelfase en experimentele inzet. Succesvolle innovaties worden op termijn onderdeel van de reguliere behandeling. Vanaf dat moment gaat de bekostiging over in de integrale zorgpakketten in segment 2. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten periodiek overeenkomen welke innovaties en/of behandelmethoden vallen onder de prestatie zorgvernieuwing.

## 6.2.2 *Proces voor ontwikkelen van indicatoren*

Om tot een gedragen en uniform meetbare set van uitkomstindicatoren te komen, moeten zorgverzekeraars, aanbieders (brancheorganisaties en zorgverleners) en patiëntenorganisaties deze samen ontwikkelen. Zorginstituut Nederland kan hierin een regierol vervullen. Gezien het belang van een zorgvuldige aanpak zal dit een meerjarentraject zijn. Het Zorginstituut Nederland schat in dat dit twee tot drie jaar gaat duren. De te ontwikkelen indicatoren moeten ‘beïnvloedbaar’ zijn door diegene die de zorg aanbiedt. In de ontwikkeling dient rekening gehouden te worden met de wens dat de te hanteren indicatoren constant blijven over een langere periode.

Om de overgang van productiebekostiging naar (gedeeltelijke) uitkomstbekostiging goed te laten verlopen, stellen wij een ingroeitraject voor. In 2016 zal voor segment 3 0-10% van het budgettair kader verpleging en verzorging beschikbaar zijn. In de daaropvolgende jaren, zodra indicatoren beschikbaar zijn, zal dit aandeel verder uitgebreid worden. Hierbij wordt toegewerkt naar de ‘stip op de horizon’ die de veldpartijen zich ter ambitie stellen.



## 6.3 Motivatie bij uitwerking segment 3

### 6.3.1 Motivatie bij beschrijving prestaties

- Prestatie voor belonen op resultaten:

De klankbord- en expertgroep zien graag dat er één prestatie voor het belonen op resultaten komt in plaats van nu al gescheiden prestaties voor verschillende thema's. Veldpartijen willen zich op dit moment nog niet committeren aan een voorkeur van thema's waarbinnen de indicatoren ontwikkeld gaan worden. Op het moment is er namelijk nog geen gezamenlijke indicatorenset bepaald en het traject voor het ontwikkelen van uitkomstindicatoren moet nog opstarten. Veldpartijen geven aan dat hieruit de thema's en bijbehorende indicatoren naar voren moeten komen. Aan het begin van het ontwikkeltraject bepalen de veldpartijen samen welke thema's de voorkeur hebben. Vanuit de expertgroep zijn reeds een aantal onderwerpen benoemd waarvoor ontwikkelen van uitkomstindicatoren relevant is. Dit zijn de volgende onderwerpen: klantbeleving, kostenontwikkeling, kwaliteit van zorg, kwaliteit van leven, substitutie van tweede naar eerste lijn en voorkomen van escalatie naar tweede lijn.

- Prestatie voor zorgvernieuwing:

Het ontwikkelen en testen van zorginnovaties kan aanzienlijke investeringen vergen van zorgaanbieders. Zelfs als de innovaties succesvol blijken kan het nog een aantal jaren duren voor de initiële investering is terugverdiend. Dit kan een financiële drempel opwerpen voor de realisatie van zorgvernieuwing. De prestatie zorgvernieuwing neemt deze drempel gedeeltelijk weg en heeft zo een katalyserende werking op het tempo van innovatie in de verpleging en verzorging.

### 6.3.2 Motivatie voor het proces voor ontwikkelen van indicatoren

Veldpartijen geven aan dat de bestaande indicatoren (CQ-index, ZI-indicatoren) onvoldoende zeggingskracht hebben voor goede uitkomstbekostiging. Ontwikkelen van een nieuwe set indicatoren vergt waarschijnlijk tijd. Deze tijd moet zeker worden genomen aangezien er bij een overhaaste ontwikkeling een groter risico op een van onderstaande risico's is:

- Onvoldoende draagvlak / consensus voor de ontwikkelde indicatoren
- Ontwikkelde indicatoren zijn lastig uniform te meten
- Indicatoren zijn onvoldoende specifiek voor bepaalde patiëntgroepen
- Indicatoren zijn eenvoudig te manipuleren

Door een ingroeitraject te hanteren is er ruimte voor het realiseren van de vereiste mentaliteitsomslag bij patiënt, zorgprofessional, zorgaanbieders en verzekeraars waar bekostiging op resultaten mee gepaard gaat.



## 6.4 Toetsing uitwerking aan beoordelingscriteria

In onderstaande tabel beoordelen we de uitwerking van segment 3 aan de hand van het toetsingskader.

| Criteria toetsingskader                                              | Beoordeling                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hanteerbaarheid                                                      | De uiteindelijke herkenbaarheid van segment 3 is vooral afhankelijk van het aantal te ontwikkelen indicatoren en de mate waarin ze de mogelijkheid beiden om recht te doen aan verschillen in patiëntenpopulaties tussen zorgaanbieders.                                                                                                                                                                        |
| Herkenbaarheid                                                       | Segment 3 is herkenbaar omdat het invulling geeft aan de breed gedragen wens om te belonen op uitkomsten. De te ontwikkelen indicatoren zijn bepalend voor de uiteindelijke herkenbaarheid van segment 3.                                                                                                                                                                                                       |
| Volledigheid                                                         | Niet van toepassing voor dit segment.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Homogeniteit                                                         | Niet van toepassing voor dit segment.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Stabiliteit                                                          | De introductie van uitkomstbekostiging verkleint de vaste vergoeding voor de geleverde zorg en leidt zo tot minder stabiliteit in de omzet. Dit kan op termijn leiden tot een verkleining van het aantal zorgaanbieders, maar zorgt er wel voor dat juist de best scorende aanbieders overblijven.                                                                                                              |
| Administratieve lasten                                               | Administratieve lasten zijn vooral afhankelijk van het aantal te ontwikkelen indicatoren en de mate waarin deze aansluiten op de bestaande verpleegkundige processen.                                                                                                                                                                                                                                           |
| Handhaafbaarheid                                                     | Beloning op uitkomsten vergroot de handhaafbaarheid van het systeem door het verkleinen van de productieprikkel. Aandachtspunt is dat er tijd nodig is om overeenstemming te bereiken over de te hanteren indicatoren en uniforme meetbaarheid. Overhaaste ingroei in S3 kan ten koste gaan van de zorgvuldigheid en heeft juist een belemmerend effect op de handhaafbaarheid                                  |
| Samenwerking met andere domeinen                                     | S3 kan worden ingezet om samenwerking met andere domeinen te belonen. Dit effect wordt versterkt wanneer de ontwikkeling van S3 (gedeeltelijk) samen opgaat met uitkomstenbeloning in de huisartsenbekostiging en de WMO.                                                                                                                                                                                       |
| <b>Systeemrisico's voor patiënt</b>                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toegankelijkheid</li> </ul> | Beloning van screeningstaken via S3 heeft een versterkend effect op de poortwachtersfunctie van de wijkverpleegkundige. Dit kan de toegankelijkheid vergroten, met name voor kwetsbare doelgroepen die de weg naar de zorgverlener eigenhandig niet goed weten te vinden.                                                                                                                                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keuzevrijheid</li> </ul>    | Uitkomstbekostiging leidt tot meer inzicht in kwaliteit. In eerste instantie vooral bij de zorgverzekeraar, maar uiteindelijk ook bij de patiënt. Hierdoor krijgen patiënten meer te kiezen en zijn ze zich ook bewuster waar ze voor kiezen. Tegelijkertijd kan uitkomstbekostiging het aantal aanbieders beperken waar patiënten uit kunnen kiezen, omdat niet alle aanbieders goed scoren op de indicatoren. |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kwaliteit</li> </ul>        | Het directe doel van uitkomstenbekostiging is de kwaliteit van de geleverde zorg te verhogen. Om dit doel te realiseren is het van belang om een sterke financiële prikkel aan S3 te verbinden en ambitieus te zijn in de uiteindelijke verhouding S2/S3.                                                                                                                                                       |
| <b>Systeemrisico's</b>                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

| aanbieders                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Ruimte voor innovatie</li> </ul>                    | De aparte prestatie voor zorgvernieuwing is een sterke stimulans voor innovatie door aanbieders tegemoet te komen in ontwikkelkosten. Daarnaast biedt de prestatie uitkomstbeloning de gelegenheid om innovatie te belonen wanneer deze leidt tot betere resultaten.                                                                                                                                                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Autonome positie</li> </ul>                         | De verpleegkundigen en verzorgenden krijgen een stem in de te ontwikkelen uitkomstindicatoren. Zij kunnen zo zorgen dat de indicatoren nauw aansluiten bij de verpleging en verzorging in zijn volle omvang.                                                                                                                                                                                                                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Integraliteit van werkzaamheden</li> </ul>          | Niet van toepassing voor dit segment.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Systeemrisico's verzekeraars                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Juistheid van productieprikkels</li> </ul>          | Het directe doel van uitkomstenbekostiging is om de nadruk te verleggen van het leveren van productie naar het behalen van resultaat. De uiteindelijke ambitie in de budgettaire verhouding S2/S3 zal bepalend zijn voor de mate waarin deze verschuiving gerealiseerd wordt.                                                                                                                                                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Mogelijkheid van substitutie</li> </ul>             | S3 biedt de ruimte voor het belonen van substitutie van 2 <sup>e</sup> naar 1 <sup>e</sup> lijn en van 1 <sup>e</sup> naar 0 <sup>e</sup> lijn. De financiële ruimte in S3 en de te ontwikkelen indicatoren zijn bepalend voor de stimulans om substitutie te realiseren.                                                                                                                                                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Beperking risico op upcoding</li> </ul>             | Een groter budgettair aandeel S3 verkleint de prikkel tot upcoding. Aanbieders krijgen dan een kleiner deel van hun vergoeding op basis van de prestatie waarin een patiënt valt en een groter deel op basis van behaalde resultaten. Het uiteindelijke effect is afhankelijk van de nog vorm te geven ambitie in de verhouding S2/S3. Daarnaast biedt S3 ruimte om specifieke indicatoren te ontwikkelen die upcoding tegengaan. |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Mogelijkheid tot onderlinge concurrentie</li> </ul> | Segment 3 biedt zorgverzekeraars voldoende mogelijkheden om zich te onderscheiden in hun inkoopbeleid. Ze kunnen in de onderhandeling met zorgaanbieders vormgeven welk gewicht per indicator te hanteren en welke scores te honoreren.                                                                                                                                                                                           |

## 6.5 Draagvlak

Alle veldpartijen geven aan dat in segment 3 ruimte moet zijn voor het bekostigen van uitkomsten en innovatie. Alle partijen geven aan dat het ontwikkelen van uitkomstindicatoren tijd kost. Men geeft ook unaniem aan dat zorgverzekeraars, aanbieders (brancheorganisaties en zorgverleners) en patiëntenorganisaties deze indicatoren samen moeten ontwikkelen, waarbij het moet gaan om uitkomstindicatoren. De meningen lopen echter uiteen of voor bekostiging op uitkomsten in 2016 al ruimte moet zijn of dat dit pas kan komen zodra de indicatoren ontwikkeld zijn.

Drie veldpartijen zetten in op langzaam opbouwen en geleidelijk doorontwikkelen, waarbij te starten op 0% ruimte voor resultaatbeloning. De andere vier geven aan graag een ambitieuzere start te hebben en te willen starten op 5 of 10%.

Ons voorstel is daarom om in 2016 in segment 3 te beginnen met 0-10% van totale budget voor verpleging en verzorging en zodra uitkomstindicatoren beschikbaar zijn door te groeien. Startpunt is 0%, waarbij de exacte omvang per aanbieder afhankelijk is van de individuele afspraak tussen aanbieder en zorgverzekeraar. Verzekeraars kunnen niet eenzijdig bepalen welk deel van de beloning afhangt van uitkomsten, totdat de indicatorenset beschikbaar is.

## 7. Samenhang tussen segmenten

We geven hier aan hoe het beschikbare budget te verdelen over de drie segmenten en lichten een impactanalyse van het nieuwe bekostigingsmodel toe.

### 7.1 Omvang per segment

#### 7.1.1 Omvang segment 1

De tijd die een wijkverpleegkundige voor wijkgerichte activiteiten nodig heeft, bepaalt de omvang van segment 1. Meer en andere activiteiten zijn nodig in een wijk met veel ouderen en een lage sociaal economische klasse dan in een wijk met overwegend jongeren in een hoge sociaal economische klasse. De benodigde activiteiten en daarmee de omvang van segment 1 zijn dus afhankelijk van de omvang en opbouw van de bevolking.

De klankbordgroepleden zijn het erover eens dat empirisch onderzoek naar de activiteiten en daarvoor benodigde tijd de enige methode is om de omvang van segment 1 te bepalen. Gezien de nieuwe vormgeving van wijkgebonden taken in segment 1 is het lastig vooraf in te schatten hoeveel geld er precies nodig is. Er is in een beperkt aantal gemeentes ervaring opgedaan met het wijkgericht werken. Kwantitatieve gegevens zijn nog schaarser. Het NIVEL-onderzoek<sup>8</sup> naar Zichtbare Schakels in de regio Den Haag is het enige onderzoek dat de inzet van wijkverpleegkundigen voor segment 1-taken differentieert naar type wijken. Extrapolatie<sup>9</sup> van de benodigde zorg per type wijk op basis van de bevindingen uit dit onderzoek naar landelijk niveau zou een totale benodigde omvang van segment 1 geven van 60-80 miljoen euro.

We zijn ons er van bewust dat de Zichtbare Schakels verschillen in aanpak en opzet, waardoor extrapolatie niet direct opgaat. Toch willen we deze extrapolatie gebruiken als eerste inschatting van de benodigde financiële omvang van segment 1. V&VN houdt op het moment een uitvraag onder haar leden; dit biedt een tweede benadering voor de omvang van segment 1. Ook bij de uitvraag door V&VN geldt de kanttekening dat slechts een beperkt aantal verpleegkundigen ervaring heeft met wijkgericht werken.

VWS hanteert een ingroeitraject voor de omvang van segment 1 de komende jaren. 2015 moet uitwijzen of de bevindingen in de regio Den Haag en de uitkomsten van de V&VN uitvraag opgaan. Een goede monitoring is daarom essentieel.

<sup>8</sup> Nivel, Prozorg (2014) - De benodigde capaciteit voor niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige taken? - een wijkanalyse in Den Haag

<sup>9</sup> Uit het NIVEL onderzoek blijkt dat de SCP-statusscore van een wijk veruit de meest bepalende factor is voor het gebruik van niet-cliënt toewijsbare wijkverpleegkundige zorg. Voor een lage, middel en hoge SCP-statusscore is het aantal FTE wijkverpleegkundige per 10.000 inwoners bepaald. Voor de extrapolatie is elke wijk in Nederland ingedeeld naar deze SCP-statuscores en het aantal inwoners vermenigvuldigd met de benodigde FTE's.

### 7.1.2 Omvang segment 2&3

Het aantal patiënten, de omvang van de zorg die bij hen is geïndiceerd en de duur dat zij in zorg zijn, bepalen de omvang van segment 2. De kostendragers voor segment 2 zijn het aantal geïndiceerde uren zorg en de daarbij benodigde deskundigheid. Nu zijn er ongeveer 600 concerns actief die jaarlijks zorg leveren voor 400.000 patiënten.

Een uitzondering geldt voor verblijf in de intensieve kindzorg. De omvang is afhankelijk van het aantal patiënten en het aantal dagdelen dat zij intern verblijven. De kostendragers voor verblijf zijn de huisvestingscomponent, de verzorgingskosten (inclusief voeding), de personeelskosten die niet samenhangen met directe zorgverlening en de vervoerskosten. VWS heeft voor gespecialiseerde verpleegkundig kinderdagverblijven en kinderspices een lijst met 21 zorgaanbieders samengesteld, die de indicaties met verblijf en vervoer kunnen verzilveren.

De omvang van segment 2 en 3 hangen direct met elkaar samen. Ons voorstel is een ingroeitraject te hanteren voor de bekostiging van segment 3. Voor 2016 is 0-10% van segment 2 beschikbaar voor belonen van uitkomsten en zorgvernieuwing in segment 3. Zorgverzekeraar en zorgaanbieder moeten samen individuele afspraken maken over het gewenste percentage. Vanaf 2016 bouwt het beschikbare bedrag in segment 3 steeds verder uit naar een heldere 'stip op de horizon' die de veldpartijen zich ter ambitie stellen. Randvoorwaarde voor deze ingroei is de beschikbaarheid van de set van uitkomstindicatoren. Deze moeten zorgverzekeraars, aanbieders (brancheorganisaties en zorgverleners) en patiëntenorganisaties gezamenlijk gaan ontwikkelen. De groei van segment 3 gaat ten koste van de omvang van segment 2.

### 7.1.3 Optimale verhouding tussen segmenten

Het is lastig om vooraf in te schatten hoeveel geld er precies nodig is voor segment 1, omdat er nog beperkt ervaring is opgedaan met wijkgericht werken. De omvang van segment 1 moet in ieder geval voldoende zijn om de wijkgerichte taken te bekostigen en daarmee de verbinding tussen het medische en sociale domein te leggen. 2015 moet uitwijzen of de dan beschikbare 40 miljoen euro voldoende is. Uitgaande van de bevindingen in Den Haag lijkt eerder 60-80 miljoen euro nodig. Dit komt neer op 2-3% van het budgettair kader verpleging en verzorging.

Voor segment 3 komt het voor veel partijen nog te vroeg om de stip op de horizon te zetten waar segment 3 naartoe moet groeien. Wil de transitie van het belonen van verrichtingen naar het belonen van (gezondheids)uitkomsten slagen dan moet een substantieel deel van de inkomsten van een aanbieder uitkomstgerelateerd zijn. Het Zorginstituut Nederland geeft aan dat een ontwikkeltraject voor uitkomstindicatoren 2 tot 3 jaar gaat duren. Als wij ervan uitgaan dat partijen in 2015 starten met het ontwikkelen, dan zijn uiterlijk in 2018 de indicatoren gereed. Wil uitkomstbeloning effect gaan hebben, dan moet segment 3 een

substantiële omvang hebben zodat aanbieders de inkomsten uit dit segment echt nodig hebben. Bijvoorbeeld een percentage van 20% van het budgettair kader in 2020.

## 7.2 Impactanalyse

In de hoofdstukken die aan elk segment zijn gewijd, beoordelen we reeds de impact aan de hand van het beoordelingskader. In deze impactanalyse lichten we de dynamiek tussen de segmenten, de prikkels in het model, het risico op overschrijdingen en de fraudegevoeligheid toe.

### 7.2.1 Dynamiek tussen segmenten

De wijkverpleegkundige is, net als de huisarts, de eerste toegang tot professionele zorg en de verbindende schakel tussen zorgvragers en zorgaanbieders binnen het sociale en medische domein. De wijkverpleegkundige voert collectieve (wijk)taken uit die niet toewijsbaar zijn aan een individuele verzekerde. Goede uitvoering van de segment 1-activiteiten zal enerzijds door verbetering van de gezondheid in de wijk resulteren in minder formele zorg (segment 2) en anderzijds juist instroom naar segment 2 genereren doordat wijkverpleegkundigen ruimte hebben om zorgvragen te signaleren.

Segment 3 zorgt ervoor dat het mogelijk wordt op uitkomsten te gaan sturen en verantwoorden. Door de juiste uitkomstindicatoren te ontwikkelen kan segment 3 de kwaliteit en doelmatigheid van de activiteiten in zowel segment 1 als in segment 2 stimuleren.

### 7.2.2 Prikkels in de bekostiging

In het nieuwe bekostigingsmodel brengt elke segment bepaalde prikkels met zich mee: populatiebekostiging voor segment 1, integrale prestaties in segment 2 en prestaties voor uitkomstbeloning in segment 3. Hieronder lichten we de prikkels per bekostigingsvorm toe:

- Populatiebekostiging

De keuze voor populatiebekostiging voor segment 1 voorkomt dat aanbieders een productieprikkel hebben voor wijkgericht werken. Dit heeft echter als risico dat aanbieders onvoldoende investeren in wijkgericht werken. Daarnaast kan een aanbieder financieel voordeel behalen als deze adequaat samenwerkt en zo kosten bespaart. Tegelijkertijd is het een risico dat een aanbieder deze besparingen via andere domeinen ook kan realiseren door afwenteling. Een ander risico, doordat aanbieders niet bekostigd worden op de geleverde zorg, is dat zij zorg buiten het Zvw-domein leveren.

Indien zorgverzekeraars besluiten om segment 1 gezamenlijk in te kopen via een volgmodel, bestaat er een prikkel dat zorgverzekeraars deze zorg niet of niet

adequaats zullen inkopen. Kortom: er kunnen zorgverzekeraars zijn die de rest niet volgen en mogelijk geen segment 1 zorg inkopen in een wijk. Wij beoordelen dit risico minder zwaar dan het niet hebben van concurrentie tussen zorgverzekeraars, aangezien de zorgverzekeraar sowieso een zorgplicht heeft.

Bij de voorgestelde inrichting van populatiebekostiging liggen de uitgaven van de verzekeraar (grotendeels) vast, zodat deze mogelijk een beperkte prikkel heeft om nauwkeurig toe te zien op de geleverde zorg.

#### – Integrale prestaties

Het introduceren van integrale prestaties met een gemiddeld tarief betekent dat een zorgaanbieder een vast bedrag ontvangt voor de te leveren zorg waarbinnen de zorgverlener naar eigen inzicht kan handelen. Dit belooft om patiënten in zorg te nemen, maar integrale prestaties belonen beperkt extra uren en verkleinen daarmee de productieprikkel. De zorgaanbieder heeft daardoor een financieel belang om de zorg zo doelmatig en efficiënt mogelijk in te zetten. Dit stimuleert aanbieders om innovaties in te zetten zodat de zorg binnen de prestaties kostendekkend te leveren is.

Het tarief voor de prestaties is een gemiddelde. Dit houdt automatisch in dat er patiënten zijn die meer kosten dan het gemiddelde. Dit brengt een risico op onderbehandeling met zich mee. Daarnaast kan risicoselectie optreden. Dit betekent dat aanbieders een prikkel hebben om patiënten met een hogere zorgzwaarte dan gemiddeld in de prestatie niet in zorg te nemen. Wij denken dat deze risico's op te vangen zijn door in segment 3 uitkomstindicatoren voor kwaliteit te hanteren.

Een prikkel tot upcoding is inherent aan de keuze voor integrale prestaties. Bij drie prestaties is het aantal upcodingsmogelijkheden echter beperkt en bovendien is er aanvullende informatie in de declaratiestroom die controle mogelijk maakt. Daarnaast verkleint een groter budgettaandeel segment 3 de prikkel tot upcoding. Aanbieders krijgen dan een kleiner deel van hun vergoeding op basis van de prestatie waarin een patiënt valt en een groter deel op basis van behaalde resultaten.

#### – Uitkomstbeloning

De prestatie voor belonen op uitkomsten biedt een stimulans voor verbeteren van de kwaliteit en doelmatigheid, afhankelijk van de te ontwikkelen indicatoren. De aparte prestatie voor zorgvernieuwing is een sterke stimulans voor innovatie door aanbieders tegemoet te komen in ontwikkelkosten. Daarnaast biedt de prestatie uitkomstbeloning de gelegenheid om innovatie te belonen wanneer deze leidt tot betere resultaten.

### 7.2.3 *Risico op overschrijdingen*

Bij de voorgestelde inrichting van segment 1 (een bedrag per verzekerde per jaar) liggen de uitgaven van de verzekeraar (grotendeels) vast, zodat een risico op overschrijding volgens ons erg klein is.

In segment 2 heeft dit model een risico op macro-volumegroei. Wij onderscheiden de volgende risico's:

- Voor een zorgaanbieder is het in segment 2 lucratief om meer patiënten te behandelen. Dit is inherent aan elke vorm van prestatiebekostiging.
- Verpleegkundigen niveau 5 gaan zelf indiceren en bepalen daarmee de intensiteit en duur van de zorg en daarmee de te leveren prestatie. Het is een risico dat de indicaties ruimer worden gesteld dan noodzakelijk.
- Er bestaat een risico op upcoding, waarbij zwaardere zorg geleverd en gedeclareerd wordt dan noodzakelijk door de aanbieder.

Daarnaast is de extramuralisering in de AWBZ en GGZ een ontwikkeling die van invloed kan zijn op de macrokosten. Hierdoor komen in potentie meer patiënten in extramurale zorgvormen terecht, hetgeen leidt tot meer volume en daardoor hogere uitgaven. Dit risico wordt nog eens versterkt door het feit dat patiënten in de Zvw geen eigen bijdrage meer betalen maar wel in de Wlz. Het kan voor mensen dus geld schelen om zorg vanuit de Zvw vergoed te krijgen in plaats van de Wlz.

### 7.2.4 *Fraudegevoeligheid van het model*

Bij populatiebekostiging is de volumeprikkel bij de aanbieder laag tot afwezig, wat ook de neiging tot creatief declareren vermindert.

In segment 2 bepaalt de aanbieder de intensiteit/duur van de zorg en daarmee de te leveren prestatie. Een risico op fraude of ongepast gebruik kan ontstaan als de verpleegkundige niet goed in staat is de indicerende rol te vervullen. Er bestaat dan een risico op upcoding of niet correct declareren (te hoog tarief declareren) door de aanbieder.

Het risico op fraude in segment 3 is afhankelijk van hoe de meting van de uitkomstindicatoren wordt ingericht. Als aanbieders zelf de scores invullen, bestaat er een risico dat dit niet correct gebeurt.



## Bijlage 1: Getoetste scenario's per segment

In de eerste klankbordgroep zijn de uit te werken scenario's bepaald. Voor segment zijn de volgende scenario's bepaald:

- Scenario 1: Elke aanbieder die S2 levert, levert ook S1. Zorgverzekeraars contracteren S1 bij alle aanbieders die S2 leveren. Het is dus in principe niet mogelijk dat een aanbieder alleen S2 levert.
- Scenario 2: Elke aanbieder die S1 levert, levert ook S2. Zorgverzekeraars contracteren S2 bij aanbieders die S1 leveren. Het is dus mogelijk dat een aanbieder alleen S2 levert. Het is niet mogelijk dat een aanbieder alleen S1 levert.
- Scenario 3: Geen aparte afspraak voor S1, bekostiging via S3. Zorgverzekeraars contracteren S2 en S3. Er komt geen aparte afspraak voor S1. S1 is te bekostigen via populatiegerichte indicatoren in S3.
- Scenario 4: Geen aparte afspraak voor S1, integraal S1/S2. Zorgverzekeraars contracteren S2 en S3. Er komt geen aparte afspraak voor S1. S1 zit versleuteld in S2. Bekostiging van de S1 werkzaamheden kan middels een opslag op de tarieven van S2.

Voor segment 2 was het voorstel om prestaties in te delen op zorgzwaarte en hiervoor de volgende scenario's verder uit te werken:

- Twee prestaties ingedeeld op zorgzwaarte, bestaande uit intensiteit en complexiteit.
- Drie prestaties ingedeeld op zorgzwaarte, bestaande uit intensiteit en complexiteit.
- Vijf prestaties ingedeeld op zorgzwaarte, bestaande uit intensiteit en complexiteit.

Voor segment 3 zijn de volgende scenario's uitgewerkt:

- Scenario 1: Starten op 0%. Ingroeien zodra indicatoren in gezamenlijkheid zijn ontwikkeld onder regie van Zorginstituut Nederland.
- Scenario 2: Starten op 5% en doorgroeien. Totdat indicatoren in gezamenlijkheid zijn ontwikkeld onder regie van Zorginstituut Nederland hanteren verzekeraars een beperkte set procesindicatoren.
- Scenario 3: Starten op 10% en doorgroeien. Totdat indicatoren in gezamenlijkheid zijn ontwikkeld onder regie van Zorginstituut Nederland hanteren verzekeraars een beperkte set procesindicatoren.

## Bijlage 2: Beoordelingskader

In samenspraak met de NZa en de expert- en klankbordgroep is onderstaand toetsingskader met criteria waarop de voorgestelde uitwerking van het 3-segmentenmodel beoordeeld is.

| Criterium                        | Omschrijving                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hanteerbaarheid                  | Aantal zorgproducten, dat gedeclareerd en geregistreerd wordt en waarover onderhandeld kan worden tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, dient beperkt en overzichtelijk te zijn.                                                                     |
| Herkenbaarheid                   | Zorgproducten dienen vanuit een verpleegkundig perspectief identificeerbaar te zijn.                                                                                                                                                                      |
| Volledigheid                     | Alle componenten van zorg die onder de aanspraak verpleging en verzorging vallen, dienen verwerkt te zijn in de zorgproducten.                                                                                                                            |
| Homogeniteit                     | Verschillen in kosten tussen patiënten met dezelfde prestatie dienen beperkt te zijn. Verschillen in kosten tussen patiënten met verschillende prestaties dienen substantieel te zijn.                                                                    |
| Stabiliteit                      | Nieuwe zorgproducten dienen uniform toepasbaar te zijn ten opzichte van voorgaande jaren en financiële effecten als gevolg van eventuele wijzigingen dienen transparant en verklaarbaar te zijn.                                                          |
| Administratieve lasten           | Administratieve lasten voor het werken met en onderhandelen over zorgproducten dienen zo beperkt mogelijk te blijven.                                                                                                                                     |
| Handhaafbaarheid                 | Informatie over zorglevering en triage moet mogelijk maken dat zorgverzekeraars op effectieve wijze (materiële en formele) controles kunnen uitvoeren op de declaraties van zorgaanbieders.                                                               |
| Samenwerking met andere domeinen | Bekostigingsmodel dient samenwerking met gemeentelijk en huisartsen domein mogelijk te maken.                                                                                                                                                             |
| Systeemrisico's voor patiënt     | Bekostigingsmodel dient zodanig te zijn opgebouwd en onderbouwd dat toegankelijkheid, keuzevrijheid, continuïteit en kwaliteit geborgd worden.                                                                                                            |
| Systeemrisico's aanbieders       | Bekostigingsmodel dient autonome positie van de verpleegkundige naast de huisarts en de integraliteit van haar werkzaamheden te borgen, daarnaast ruimte voor innovatie te bieden.                                                                        |
| Systeemrisico's verzekeraars     | Om de macrobeheersbaarheid te borgen dienen zorgproducten de juiste productieprijken te geven, substitutie (2 <sup>e</sup> lijn -> 1 <sup>e</sup> lijn & 1 <sup>e</sup> lijn -> 0 <sup>e</sup> lijn) mogelijk te maken en risico op upcoding te beperken. |

### Bijlage 3: Datavolledigheid

Voor de analyses zijn datasets van CAK en Vektis gebruikt. Deze datasets bevatten voor de jaren 2012 en 2013 alle gedeclareerde uren extramurale verpleging en verzorging (PV, VP, PV speciaal, VP speciaal, PV extra, VP extra, AIV (voor zover per uur gedeclareerd) die tot 1-1-2015 nog onder de AWBZ vallen. Door met deze datasets te werken en niet met CIZ indicaties kunnen we het precieze zorggebruik per patiënt analyseren. De CIZ indicaties zouden alleen een grof beeld geven, omdat ze in de praktijk niet volledig gebruikt worden (30-50% wordt niet werkelijk geleverd).

De in 2012-2013 gedeclareerde uren verpleging en verzorging sluiten echter niet één-op-één aan op het budgettair kader verpleging en verzorging in 2016. Om hierbij toch zo goed mogelijk aan te sluiten hebben wij een correctie uitgevoerd voor de volgende effecten:

- a) Toevoeging van MSVT aan de extramurale verpleging en verzorging
- b) Toevoeging van begeleiding bij palliatieve zorg aan extramurale verpleging en verzorging
- c) Instroom van extra patiënten door extramuralisering van ZZP 1 tot en met 4

In de bijlage werken we deze correcties in detail uit.

*a) Toevoeging van MSVT aan de extramurale verpleging en verzorging*

Medisch Specialistische Verpleging Thuis (MSVT) valt op dit moment al onder de Zvw. Door de overheveling van de extramurale verpleging en verzorging uit de AWBZ vallen beide nu onder dezelfde aanspraak. Om een goede inschatting te kunnen maken van de zorg die in elke prestatie valt moet MSVT hierin dus ook meegenomen worden.

In het 'Onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging' is voor MSVT in 2016 een jaarlijks budget van 60 miljoen euro opgenomen. Dit bedrag hebben wij als uitgangspunt genomen.

*b) Toevoeging van begeleiding bij palliatieve zorg aan extramurale verpleging en verzorging*

Patiënten in de palliatief terminale fase hebben vaak 24 uur per dag zorg nodig. Op dit moment mag men ook begeleiding declareren, omdat de maximaal te declareren uren PV en VP niet voldoende werden geacht om de kosten te dekken. Dit is dus begeleiding die eigenlijk verpleging en verzorging is en die dus ook meegenomen moet worden in de prestaties. De Vektis en CAK dataset bevatten geen patiënttypering. Daarom is het niet mogelijk om alle palliatief terminale patiënten in deze datasets te selecteren en analyseren. Om toch een inschatting te kunnen maken van gemiddeld zorggebruik van palliatief terminale patiënten en zo de extra uren begeleiding te kunnen toekennen, hebben we onderstaande benadering gehanteerd.

We hebben palliatief terminale patiënten geïdentificeerd in de CAK data aan de hand van twee criteria:

- Patiënten die verpleging, verzorging en begeleiding krijgen

- Patiënten waarvan de zorg binnen drie maanden na het peilmoment beëindigd is

Deze selectiecriteria doen recht aan de kenmerken van palliatief terminale zorg dat hierin uren PV, VP en BG gedeclareerd worden en dat deze kortdurend is. Wel benadrukken we dat deze methode een benadering blijft.

c) *Instroom van extra patiënten door extramuralisering van ZZP 1 tot en met 4*

Een laatste ontwikkeling met aanzienlijke impact op de omvang van de extramurale verpleging en verzorging in 2016 is de extramuralisering van de lichte ZZP's (1-4). Deze is vanaf 2013 al ingezet voor ZZP 1 en 2, maar wordt in de volgende jaren steeds verder uitgebouwd. De impact in 2013 en 2014 is nog beperkt, maar voor 2015 en 2016 zal dit extra volume in de wijkverpleging snel groeien. In het onderhandelaarsresultaat<sup>10</sup> is voor 2015 264 miljoen euro opgenomen voor zorg in natura, voor 2016 is dit 424 miljoen euro.

De inschatting van de impact de extramuralisering van lichte ZZP's is gebaseerd op de raming van VWS van het aantal cliënten dat valt onder langer thuis wonen (zie tabel 1). Hierbij zijn we er vanuit gegaan dat de aantallen cliënten steeds aan het eind van het jaar gerealiseerd zijn (dus: eind 2013 zijn er 550 cliënten die intramuraal ZZP1 (VV) zouden hebben, maar nu langer thuis wonen). Vervolgens is op basis van het aantal uren verpleging en verzorging per ZZP<sup>11</sup> bepaald hoeveel uren deels overgaan naar de aanspraak verpleging en verzorging.

<sup>10</sup> Onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging - Bijlage 1 bij brief 355051-119080-HLZ

<sup>11</sup> Bron: NZa - Onderbouwing aantal uren (direct en indirect cliëntgebonden) per week per zorgzwaartepakket

Tabel 1. Raming aantal cliënten dat valt onder langer thuis wonen<sup>12</sup>. Aantallen cliënten zijn gemiddelden per jaar.

| ZZP            | Aantal cliënten raming VWS |      |       |       | Aantal cliënten jaargemiddelde |      |       |       |
|----------------|----------------------------|------|-------|-------|--------------------------------|------|-------|-------|
|                | 2013                       | 2014 | 2015  | 2016  | 2013                           | 2014 | 2015  | 2016  |
| VV 1           | 1100                       | 3500 | 5800  | 7000  | 550                            | 2300 | 4650  | 6400  |
| VV 2           | 3000                       | 9000 | 15100 | 18100 | 1500                           | 6000 | 12050 | 16600 |
| VV 3           | 0                          | 3000 | 9400  | 15600 | 0                              | 1500 | 6200  | 12500 |
| VV 4           | 0                          | 0    | 0     | 2000  | 0                              | 0    | 0     | 1000  |
| VG 1           | 100                        | 200  | 400   | 600   | 50                             | 150  | 300   | 500   |
| VG 2           | 200                        | 700  | 1200  | 1600  | 100                            | 450  | 950   | 1400  |
| VG 3           | 0                          | 0    | 300   | 900   | 0                              | 0    | 150   | 600   |
| LG 1+3 en ZG 1 | 0                          | 100  | 200   | 300   | 0                              | 50   | 150   | 250   |
| GGZ 1          | 100                        | 300  | 400   | 600   | 50                             | 200  | 350   | 500   |
| GGZ 2          | 400                        | 1100 | 1900  | 2600  | 200                            | 750  | 1500  | 2250  |

<sup>12</sup> Omgerekend uit: VWS - Hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg, bijlage I: uitwerking langer thuis wonen

## Bijlage 4: Methodiek voor indelen patiënten in kostenhomogene prestaties

Het vaststellen van de grenzen van de drie integrale prestaties in segment 2 en het maken van de impactanalyse bij deze grenzen bestaat uit zes stappen:

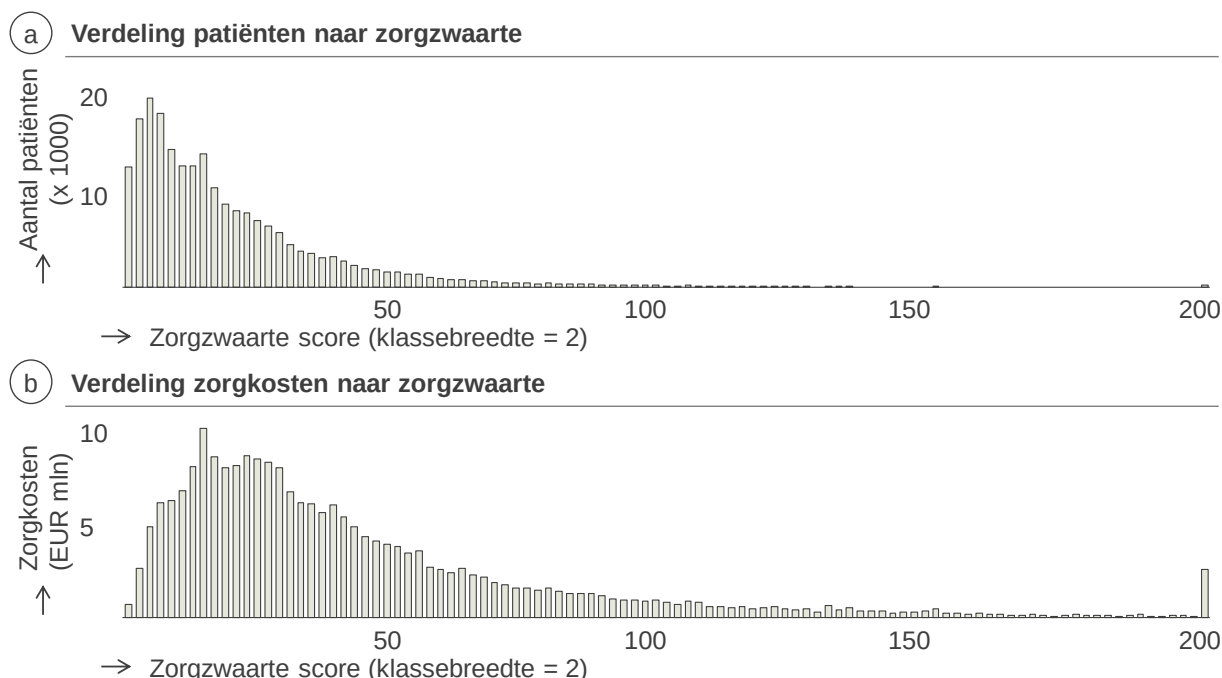
1. Analyseren spreiding zorgkosten onder totale patiëntenpopulatie
2. Indelen patiënten in kostenhomogene groepen
3. Excluderen van patiënten met zeer hoge zorgzwaarte
4. Bepalen van minimale kostenhomogeniteitgegeven het aantal prestaties
5. Bepalen uren en deskundigheid per prestatie
6. Correctie uren en deskundigheid om aan te sluiten bij 2016

Hieronder volgt een beschrijving van elke stap.

### 1. Analyse spreiding zorgkosten onder totale patiëntenpopulatie

Voor de analyses zijn datasets van Vektis en CAK gehanteerd. Deze datasets bevatten voor de jaren 2012 en 2013 alle gedeclareerde uren extramurale verpleging en verzorging (PV, VP, PV speciaal, VP speciaal, PV extra, VP extra, AIV (voor zover per uur gedeclareerd)) die onder de AWBZ vallen.

We hanteren de zorgkosten als de maat voor de zorgzwaarte. Uit de dataset zijn de zorgkosten per patiënt per periode te berekenen. Onderstaande histogrammen geven de verdeling van het aantal patiënten naar zorgzwaarte en de totale zorgkosten per zorgzwaarte in een periode van 4 weken (Figuur 1). De Vektis dataset bestaat uit maanden. Om de impact per vierweekse periode te bepalen hebben we alle uren en bedragen gecorrigeerd met een factor 0,93 (28 dagen / 30 dagen). Uit deze histogrammen blijkt duidelijk dat de meerderheid van de patiënten en de zorgkosten zich aan de 'linkerkant' bevindt. De zorgkosten zijn derhalve scheef verdeeld: er zijn veel patiënten met een vergelijkbare (lichte) zorgzwaarte en er is een lange staart van (een klein aantal) patiënten met sterk uiteenlopende hoge zorgzwaarte.



Figuur 1 - Spreiding van patiënten en zorgkosten naar kosten per patiënt per periode van 4 weken

De zorgzwaarte drukken we uit in een zorgzwaartescore in plaats van euro's. De zorgzwaartescore van een patiënt volgt direct uit het aantal uren en de rekenfactoren van de benodigde deskundigheidsniveaus. De rekenfactoren voor de deskundigheidsniveaus hebben we bepaald aan de hand van de uurtarieven. Hierbij hebben we het uurtarief PV genormaliseerd op 1 en het uurtarief VP onderverdeeld in niveau 4 en 5, op basis van de verhouding in loonkosten tussen niveau 4 en niveau 5 (op basis van de CAO voor 2014) en het aantal werkzame verpleegkundigen binnen deze niveaus (zie tabel 1 en 2).

Tabel 1. Verhouding loonkosten tussen de deskundigheidsniveaus op basis van gemiddelde salarisschalen

| Deskundigheidsniveau | FWG | Schaal (midden) | Kosten per uur (EUR) |
|----------------------|-----|-----------------|----------------------|
| Niveau 3             | 35  | 5               | 13,45                |
| Niveau 4             | 40  | 5               | 15,04                |
| Niveau 5             | 45  | 4               | 17,04                |

Tabel 2. Verhouding werkzame verpleegkundigen binnen functies<sup>13</sup>.

| Type zorg | % niveau 3 | % niveau 4 | % niveau 5 | Uurtarief 2014 (basis, EUR) |
|-----------|------------|------------|------------|-----------------------------|
| PV        | 100%       | 0%         | 0%         | 51,35                       |
| VP        | 0%         | 71%        | 29%        | 76,02                       |

<sup>13</sup> Deze verhouding zijn gebaseerd op twee onderzoeken naar het opleidingsniveau van verplegend en verzorgend personeel in de thuiszorg (1) NIVEL - 'Vraag en aanbodontwikkelingen in de verpleging en verzorging in Nederland' (2011) (2) PRISMANT - 'Werknemersonderzoek' (2009)

Hiermee komen we tot de volgende rekenfactoren per deskundigheidsniveau:

- Deskundigheidsfactor niveau 3 =  $51,35 * 13,45 / (100\% * 13,45) = 51,35 \rightarrow$  genormaliseerd = 1
- Deskundigheidsfactor niveau 4 =  $76,04 * 15,04 / (71\% * 15,04 + 29\% * 17,04) = 73,16 \rightarrow$  genormaliseerd = 1,42 ( $73,16 / 51,35$ )
- Deskundigheidsfactor niveau 5 =  $76,04 * 17,04 / (71\% * 15,04 + 29\% * 17,04) = 82,89 \rightarrow$  genormaliseerd = 1,61 ( $82,89 / 51,35$ )

Deze rekenfactoren zijn afhankelijk van de uurtarieven en zijn daarom voorlopige rekenfactoren. Bij nieuwe tariefstelling door de NZa moeten deze opnieuw bepaald worden.

## 2. Indelen in kostenhomogene groepen

Uitgangspunt voor het vaststellen van prestaties is dat deze kostenhomogeen moeten zijn. De kostenhomogeniteit is afhankelijk van waar de grenzen tussen de prestaties liggen. We lichten hier de methode voor het vaststellen van de grenzen en de methode voor het berekenen van de kostenhomogeniteit toe.

### 2.1 Methode voor berekenen kostenhomogeniteit

Er bestaan verschillende methodieken om de (kosten)homogeniteit te bepalen. We hebben voor twee methodieken de toepasbaarheid op zorgprestaties voor extramurale verpleging en verzorging onderzocht: de variance-to-mean ratio (VMR) en de CV waarde. Dit zijn beiden genormaliseerde maten om de spreiding binnen een verdeling uit te drukken. Beide maten zijn afgeleid van de standaardafwijking ( $\sigma$ ) en het groep gemiddelde ( $\mu$ ):

$$CV = \frac{\sigma}{\mu}$$

$$VMR = \frac{\sigma^2}{\mu} = \frac{\text{variantie}}{\mu}$$

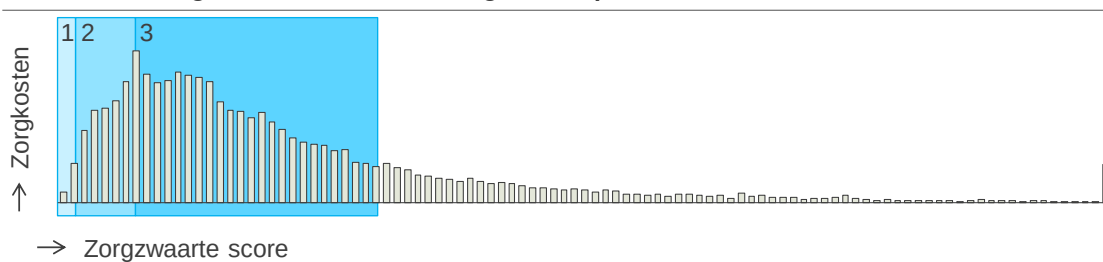
Het verschil is dat in de VMR de standaardafwijking gekwadrateerd wordt. Het gevolg hiervan is dat in de VMR de standaardafwijking (spreiding) zwaarder meeweegt dan in de CV waarde. In de CV waarde weegt juist het groepsgemiddelde ( $\mu$ ) relatief zwaarder. Theoretisch gezien is er geen juiste methode, daarom hebben we beide getoetst op de dataset om te bepalen welke methode het meest geschikt is voor de indeling in prestaties.



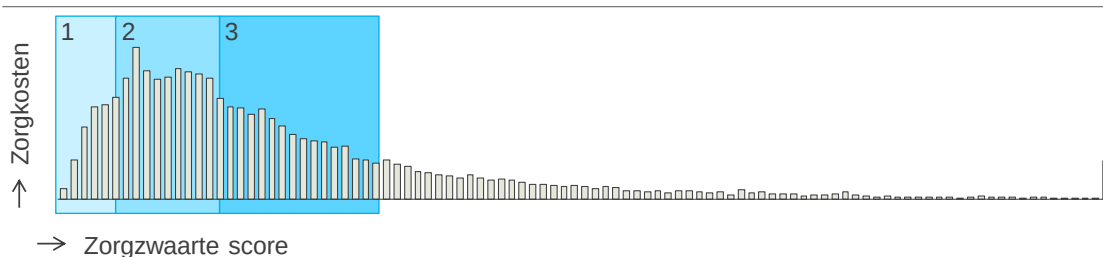
Prestatieindeling obv een minimale CV waarde geeft relatief kleine prestaties met lichte patiënten een relatief grote prestatie voor zware patiënten (zie figuur 2a). De absolute spreiding in de zware groepen is dan relatief groot (niet homogeen).

Prestatieindeling obv een minimale VMR geeft prestaties met een gelijkere absolute grootte (zie figuur 2b). De absolute homogeniteit in euro's is voor deze methode beter. Wij hebben er daarom voor gekozen deze methode te hanteren bij het vaststellen van de prestatiegrenzen.

(a) **Prestatieindeling met beste kostenhomogeniteit op basis van CV waarde**



(b) **Prestatieindeling met beste kostenhomogeniteit op basis van variance-to-mean ratio**

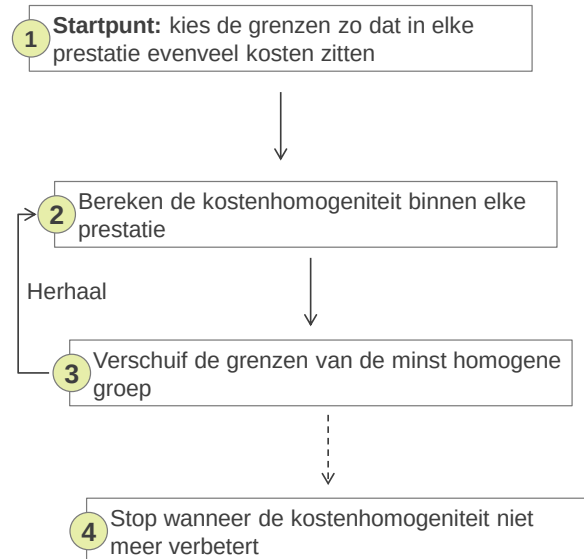


Figuur 2 - Afkappunten 3 prestaties bij minimaliseren CV waarde (a) of Variance-to-mean ratio (b)

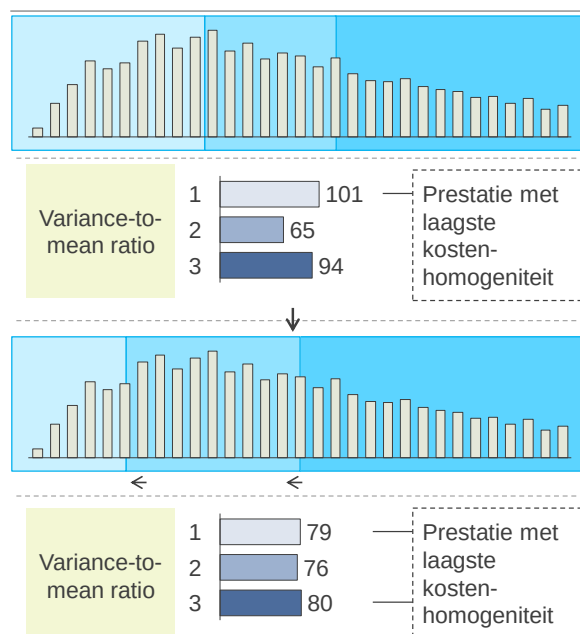
## 2.2 Methode voor vaststellen prestatiegrenzen

De prestatiegrenzen waarbij de kostenhomogeniteit optimaal is hebben we door handmatige aanpassing vastgesteld. Een geautomatiseerde methode is niet goed mogelijk. Figuur 3 laat het stapsgewijze proces zien voor het bepalen van de prestatiegrenzen.

## Methode optimaliseren kostenhomogeniteit



## Voorbeeld optimaliseren kostenhomogeniteit



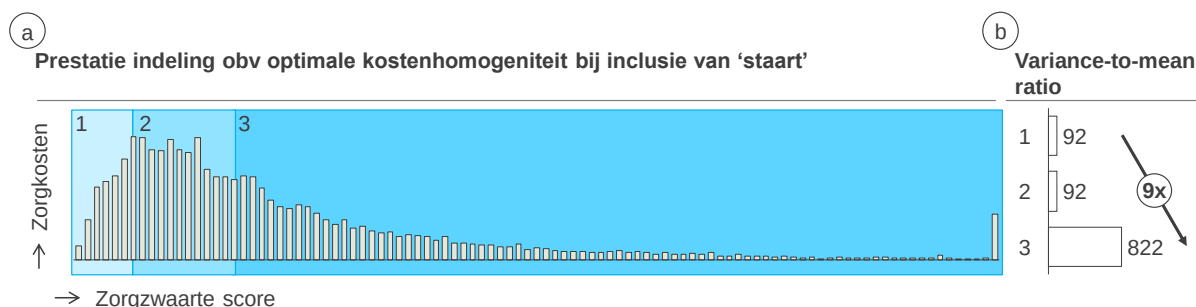
Figuur 3 – Schematische weergave bepalen prestatiegrenzen met optimale kostenhomogeniteit

### 3. Excluderen van patiënten met zeer hoge zorgswaarte (staart)

De analyse van de verdeling van de zorgswaarte laat zien dat er een kleine groep patiënten is met een zeer hoge zorgswaarte, waarbinnen een grote mate van variatie in zorgswaarte bestaat.

Het is niet goed mogelijk deze patiënten te vatten in een beperkt aantal kostenhomogene prestaties. Figuur 4a illustreert dit bij een systeem met drie prestaties: je zou een enorme bandbreedte krijgen in prestatie drie met een zeer lage kostenhomogeniteit. Dat is duidelijk zichtbaar in de VMR-ratio. Het is niet mogelijk alle patiënten te vatten in drie prestaties met dezelfde VMR-ratio. De optimale VMR-ratio voor de 'staart' is 822. Dit is 9x hoger dan de kostenhomogeniteit van prestatie 1 en 2 (zie figuur 4b).

Om patiënten met een hoge zorgswaarte in kostenhomogene prestaties te vatten zouden zeven extra prestaties nodig zijn (in totaal 10). Hierbij is het niet mogelijk de zevende prestatie even kostenhomogeen te laten zijn als de overige prestaties (zie figuur 5). Toevoegen van deze prestaties is moeilijk te verenigen met wens van veldpartijen om een beperkt aantal prestaties te hanteren. Om deze reden is voor deze patiënten een aparte oplossing nodig.



Figuur 4 - Prestatieindeling segment 2 bij inclusie van de 'staart' in de prestaties

| Prestatie       | Aantal patiënten | Variance-to-mean ratio |
|-----------------|------------------|------------------------|
| 1 (0-10,5)      | 93.217           | 79                     |
| 2 (10,5-31)     | 88.021           | 76                     |
| 3 (31-61,5)     | 33.646           | 80                     |
| 4 (61,5-100,5)  | 7.896            | 80                     |
| 5 (100,5-149,5) | 2.131            | 81                     |
| 6 (149,5-202,5) | 491              | 80                     |
| 7 (202,5-265)   | 99               | 82                     |
| 8 (265-343)     | 29               | 76                     |
| 9 (343-420)     | 30               | 73                     |
| 10 (420-1100)   | 10               | 2.671                  |

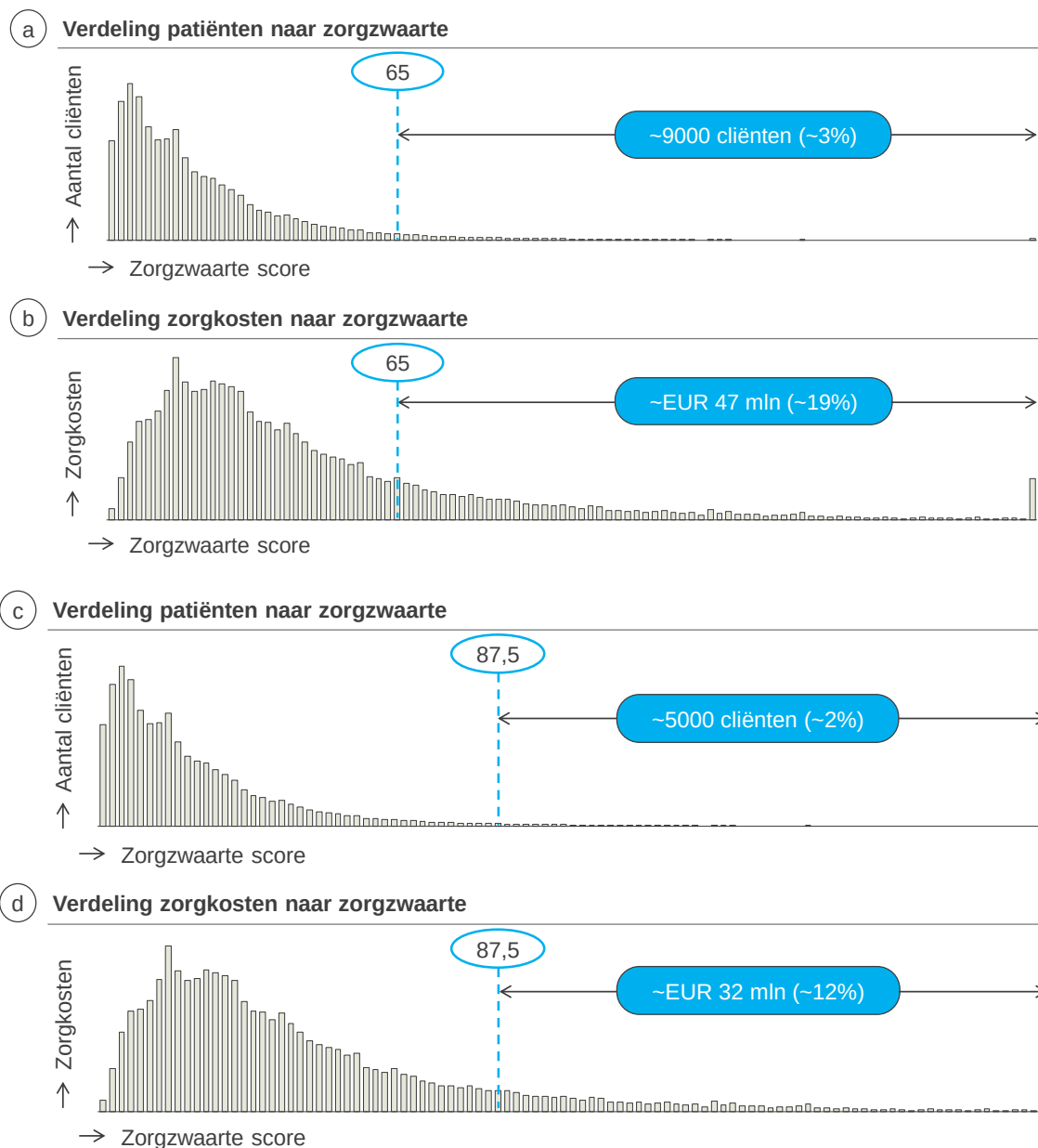
Figuur 5 - Indeling patiënten met zeer hoge zorgzwaarte in kostenhomogene prestaties. Het blauw gestippelde kader geeft prestaties in de staart weer.

### 3.2 Bepalen afkappunt staart

Om te komen tot een valide afkappunt waarboven we spreken van patiënten met zeer hoge zorgzwaarte hebben we gekeken naar de normaalverdeling en de Wlz zorgzwaartepakketten.

De eerste methode is om het afkappunt voor de staart op statistische wijze te bepalen. Wanneer het afkappunt gelegd wordt op de gemiddelde zorgzwaarte in de verdeling plus tweemaal de standaarddeviatie (zie tabel 2) ligt het afkappunt op zorgzwaarte score 65. De gemiddelde zorgzwaartescore is namelijk 20,7 en de standaarddeviatie is 22,3.

Wanneer het gemiddelde plus driemaal de standaarddeviatie wordt gekozen komt het afkappunt te liggen op 87,5. Figuur 6 geeft de positie van het afkappunt in de verdeling weer.

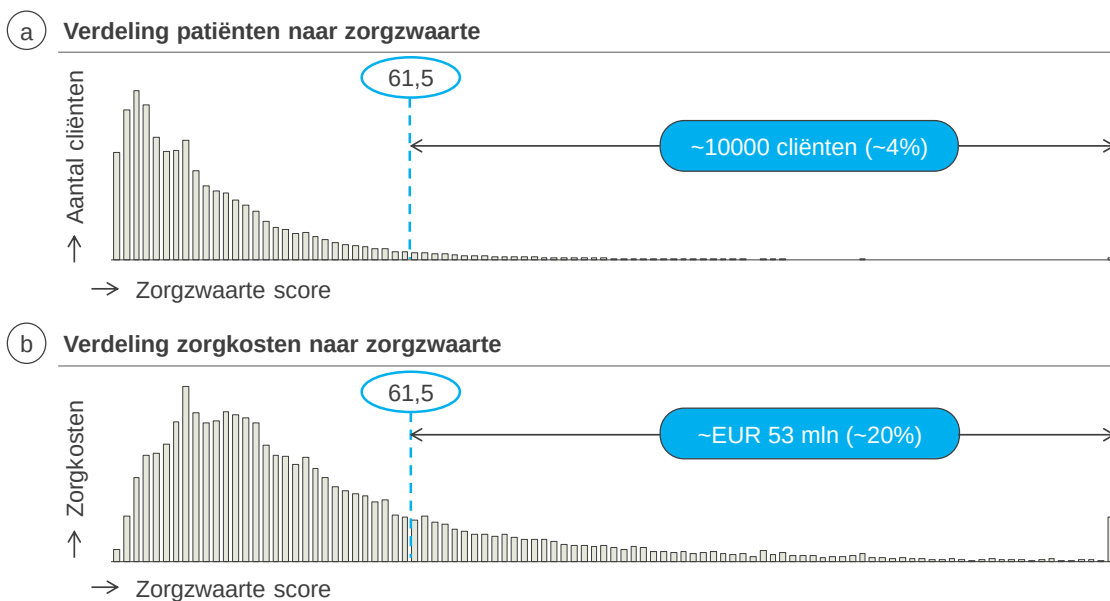


*Figuur 6 - Afkappunt voor patiënten met zeer hoge zorgwaarte op basis van gemiddelde plus tweemaal de standaarddeviatie (a en b) en gemiddelde plus driemaal de standaarddeviatie (c en d)*

Een andere methode is een vergelijking maken met de Wlz. Hierbinnen geldt dat ZP-8 bedoeld is voor patiënten met “zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging”. Deze definitie geeft aan dat het hier gaat om patiënten met zeer hoge zorgwaarte. Patiënten met ZP-8 krijgen gemiddeld 13,4 uur verpleging en verzorging per week, afgerond op 2 uur per dag. Het afkappunt ligt dan op zorgwaartescore 61,5. Figuur 7 geeft de positie van het afkappunt in de zorgwaarte verdeling van patiënten en zorgkosten weer. Bij het gekozen afkappunt zijn er ongeveer 10.000 patiënten in een

periode van 4 weken met zeer hoge zorgzwaarte. In totaal maken zij ongeveer 53 miljoen euro aan zorgkosten per periode van 4 weken, ongeveer 20% van het totaal.

Wij hanteren het afkappunt bij zorgzwaartescore 61,5 omdat uit de huidige verdeling van zorg blijkt dat dit ongeveer het begin van 'de staart' is van mensen die meer zorg krijgen. Daarbij is deze grens gelijk aan ZZP8, de ZZP met de meeste verpleging en verzorging. Wij vinden het onlogisch om een product te introduceren binnen de verpleging en verzorging waarin standaard meer zorg geleverd kan worden dan in de zwaarste intramurale ZZP binnen de Wlz, zeker als het patiënten betreft die langdurig in zorg zijn.

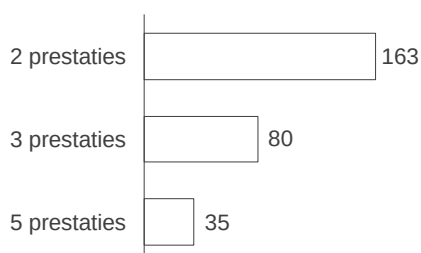


Figuur 7 - Afkappunt voor patiënten met zeer hoge zorgzwaarte op basis van uren in ZZP 8

#### 4. Bepalen van kostenhomogeniteit voor beperkt aantal prestaties

In afstemming met de expert- en klankbordgroep zijn scenario's met 2, 3 en 5 prestaties onderzocht. Een belangrijk criterium bij de keuze was de kostenhomogeniteit van de verschillende scenario's. Figuur 8 geeft een overzicht van de optimale variance-to-mean ratio's per prestatie.

### Kostenhomogeniteit [Variance-to-mean ratio]



Figuur 8 - Vergelijking kostenhomogeniteit per prestatie in scenario's met twee, drie of vijf prestaties. Voor elk scenario is de VMR-ratio van de minst kostenhomogene prestatie weergegeven.

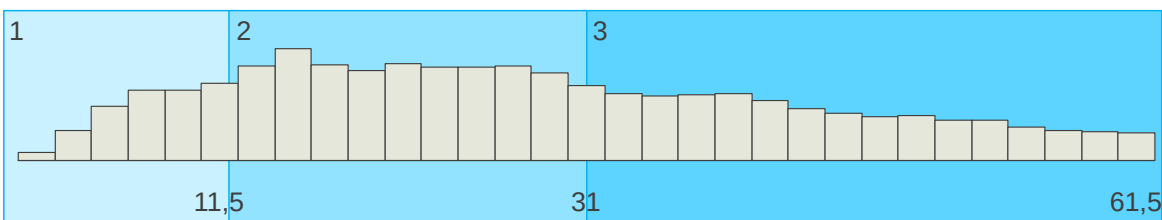
## 5. Bepalen uren en deskundigheid per prestatie

### 5.1 Afkappunten per prestatie

De hierboven beschreven methodiek geeft voor elk scenario de grenzen per prestatie. Ter illustratie werken we het scenario met drie prestaties hieronder verder uit. Bij 3 prestaties is er een optimale kostenhomogeniteit bij de volgende indeling (zie figuur 9):

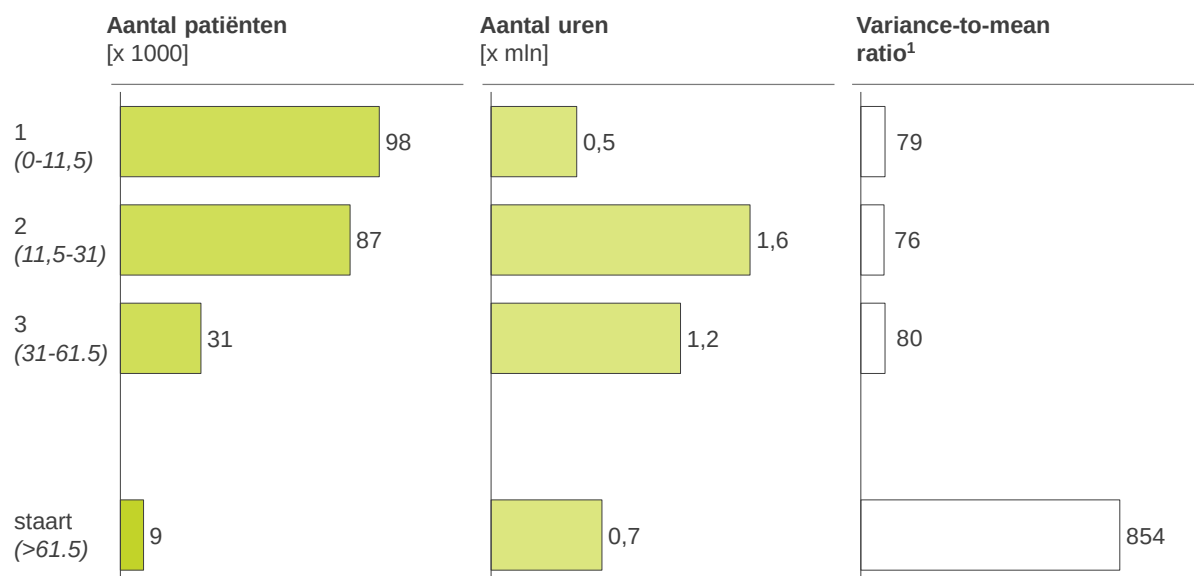
- Prestatie 1 – patiënten met lage zorgzwaarte: 0 – 11,5
- Prestatie 2 – patiënten met gemiddelde zorgzwaarte: 11,5 – 31
- Prestatie 3 – patiënten met hoge zorgzwaarte 31 – 61,5

### Verdeling van zorgzwaarte wijkverpleging per patiënt per periode



Figuur 9 - Prestatieindeling segment 2 bij 3 prestaties

Bij deze indeling vallen uitgaande van een prestatieduur van 4 weken de meeste patiënten in de prestatie met de lage zorgzwaarte (ca. 94.000), maar de meeste kosten in de prestatie met gemiddelde zorgzwaarte (ca. EUR 85 mln). Alle drie de prestaties hebben vrijwel dezelfde Variance-to-mean ratio, dit betekent dat de kostenhomogeniteit voor de drie prestaties optimaal is (zie figuur 10).

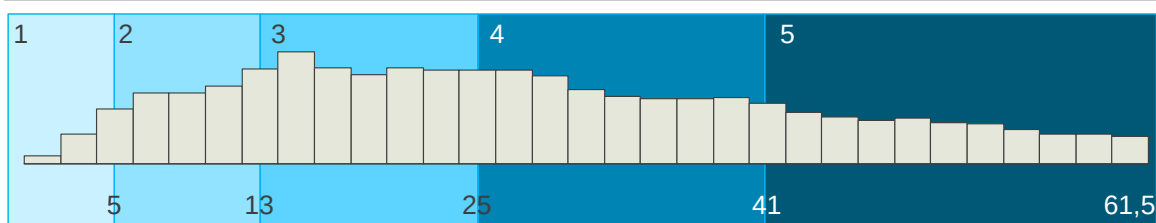


Figuur 10 - Aantal patiënten, kosten en aantal uren per periode en variance-to-mean ratio voor de drie prestaties en de 'staart' in segment 2

Bij 5 prestaties is er een optimale kostenhomogeniteit bij de volgende indeling (zie figuur 11):

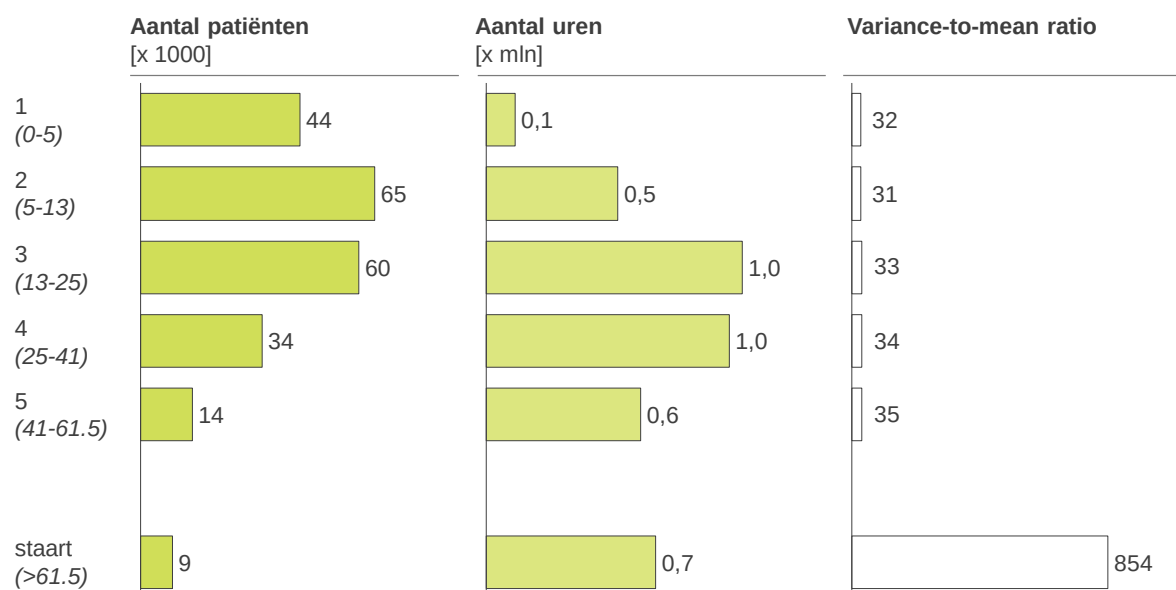
- Prestatie 1 – patiënten met zeer lage zorgzwaarte: 0 – 5
- Prestatie 2 – patiënten met lage zorgzwaarte: 5 – 13
- Prestatie 3 – patiënten met gemiddelde zorgzwaarte: 13 – 25
- Prestatie 4 – patiënten met hoge zorgzwaarte: 25 – 41
- Prestatie 5 – patiënten met zeer hoge zorgzwaarte: 41 – 61,5

#### Verdeling van zorgzwaarte wijkverpleging per patiënt per periode



Figuur 11 - Prestatieindeling segment 2 bij 5 prestaties

Bij deze indeling vallen uitgaande van een prestatieduur van 4 weken de meeste patiënten in de prestatie met de lage zorgzwaarte (ca. 62.000), maar de meeste uren in de prestaties met gemiddelde en hoge zorgzwaarte (ca. 1 miljoen uren). Alle vijf de prestaties hebben vrijwel dezelfde Variance-to-mean ratio, dit betekent dat de kostenhomogeniteit voor de vijf prestaties optimaal is (zie figuur 11).



Figuur 12 - Aantal patiënten, kosten en aantal uren per periode en variance-to-mean ratio voor de vijf prestaties en de 'staart' in segment 2

### 5.2 Vaststellen gemiddelde deskundigheid per prestatie

Uit de Vektis en CAK datasets is niet direct af te leiden welk deskundigheidsniveau nodig is. Wel zit in deze datasets de productie op 'oud' prestatieniveau (PV/VP basis, extra, speciaal). We hebben de volgende aannames gebruikt hieruit om de uren per deskundigheidsniveau af te leiden:

- Voor PV basis en extra is een deskundigheidsniveau niveau 3 nodig
- Voor PV speciaal en VP is deskundigheidsniveau 4 of 5 (of hoger) nodig
- De beroepsmatige verhouding tussen niveau 4 en 5 (of hoger) verpleegkundigen is 71% niveau 4 en 29% niveau 5 (of hoger), zo blijkt uit complementaire onderzoeken uitgevoerd door NIVEL en Prismant<sup>14</sup>. We hebben van alle uren PV speciaal en VP dus 71% toegekend aan niveau 4 en 29% aan niveau 5 of hoger (tabel 3).

Tabel 3 - Verdeelsleutel uren PV en VP naar deskundigheidsniveaus

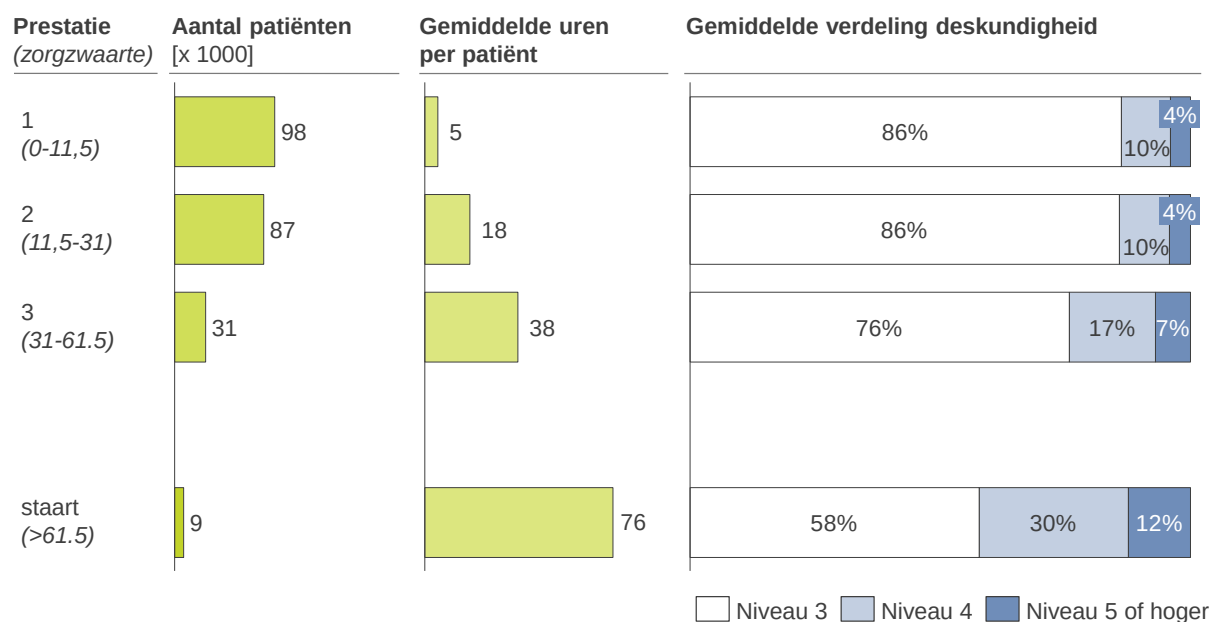
| Type zorg        | Niveau 3 | Niveau 4 | Niveau 5 |
|------------------|----------|----------|----------|
| PV basis / extra | 100%     | 0%       | 0%       |
| PV speciaal / VP | 0%       | 71%      | 29%      |

### 5.3 Uren en deskundigheid per prestatie

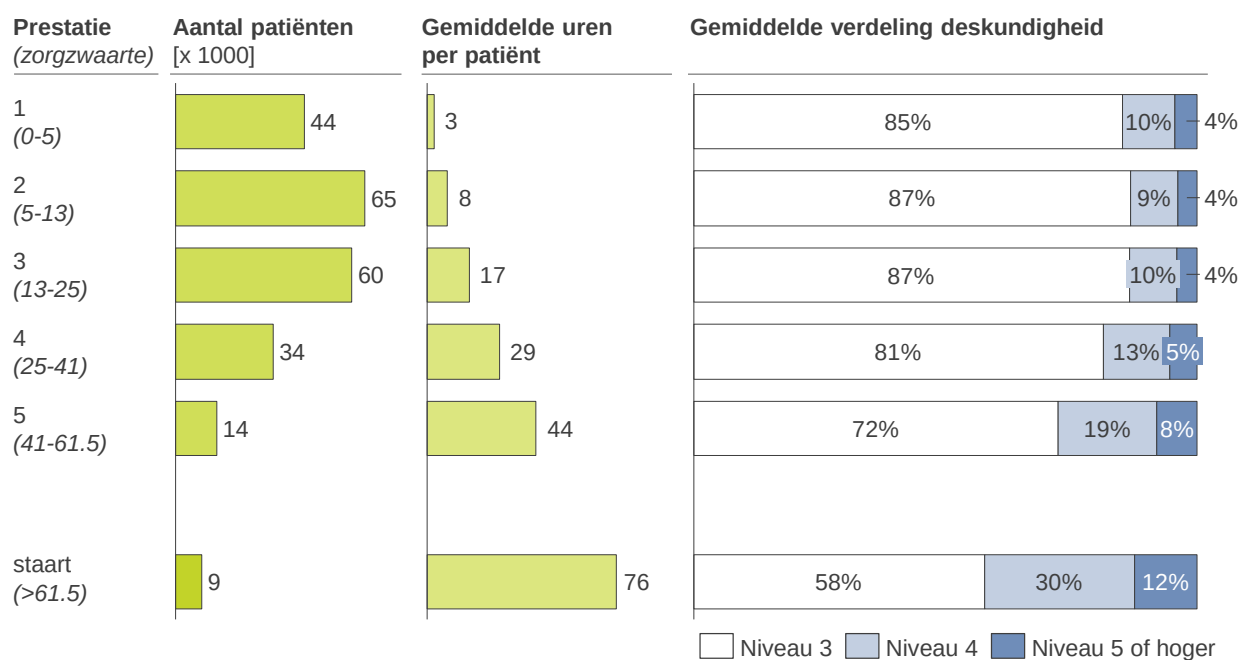
Vervolgens hebben we per prestatie de gemiddelde uren en deskundigheid berekend voor 3 en 5 prestaties (Figuur 13 en 14).

<sup>14</sup> Deze percentages worden ondersteund door twee onderzoeken naar het opleidingsniveau van verplegend en verzorgend personeel in de thuiszorg (1) NIVEL - 'Vraag en aanbodontwikkelingen in de verpleging en verzorging in Nederland' (2011) (2) PRISMANT - 'Werknemersonderzoek' (2009)





Figuur 13 - Gemiddelde uren en verdeling van deskundigheidsniveau per patiënt voor de drie prestaties en de 'staart' in segment 2



Figuur 14 - Gemiddelde uren en verdeling van deskundigheidsniveau per patiënt voor de vijf prestaties en de 'staart' in segment 2

## 6. Correctie uren en deskundigheid om aan te sluiten bij 2016

De in 2012-2013 gedeclareerde uren verpleging en verzorging sluiten echter niet één op één aan op het budgettaire kader verpleging en verzorging in 2016. Om hierbij aan te sluiten hebben wij een correctie uitgevoerd voor de volgende effecten:

- Toevoeging van MSVT aan de extramurale verpleging en verzorging
- Toevoeging van begeleiding bij palliatieve zorg aan extramurale verpleging en verzorging
- Instroom van extra patiënten door extramuralisering van ZZP 1 tot en met 4

Daarnaast hebben we een correctie gemaakt voor uren verblijf en vervoer voor intensieve kindzorg die niet uit de integrale prestaties maar via de aparte verblijfprestaties bekostigd gaat worden.

### 6.1 Toevoeging van MSVT aan de extramurale verpleging en verzorging

Aangezien we geen dataset ter beschikking hebben met daarin het jaarlijkse zorgverbruik van alle patiënten met MSVT is het niet mogelijk MSVT patiënten direct in te delen in de drie prestaties. Om toch het effect van MSVT mee te nemen hebben we een indirecte methode gehanteerd. In het ‘Onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging’ is voor MSVT in 2016 een jaarlijks budget van 60 miljoen euro opgenomen. Dit bedrag hebben wij als uitgangspunt genomen.

We hebben een selectie van verzekeraarsdata geëxtrapoleerd om een inschatting te maken van de gemiddelde kosten, gemiddelde uren en inzet van deskundigheidsniveaus.

### 6.2 Toevoeging van begeleiding bij palliatieve zorg aan extramurale verpleging en verzorging

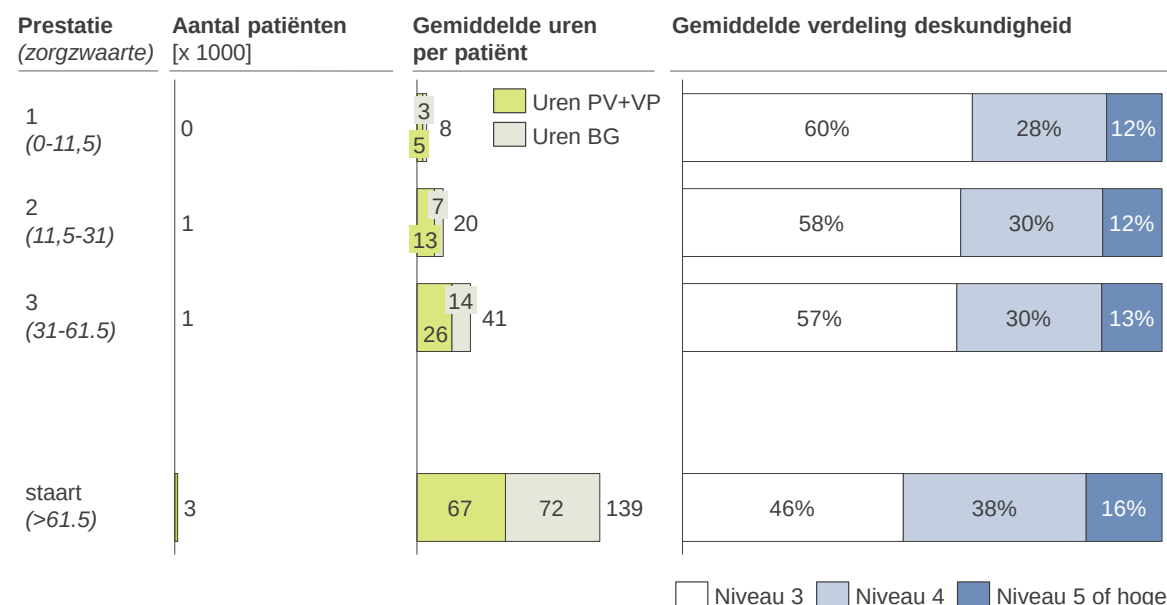
De Vektis en CAK dataset bevatten geen patiënttyperingen. Daarom is het niet mogelijk om alle palliatief terminale patiënten in deze datasets te selecteren en analyseren. Om toch een inschatting te kunnen maken van gemiddeld zorggebruik en deskundigheid van palliatief terminale patiënten en ze zo te kunnen verdelen over de prestaties hebben we onderstaande benadering gehanteerd.

We hebben palliatief terminale patiënten geïdentificeerd in de CAK data aan de hand van twee criteria:

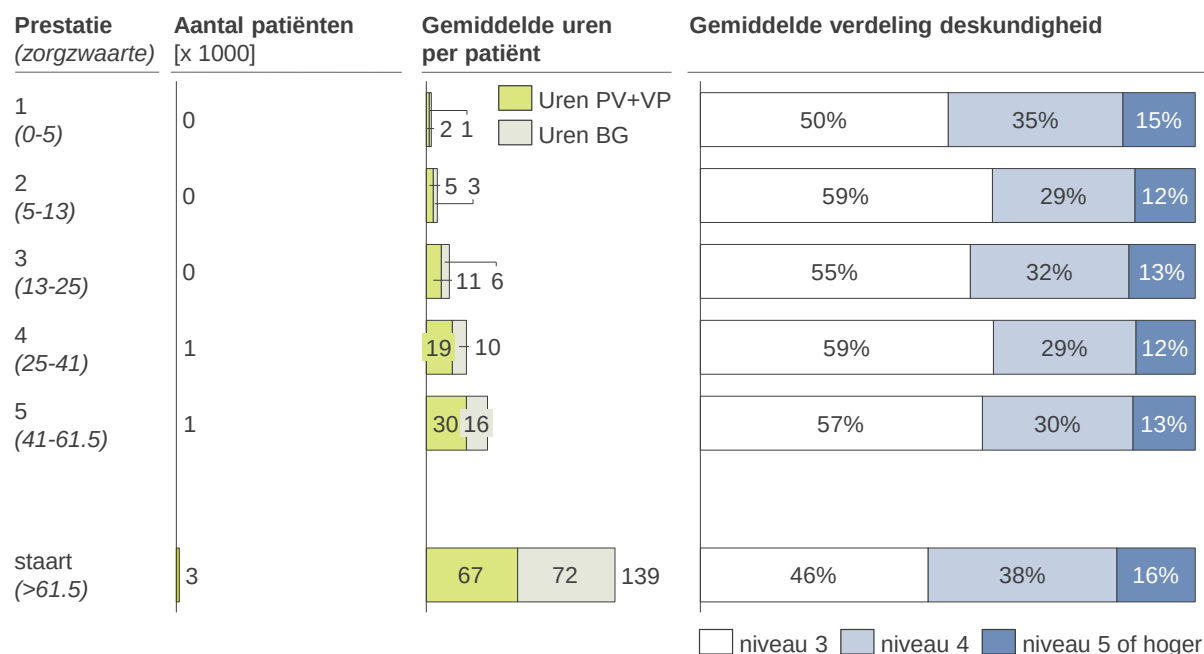
- Patiënten die verpleging, verzorging en begeleiding krijgen
- Patiënten waarvan de zorg binnen twee maanden na het peilmoment beëindigd is

Deze selectiecriteria doen recht aan de kenmerken van palliatief terminale zorg dat hierin uren PV, VP en BG gedeclareerd worden en dat deze kortdurend is. Wel benadrukken we dat deze methode een benadering blijft. Bij het afleiden van de deskundigheidsniveaus uit de uren PV en VP is de methode gehanteerd zoals beschreven in paragraaf 5.2. Om de impact van de toevoeging van de volledige 170 miljoen euro aan palliatief terminale begeleiding te bepalen zijn de patiëntaantallen en uren zorg uit de gemiddelde patiëntprofielen

geëxtrapoleerd<sup>15</sup> naar dit totaalbedrag. Figuur 15 geeft de verdeling van palliatief terminale patiënten over drie prestaties weer. Figuur 16 geeft de verdeling over 5 prestaties.



Figuur 15 - Gemiddelde uren en deskundigheidsniveaus bij 3 prestaties voor palliatief terminale patiënten



Figuur 16 - Gemiddelde uren en deskundigheidsniveaus bij 5 prestaties voor palliatief terminale patiënten

<sup>15</sup> Aan de hand van een omrekenfactor van 1,3 (=100%/75%). Dus als er bijvoorbeeld op basis van CAK data 100 uur palliatief terminale begeleiding in een prestatie valt verdeeld over 10 patiënten dan zijn de geëxtrapoleerde aantallen 130 uur en 13 patiënten. Het gemiddelde aantal uur per patiënt (en de gemiddelde deskundigheid) blijven dus hetzelfde.

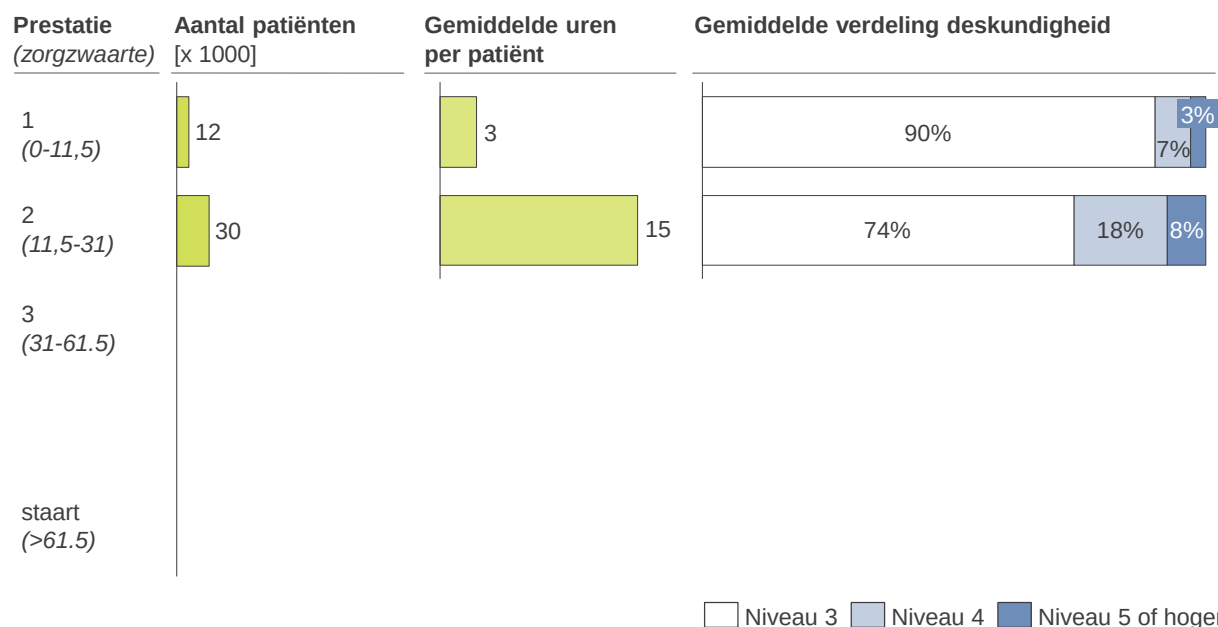
De intensieve aard van palliatief terminale zorg is zichtbaar in de verdeling van de patiënten over de prestaties. Het merendeel van de palliatief terminale patiënten valt onder de patiënten met zeer hoge zorgzwaarte ('staart'). Daarnaast geldt voor palliatieve verpleging en verzorging dat deze gemiddeld door een hoger deskundigheidsniveau wordt geleverd dan de 'gewone' verpleging en verzorging.

Bij toerekening van de palliatief terminale begeleiding aan de prestatiegemiddelden zijn alleen de uren begeleiding en bijbehorende kosten meegenomen. De patiënten zijn niet toegerekend, deze zitten namelijk al in de Vektis dataset (op basis van de verpleging en verzorging die zij ontvangen). Wel komt een deel van de patiënten door toevoeging van de uren begeleiding in een andere prestatie te vallen. Hiervoor is gecorrigeerd. Toevoeging van palliatieve begeleiding leidt tot een verzwaring van de gemiddelde patiëntprofielen van de prestaties, omdat er meer uren bijkomen die bovendien een hoger deskundigheidsniveau hebben.

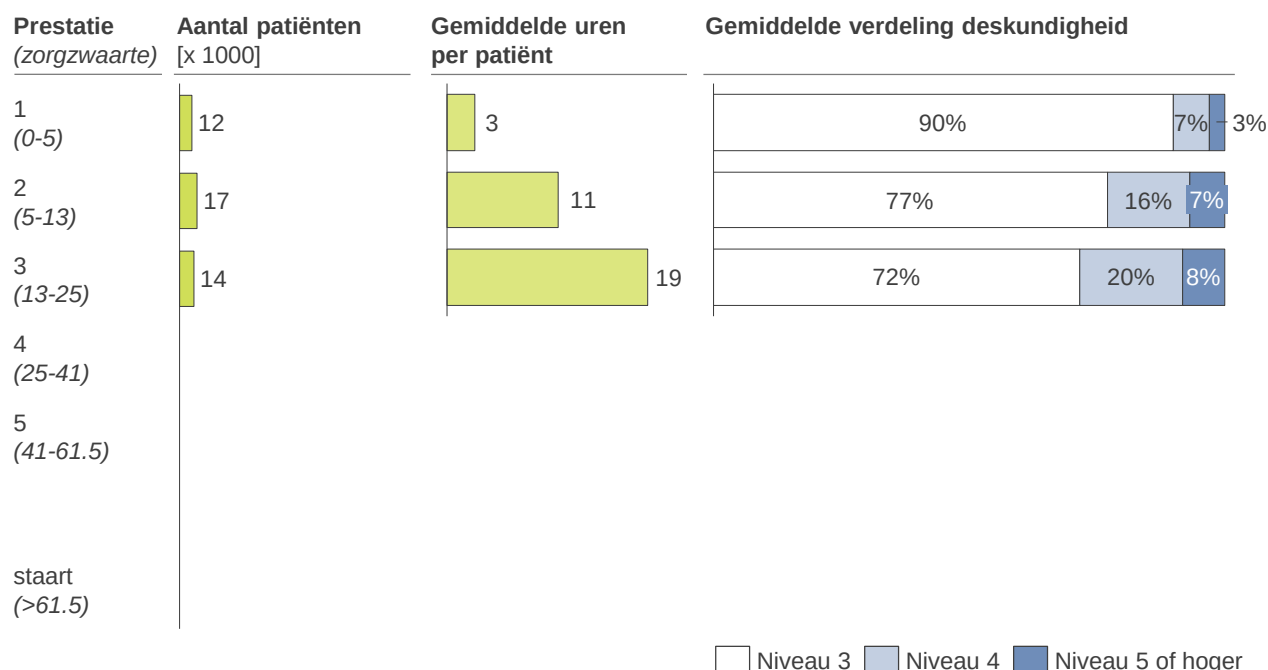
### 6.3 Instroom van extra patiënten door extramuralisering van ZZP 1 tot en met 4

Het is niet mogelijk de precieze impact te bepalen van patiënten die niet uitstromen of wellicht extra instromen door de geplande extramuralisering van de lichte ZZP's. Het gaat namelijk om toekomstige patiënten, waardoor we niet op patiëntniveau het zorggebruik kunnen vaststellen.

Om toch een inschatting van de impact te maken hebben we de door VWS geraamde patiëntaantallen en gemiddelde zorgprofielen van de ZZP's (uren PV en VP) als uitgangspunt genomen. Zie ook bijlage 3. Bij het afleiden van de deskundigheidsniveaus uit de uren PV en VP is de methode gehanteerd zoals beschreven in paragraaf 5.2. Figuur 17 en 18 geven de verdeling van de patiënten die langer thuis blijven wonen weer.



Figuur 17 - Gemiddelde uren en deskundigheidsniveaus voor 3 prestaties voor patiënten die langer thuis blijven wonen



Figuur 18 - Gemiddelde uren en deskundigheidsniveaus bij 5 prestaties voor patiënten die langer thuis blijven wonen

De extramuraliseringsplannen zijn van toepassing op de ZZP's 1 tot en met 4. Dit zijn over het algemeen patiënten met een klein deel lichte en een groot deel gemiddelde problematiek.

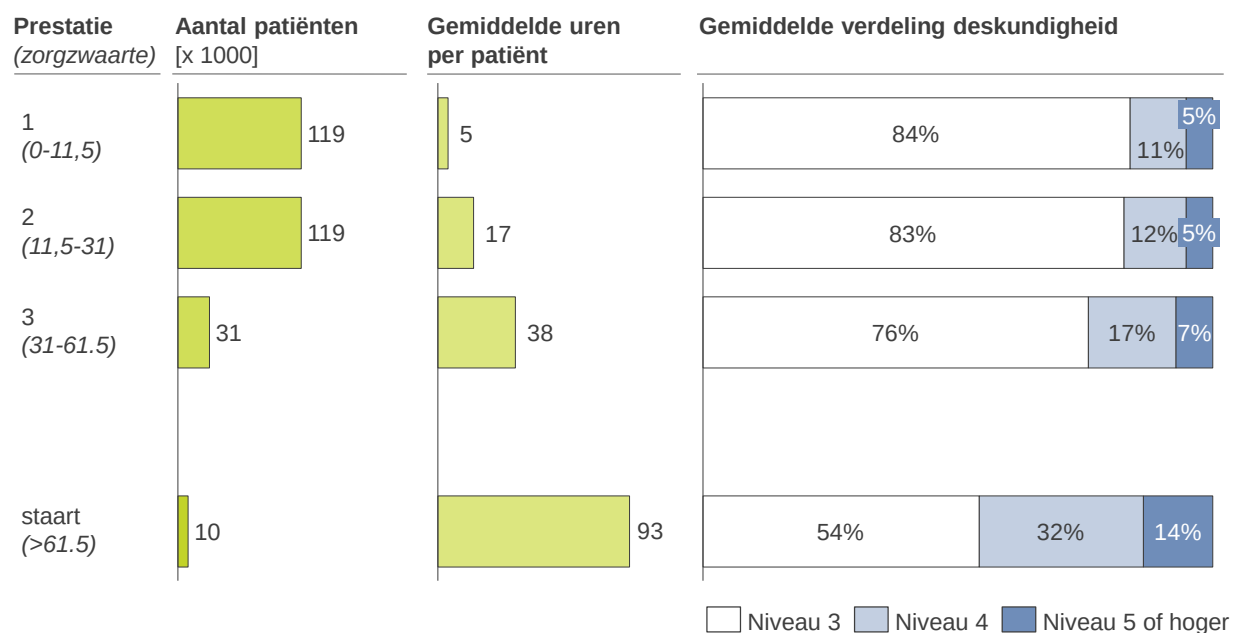
#### 6.4 Correctie voor verblijf en vervoer Intensieve kindzorg: uren VP en PV gebruikt als bekostiging voor verblijf vervoer en pedagogische ondersteuning

In de voorgestelde uitwerking voor segment 2 benoemen wij twee aparte prestaties voor verblijf en vervoer bij intensieve kindzorg. In de 'oude' situatie tot en met 2014 mochten instellingen die intensieve kindzorg leveren verblijf en vervoer declareren via uren PV en VP. De corresponderende uren moeten dus uit de prestaties gehaald worden en apart worden gezet in de verblijfsprestaties.

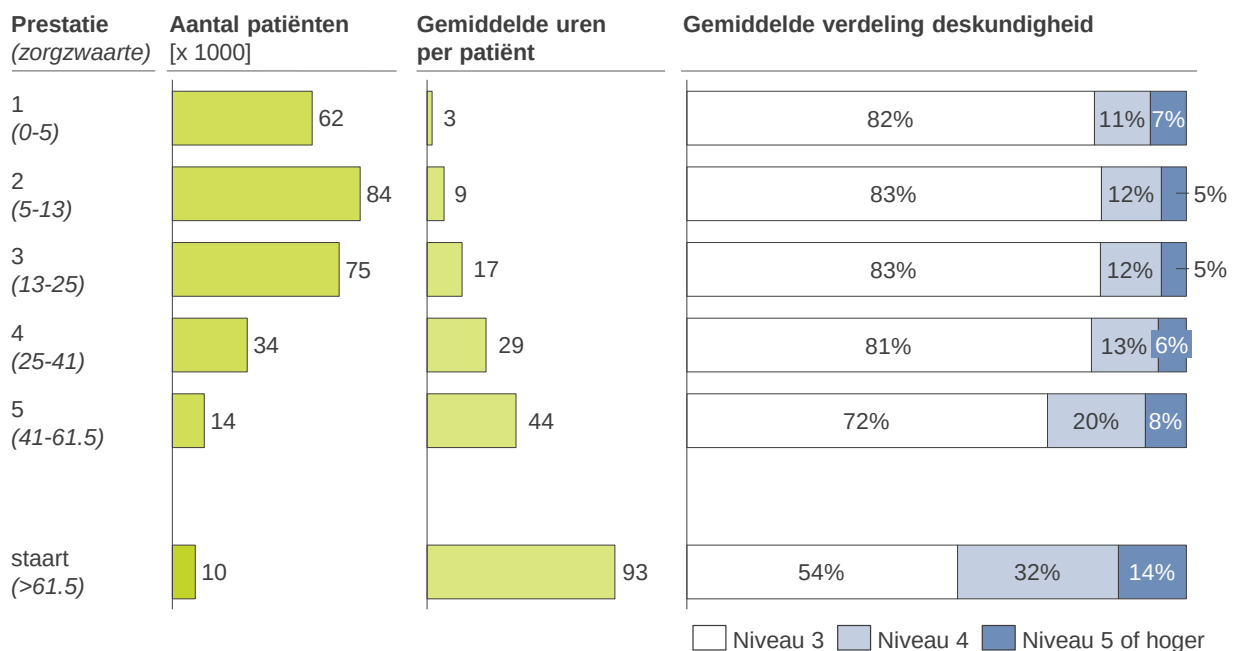
Op basis van kostenstaten van verpleegkundige kinderdagverblijven en kinderspices leiden wij af dat 20-25% van de totale kosten direct toe te schrijven zijn aan verblijf. Dit zou op basis van de herschikkingsafspraken over de IKZ zorg in natura uitgaven uitkomen op vijf tot zeven miljoen euro per jaar. Per periode gaat het dan om ongeveer een half miljoen euro. Hieruit concluderen we dat corrigeren voor verblijf geen noemenswaardige impact heeft op de prestatieindeling.

### 6.5 Prestatiegemiddelden waarin MSVT, begeleiding PTZ, verblijf en vervoer kindzorg en extra instroom door extramuralisering verdisconteerd zijn

Figuur 19 en 20 geven de gemiddelde uren en deskundigheid voor 3 en 5 prestaties weer na verdiscontering van alle bovengenoemde effecten.



Figuur 19 - Gemiddelde uren en deskundigheidsniveaus bij 3 prestaties na verdiscontering van alle effecten



Figuur 20 - Gemiddelde uren en deskundigheidsniveaus bij 5 prestaties na verdiscontering van alle effecten

Vergelijking van de gemiddelden per prestatie in figuur 19 en 20 met de prestatiegemiddelden op basis van de Vektis data (figuur 13 en 14) laat zien dat verdiscontering van alle effecten zorgt voor lichte verschuivingen. In prestaties met lichte tot gemiddelde zorgzwaarte er weliswaar een groot aantal patiënten bij, maar deze hebben weinig effect op de gemiddelde uren en deskundigheid in deze prestaties. Toevoeging van de uren begeleiding bij palliatief terminale zorg leidt ertoe dat het aantal cliënten met zeer hoge zorgzwaarte (patiënten in de 'staart') toeneemt. Voor deze patiënten valt het gemiddelde aantal uren 15% hoger uit dan op basis van de Vektis data.

## Bijlage 5: Keuze voor zorgzwaarte

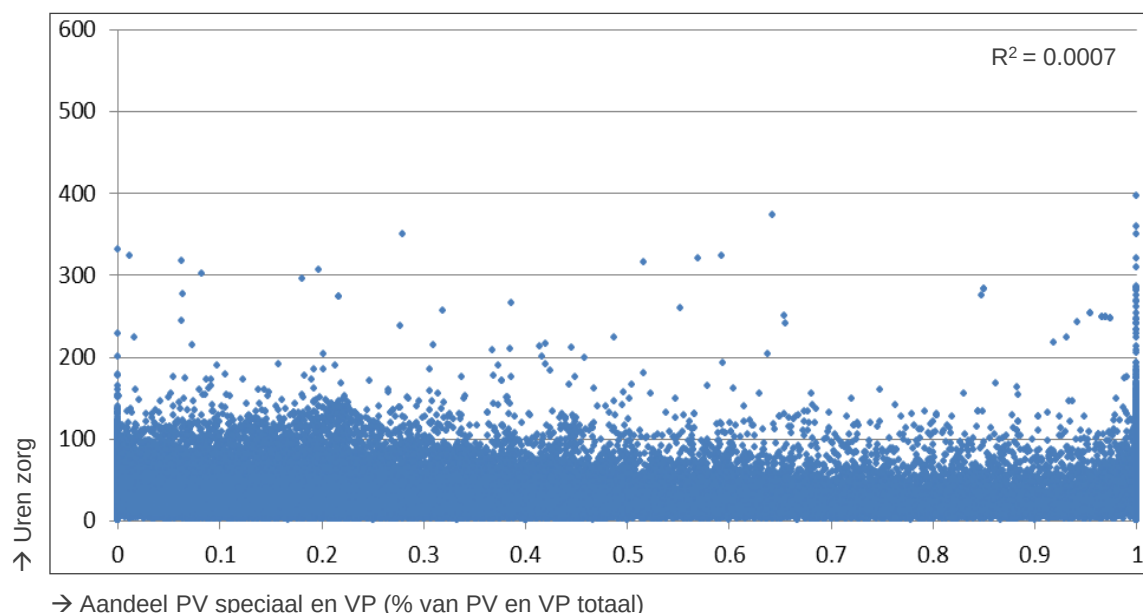
Prestaties moeten recht doen aan de intensiteit en de complexiteit van de zorgvraag. Complexiteit heeft te maken met een complexe zorginhoud maar ook met de complexiteit van de organisatie van de zorg. Lambregts et al., (2012) schrijven dat complexiteit zowel case complexity als patient complexity omvat. Beiden factoren resulteren in hetzij meer uren zorg of een hoger deskundigheidsniveau.

### *Correlatie tussen uren en deskundigheidsniveau*

We hebben of er een correlatie bestaat tussen het aantal uren zorg en het ingezette deskundigheidsniveau om zo te bepalen of beide meegenomen moeten worden in de maat zorgzwaarte. Voor deskundigheid is het percentage van de zorg dat door niveau 4 of hoger geleverd wordt gehanteerd (aandeel uren PV speciaal/VP in totale zorglevering).

Het onderstaande 'scatterplot' (figuur 1) laat zien dat er geen betrouwbaar statistisch verband bestaat tussen de uren zorg en het deskundigheidsniveau. Ook binnen de drie integrale prestaties is er geen statistisch verband (figuur 2). Dit was voor ons aanleiding om zowel het aantal uren als de deskundigheid mee te nemen in de berekening van de zorgzwaarte.

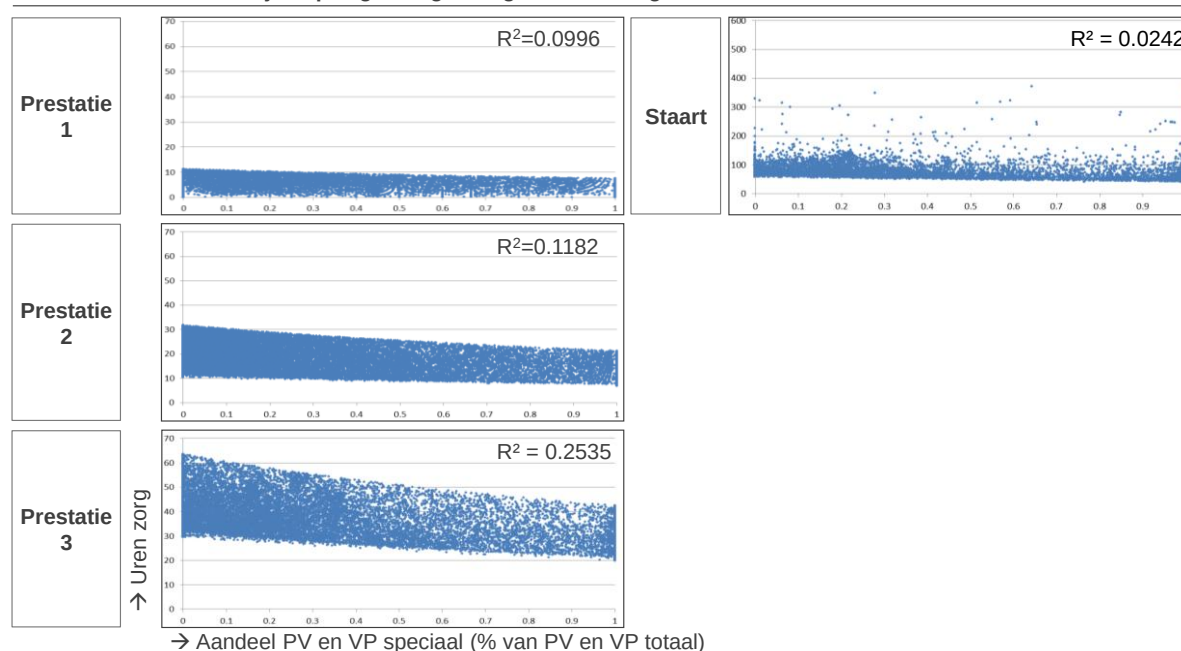
Correlatie aantal uren wijkverpleegkundige zorg en deskundigheidsniveau



*Figuur 1 - Analyse van statische correlatie aantal uren zorg en deskundigheidsniveau (uitgedrukt in % PV speciaal en VP). De 'R<sup>2</sup>' drukt de statistische correlatie uit. Een waarde dichtbij de 1 betekent een sterke correlatie, een waarde dichtbij de 0 betekent geen correlatie. Bron: data Vektis (periode 11-2012)*



## Correlatie aantal uren wijkverpleegkundige zorg en deskundigheidsniveau



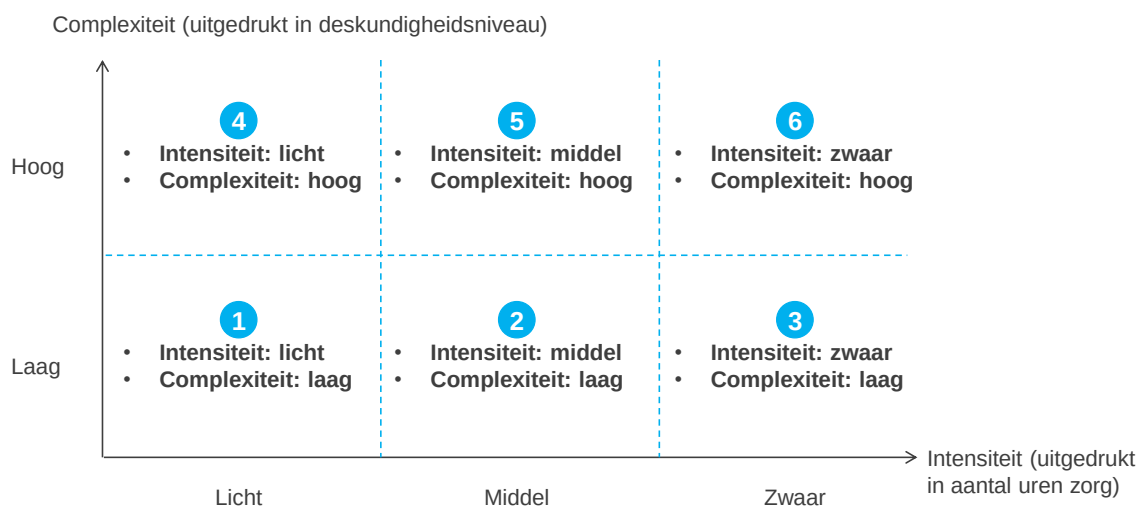
→ Aandeel PV en VP speciaal (% van PV en VP totaal)

*Figuur 2 - Analyse van statische correlatie aantal uren zorg en deskundigheidsniveau (uitgedrukt in % PV speciaal en VP) per prestatie en de 'staat'. De 'R²' drukt de statistische correlatie uit. Een waarde dichtbij de 1 betekent een sterke correlatie, een waarde dichtbij de 0 betekent geen correlatie. Bron: data Vektis (periode 11-2012)*

### *Prestaties op basis van uren en deskundigheid samen of apart*

Wij hebben gekozen voor drie generieke prestaties ingedeeld op intensiteit en complexiteit tegelijk om zo het aantal prestaties beperkt te houden. Alternatief zou zijn om intensiteit en complexiteit als aparte dimensies te gebruiken en met zes prestaties te werken (zie figuur 1): drie voor lage complexiteit (licht – middel – zwaar) en drie voor hoge complexiteit (laag – middel – zwaar).

### Illustratieve weergave prestaties op basis van intensiteit en complexiteit als aparte dimensies



Figuur 3 - Illustratieve weergave prestaties op basis van intensiteit en complexiteit als aparte dimensies

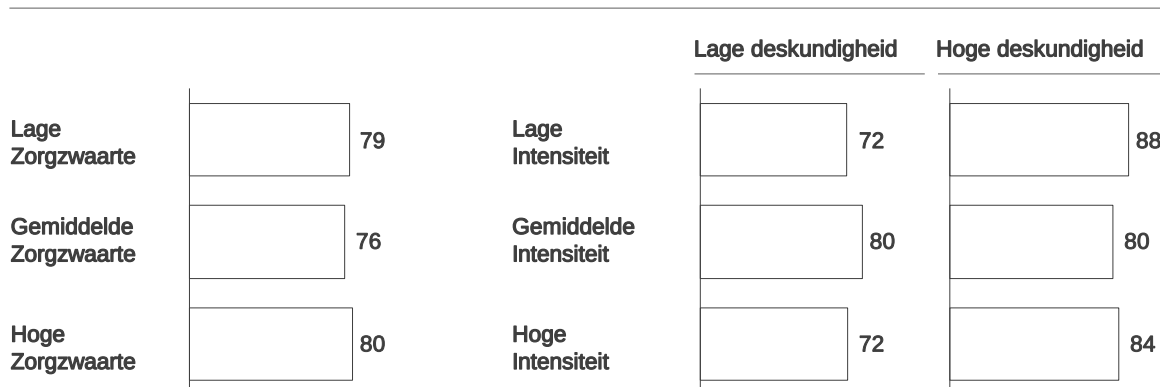
We hebben om twee redenen geconcludeerd we dat het beter is om een algemene maat, zorgzwaarte (=intensiteit maal complexiteit), te hanteren waarin uren en deskundigheid zijn gecombineerd:

- Aantal prestaties dat nodig is voor kostenhomogeniteit is twee keer zoveel bij apart benoemen van uren en deskundigheid
- Risico op upcoding is groter bij apart benoemen van uren en deskundigheid

Hier onder lichten we elk punt toe.

#### Vergelijking van kostenhomogeniteit

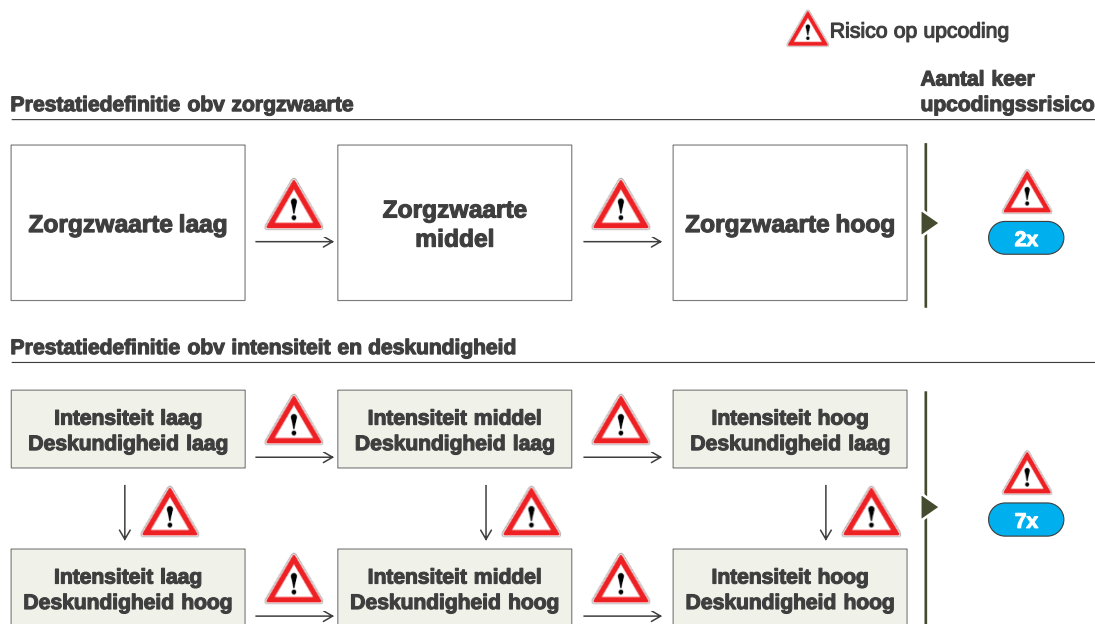
Bij aparte prestaties voor verschillende intensiteits- en deskundigheidsniveaus zijn tweemaal zoveel prestaties nodig om dezelfde mate van kostenhomogeniteit te realiseren als bij prestaties die intensiteit en deskundigheid combineren (zie figuur 4). Hierbij is de methodiek voor het vaststellen van de kostenhomogeniteit gehanteerd, zoals beschreven in 'Bijlage – Methodiek voor indelen patiënten in kostenhomogene prestaties'. Dit is inefficiënt: meer prestaties, maar geen winst in kostenhomogeniteit.

**Kostenhomogeniteit bij drie prestaties obv zorgzwaarte [Variance-to-mean ratio]**
**Kostenhomogeniteit bij zes prestaties obv intensiteit en deskundigheid [Variance-to-mean ratio]**


Figuur 4 - Kostenhomogeniteit bij prestaties obv zorgzwaarte score en obv intensiteit en deskundigheid. Bron: Vektis (periode 11 - 2012)

**Vergelijking van upcodingsrisico**

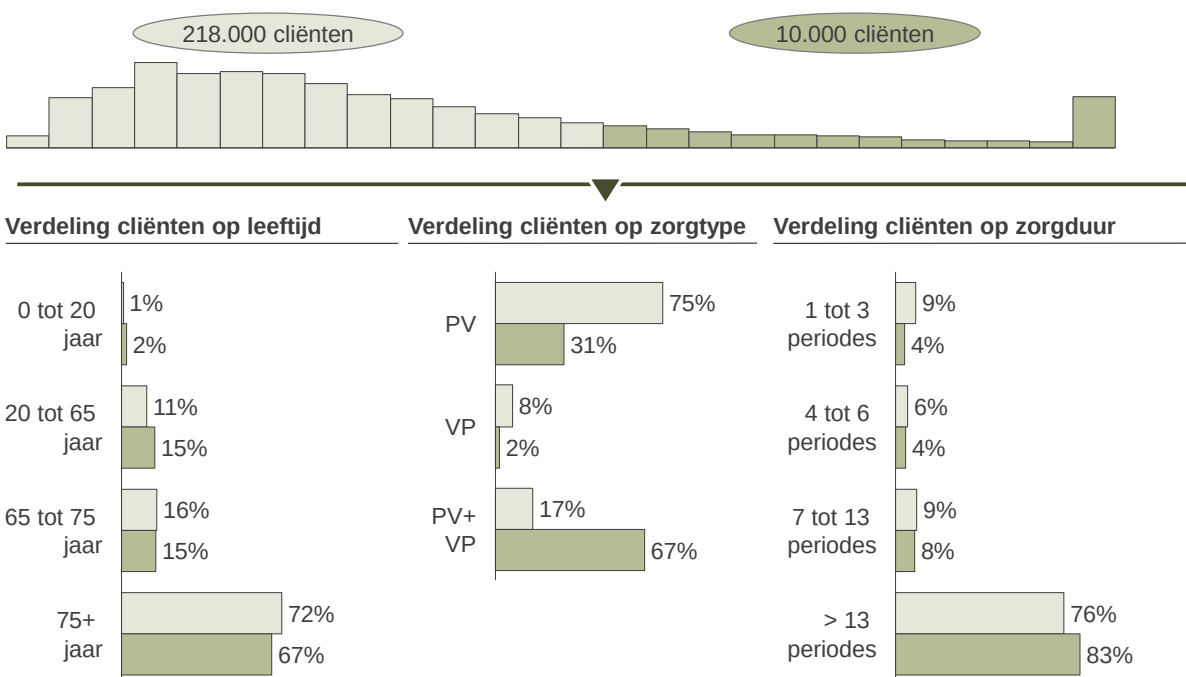
In figuur 5 hebben we de upcodingsmogelijkheden weergegeven voor prestatieindeling op zorgzwaarte en prestatieindeling op intensiteit en deskundigheidsniveau. Aparte prestaties verhogen het aantal upcodingsmogelijkheden met een factor 3,5. Dit komt doordat upcoding in twee richtingen mogelijk is: tussen de intensiteitsniveaus en tussen beide de deskundigheidsniveaus. Het risico dat er upcoding plaatsvindt is bij minder prestaties kleiner dan bij meer, de mogelijk financiële impact is echter kleiner bij meer prestaties.



Figuur 5 - Illustratieve weergave upcodingsrisico bij prestaties obv zorgzwaarte score en obv intensiteit en deskundigheid

## Bijlage 6: Analyse patiënten met zeer hoge zorgzwaarte

Voor zware patiënten die meer dan twee uur zorg per dag nodig hebben stellen wij een aparte bekostiging voor daadwerkelijk geleverde zorg voor. Bij het komen tot deze oplossing hebben we deze patiënten met zeer hoge zorgzwaarte eerst nader geanalyseerd. Zoals eerder aangegeven gaat het in de oude situatie om ongeveer 23.000 patiënten per jaar en 10.000 duizend per 4 weken. Een deel hiervan zal vanaf 2015 onder de WLZ vallen en er zitten ook patiënten met overbruggingszorg tussen. Omdat we nu nog niet weten welke patiënten dit zijn hebben we de analyse gericht op alle tienduizend patiënten.



Figuur 1 - Analyse van patiënten met zeer hoge zorgzwaarte. Bron: Data CAK (periode 12 - 2012)

Figuur 1 laat zien dat patiënten met zeer hoge zorgzwaarte qua leeftijd niet sterk afwijken van de patiënten die wel onder de integrale prestaties vallen, ze zijn gemiddeld iets jonger. Daarnaast zitten er tussen patiënten met zeer hoge zorgzwaarte gemiddeld meer patiënten die langer dan een jaar in zorg zijn, maar het verschil is niet groot. Waar patiënten met zeer hoge zorgzwaarte wel afwijkend is zijn is het type zorg dat zij ontvangen. Het gaat overwegend om patiënten die zowel verpleging als verzorging kregen in de 'oude situatie'.

## Bijlage 7: Impactanalyse omzetverandering per aanbieder

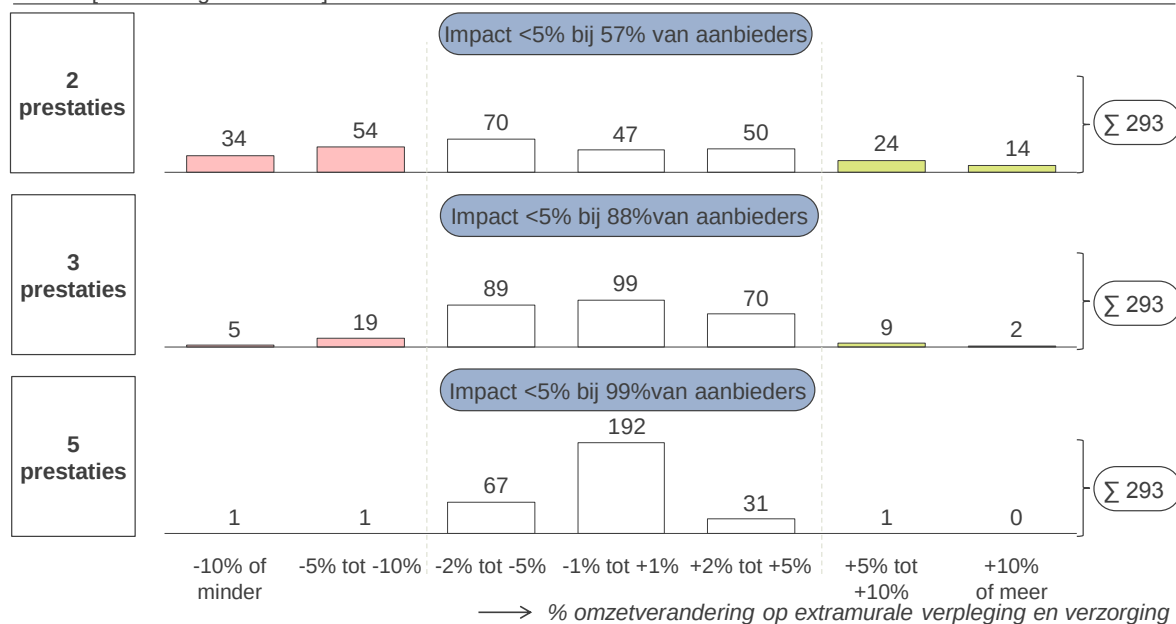
Onderdeel van de beoordeling van de verschillende scenario's in segment 2 is een analyse van de mogelijk impact op de inkomsten van zorgaanbieders. In deze analyse hebben we per aanbieder de omzet in twee situaties vergeleken:

- 1) Inkomsten onder bekostiging per uur
- 2) Benadering van inkomsten bij prestatiebekostiging

Voor de inkomsten onder de bekostiging per uur hebben we per aanbieder de omzet bepaald aan de hand van de daadwerkelijk geleverde uren PV, PV speciaal, PV extra, VP, VP speciaal en VP extra. Om te kunnen vergelijken met de inkomsten bij prestatiebekostiging hebben we voor elke aanbieder dezelfde tarieven gehanteerd. Voor de prestaties stelt de NZa de toekomstige tarieven vast. Voor deze analyse hebben we de prestatietarieven benaderd op basis van een vertaling van de bestaande PV en VP tarieven. Het effect is dus zuiver het effect van het werken met integrale prestaties en geen tariefseffect. Alle aanbieders met tenminste 1 miljoen euro aan jaaromzet uit verpleging en verzorging zijn meegenomen in de analyse.

Uit deze analyse blijkt dat de omzet behoorlijk stabiel is bij drie of vijf prestaties (zie figuur 1). Bij twee prestaties krijgt echter bijna vijftig procent van de aanbieders te maken met een significante omzetverandering (>5%). Bij vijf prestaties is de omzetstabiliteit het grootst. In het algemeen geldt: hoe meer prestaties, hoe groter de stabiliteit, omdat de spreiding in zorgkosten tussen de patiënten in de prestatie kleiner wordt. Wellicht ten overvloede: bij introductie van een nieuw stelsel zullen er altijd enige verschillen optreden in de te verwachten omzet; de enige manier om die verschillen te elimineren zou zijn om het stelsel niet te wijzigen.

Inschatting omzetverandering thuiszorgaanbieders<sup>1</sup> in verschillende scenario's na exclusie van 'staart' [aantal zorgaanbieders]



Figuur 1 – Inschatting omzetverandering

## Bijlage 8: Parameters voor populatiebekostiging

Bij populatiebekostiging is het belangrijk om rekening te houden met factoren die bepalend zijn voor het zorggebruik van verzekerden. Voor verzekerden met kenmerken die samenhangen met een hoger zorggebruik moet een hoger bedrag gerekend worden en vice versa.

Uitgaande van de bij zorgverzekeraars bekende informatie, hebben wij het effect van drie kenmerken onderzocht:

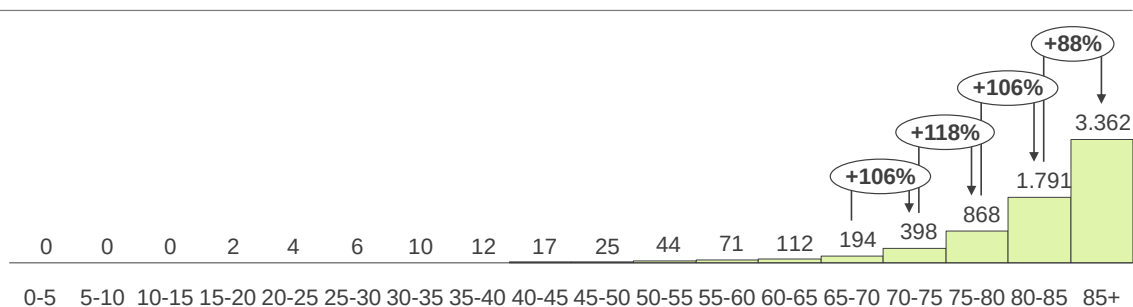
- Leeftijd
- Geslacht
- Inkomen

Deze kenmerken hebben een duidelijke relatie met het verwachte zorggebruik. Hieronder geven we een overzicht van de voornaamste bevindingen.

### Leeftijd

Dat ouderen meer verpleging en verzorging krijgen dan jongeren is geen verrassende informatie. Interessanter is dat de zorgkosten (ongeacht het geslacht) vanaf het 65<sup>e</sup> levensjaar elke vijf jaar ongeveer verdubbelen (zie figuur 1). Leeftijd is dus een belangrijk persoonskenmerk dat meegenomen moet worden in de populatiebekostiging.

Gemiddelde jaarlijkse wijkverpleegkundige zorgkosten per hoofd van de bevolking per leeftijdscategorie [EUR, 2012]

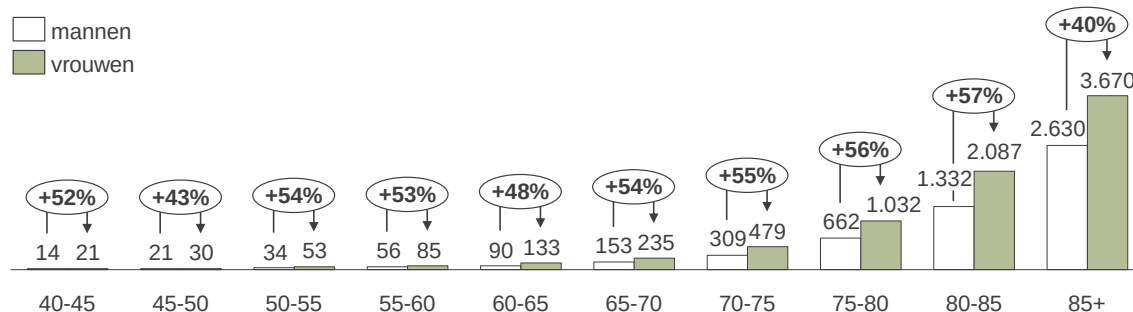
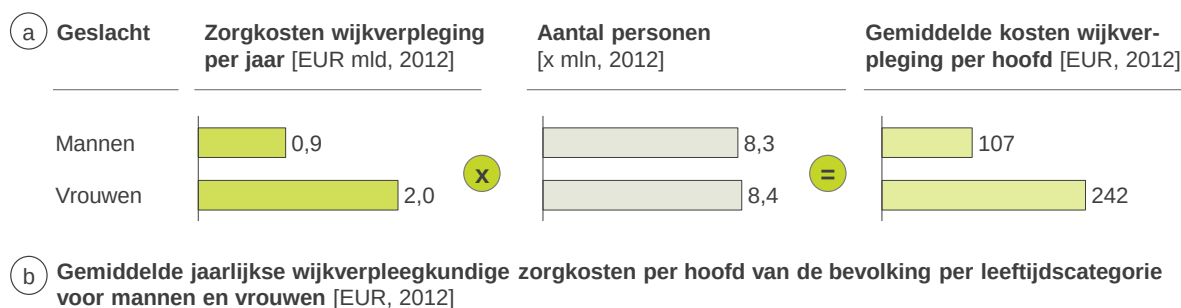


Figuur 1 - Gemiddelde zorgkosten extramurale verpleging en verzorging per vijfjarige leeftijdsklasse. Bron: CAK (2012), CBS (2012)

### Geslacht

Naast leeftijd zijn de zorgkosten in extramurale verpleging en verzorging ook afhankelijk van het geslacht. Vrouwen maken ongeveer 2,5 keer zoveel kosten als mannen (figuur 2a). Dit is deels te verklaren doordat vrouwen gemiddeld een hogere leeftijd bereiken dan mannen en de kosten aan verpleging en verzorging elke vijf jaar verdubbelen zoals we hierboven reeds benoemd hebben. Wanneer we corrigeren voor leeftijd (figuur 2b) blijkt echter dat ook binnen dezelfde leeftijdscategorie vrouwen nog steeds anderhalf keer meer verpleging en verzorging krijgen dan mannen. Dit is waarschijnlijk te verklaren doordat vrouwen door hun

hogere levensverwachting gemiddeld vaker alleen zijn dan mannen in dezelfde leeftijdsklasse. Alleenstaanden hebben een hogere zorgvraag dan echtparen die nog samen zijn. Bij echtparen verleent de partner vaak mantelzorg en is de aanvullende zorgvraag dus. Geslacht moet dus ook nog apart worden meegenomen als persoonskenmerk in de populatiebesteding.



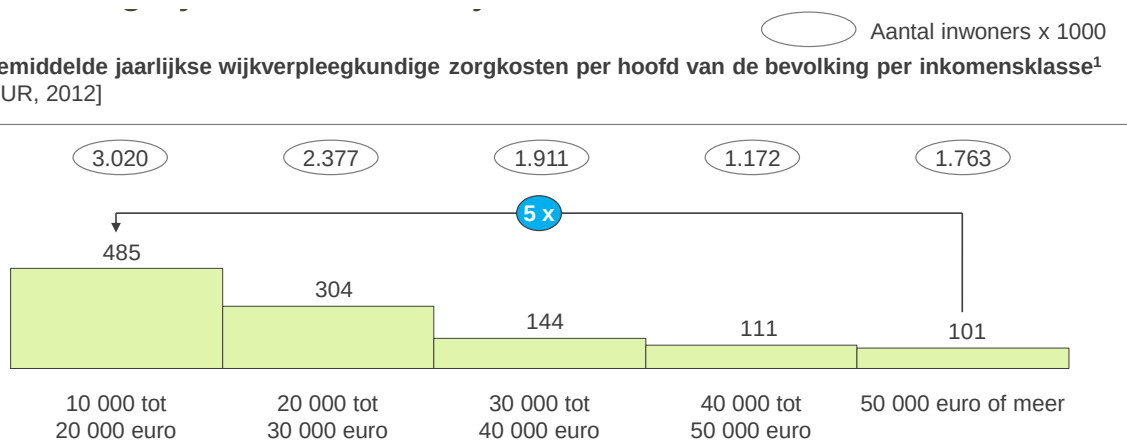
Figuur 2 - Gemiddelde zorgkosten extramurale verpleging en verzorging onder mannen en vrouwen op totaalniveau (a) en per leeftijdscategorie (b). Bron: CAK (2012), CBS (2012). Leeftijdsklassen tot 40 jaar zijn niet weergegeven, omdat de gemiddelde zorgkosten in deze leeftijdsklassen dermate laag zijn dat een vergelijking op geslacht niet zinvol is.

### Inkomen

De zorgkosten in extramurale verpleging en verzorging zijn naast leeftijd en geslacht ook afhankelijk van het inkomen. Personen met een inkomen tussen tienduizend en twintigduizend euro maken gemiddeld bijna vijf keer zoveel kosten aan verpleging en verzorging als personen met een inkomen boven de vijftigduizend euro.



Gemiddelde jaarlijkse wijkverpleegkundige zorgkosten per hoofd van de bevolking per inkomensklasse<sup>1</sup>  
[EUR, 2012]



Figuur 3 - Gemiddelde zorgkosten extramurale verpleging en verzorging per inkomensklasse. Bron: CAK (2012), CBS (2012).

## Bijlage 9: Vergelijkbaarheid van verschillende perioden

De impactanalyses bij de prestatiebekostiging voor segment 2 die we in dit adviesrapport presenteren zijn gebaseerd op Vektis data van november 2012. We hebben voor deze maand gekozen om de volgende redenen:

- Gegevens over het jaar 2012 zijn meer compleet dan 2013. In 2013 ging VWS van start met het experiment regelarme instellingen (ERAI). De productie van de instellingen die hieronder vallen (m.n. Buurtzorg) zit wel in 2012. De maanden aan het eind van 2012 zijn dus de meest recente periodes waarover data beschikbaar is waar alle aanbieders in zitten.
- We kozen voor november ipv december, omdat de ervaring leert dat declaraties over de laatste (en eerste) maand van een jaar soms wat afwijkend zijn en deze dus minder geschikt als referentieperiode.

De randvoorwaarde om dit te kunnen doen is wel dat alle maanden vergelijkbaar zijn met elkaar. Uiteraard onderzochten we dit. In deze bijlage vergelijken we de volgende periodes:

- November 2012
- Februari 2013
- November 2013

Zoals hierboven aangegeven hebben we voor deze maanden in 2013 geen data van ERAI instellingen, maar de gemiddelde uren en deskundigheidsniveaus zouden desondanks niet sterk af mogen wijken van 2012 data.

We vergelijken de drie maanden op drie niveaus

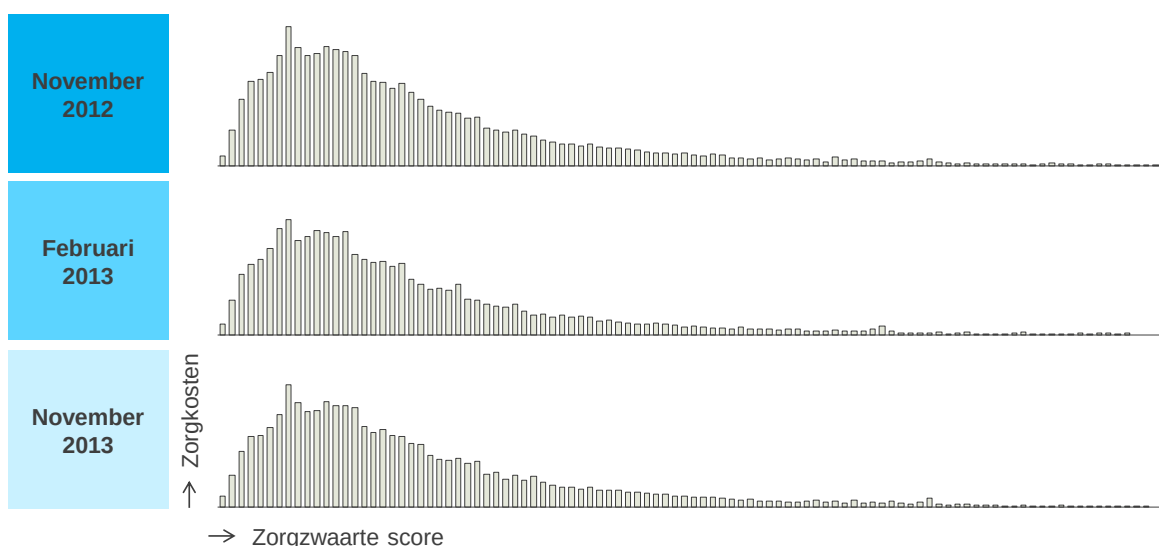
- Vergelijking van spreiding in zorgkosten tussen periodes
- Vergelijking van gemiddelde uren en deskundigheidsniveaus per prestatie
- Vergelijking van prestatiegrenzen waarbij kostenhomogeniteit optimaal is

In de overige analyses is gecorrigeerd van maand naar een periode van 4 weken. Hier laten we de analyse per maand zien. De aantallen uren zullen dus iets hoger zijn.

### *Vergelijking van spreiding in zorgkosten tussen de maanden*

We vergelijken het patroon van de spreiding van zorgkosten tussen de maanden (zie figuur 1). Duidelijk is dat de spreiding voor alle maanden hetzelfde patroon vertoont. Voor de februari 2013 en november 2013 is de curve iets vlakker, vanwege het ontbreken van de kosten van de ERAI instellingen.

## Verdeling zorgkosten naar zorgwaarte

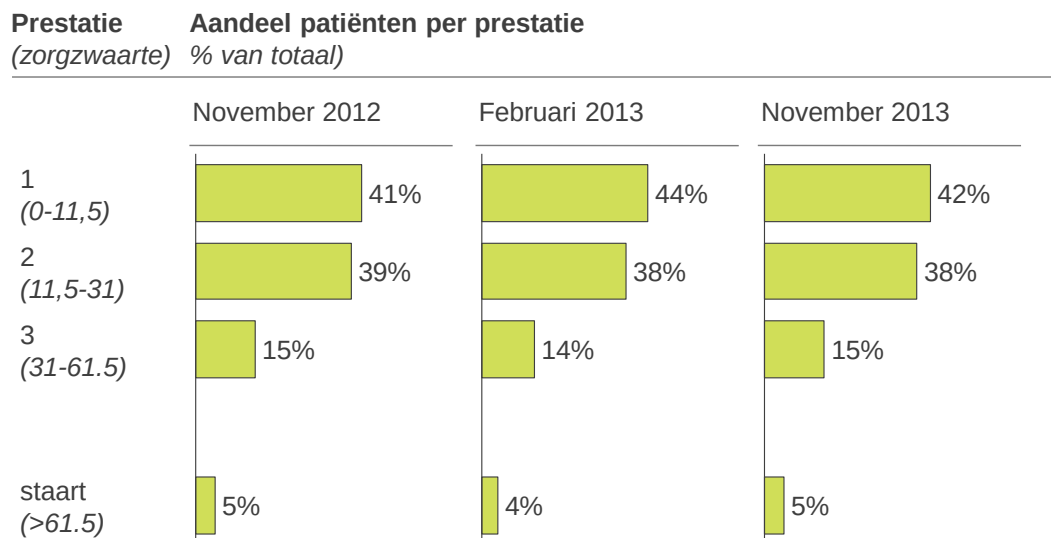


Figuur 1 - Spreiding van zorgkosten naar zorgwaarte score voor november 2012, februari 2013 en november 2013. Bron: Data Vektis (2012, 2013)

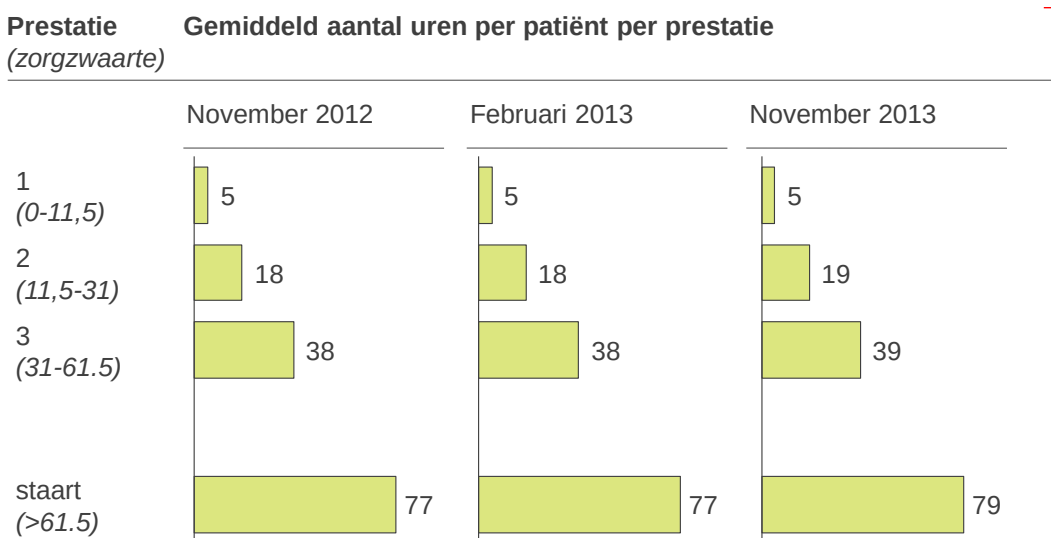
### Vergelijking van gemiddelde aantallen patiënten en uren en deskundigheidsniveaus per prestatie

Een volgende controle die we uitvoerden is een vergelijking van prestatiegemiddelden in de verschillende maanden. We vergeleken het aandeel patiënten in elke prestatie en de gemiddelde uren en deskundigheidsniveaus (figuur 2, 3 en 4).

Figuur 2 en 3 illustreren dat zowel het aandeel van de patiënten in elke prestatie als de gemiddelde uren per prestatie zeer vergelijkbaar zijn voor de drie maanden. Bij vergelijking van de gemiddelde deskundigheidsniveaus (figuur 4) valt voor prestaties 2 en 3 en de 'staart' de trend van een afnemend gemiddeld deskundigheidsniveau op. Nadere analyse van deze trend wijst uit dat deze gedreven wordt door een verschuiving van PV en VP 'speciaal' naar 'basis' in 2013 tov 2012 en een lichte verschuiving van VP naar PV. Zowel de Vektis als de CAK data bevatten dit patroon (zie tabel 1).

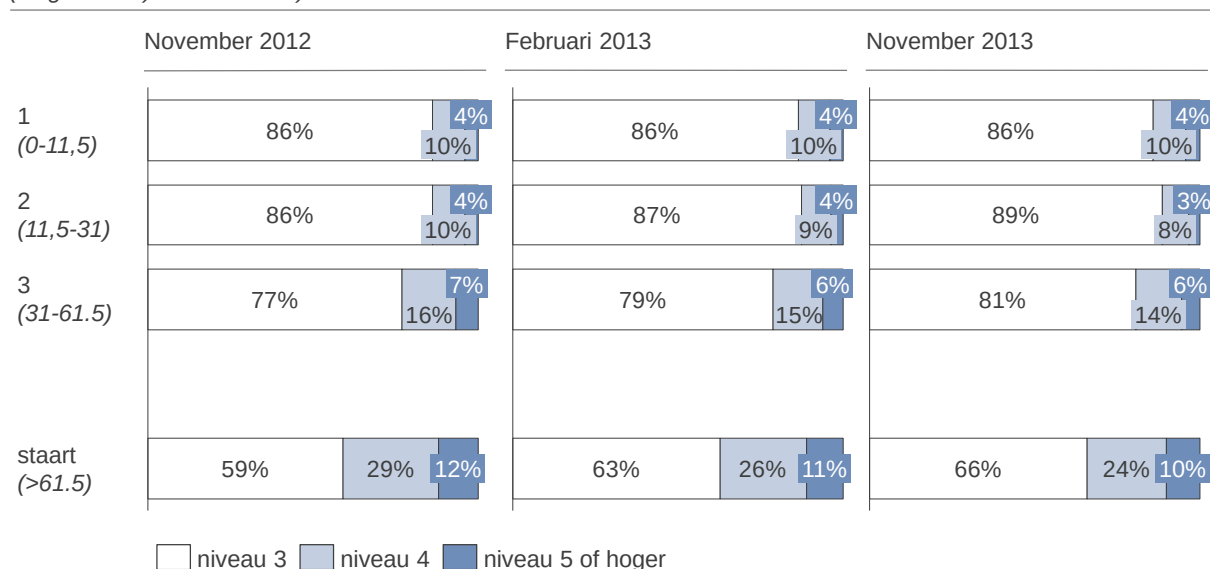


Figuur 2 - Aandeel patiënten per prestatie in november 2012, februari 2013 en november 2013 bij afkappunten op zorgzwaarte scores 11,5, 31 en 61,5. Bron: Data Vektis (2012, 2013)



Figuur 3 - Gemiddeld aantal uren per prestatie voor november 2012, februari 2013 en november 2013 bij afkappunten op zorgzwaarte scores 11,5, 31 en 61,5. Bron: Data Vektis (2012, 2013)

**Prestatie**      **Gemiddelde deskundigheidsniveaus per prestatie**  
(zorgzwaarte) % van totaal)



*Figuur 4 - Gemiddelde deskundigheidsniveaus per prestatie voor november 2012, februari 2013 en november 2013 bij afkappunten op zorgzwaarte scores 11,5, 31 en 61,5. Bron: Data Vektis (2012, 2013)*

*Tabel 1. Verhouding uren in PV / VP basis, extra en speciaal in Vektis en CAK data voor 2012 en 2013*

| prestatie     | Vektis      |             | CAK         |             |
|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|               | 2012        | 2013        | 2012        | 2013        |
| PV-basis      | 67.8%       | 77.3%       | 68.0%       | 76.3%       |
| PV-extra      | 10.4%       | 3.9%        | 10.7%       | 5.2%        |
| PV-speciaal   | 9.4%        | 7.3%        | 9.1%        | 7.2%        |
| VP-basis      | 10.2%       | 10.4%       | 10.3%       | 10.5%       |
| VP-extra      | 1.4%        | 0.4%        | 1.4%        | 0.5%        |
| VP-speciaal   | 0.8%        | 0.6%        | 0.6%        | 0.3%        |
| <b>Totaal</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> |

#### *Vergelijking van prestatiegrenzen waarbij kostenhomogeniteit optimaal is*

We onderzochten de impact van de geobserveerde verschuiving in gemiddeld deskundigheidsniveau op de prestatieindeling door voor november 2012, februari 2013 en november 2013 de prestatiegrenzen vast te stellen waarbij de kostenhomogeniteit optimaal is.

Deze analyse laat zien dat dat het effect op de prestatiegrenzen minimaal is (tabel 2).

Tabel 2 - Prestatiegrenzen waarbij kostenhomogeniteit optimaal is voor november 2012, februari 2013 en november 2013

| Prestatie   | November 2012 |      | Februari 2013 |      | November 2013 |      |
|-------------|---------------|------|---------------|------|---------------|------|
|             | van           | tot  | van           | tot  | van           | tot  |
| Prestatie 1 | 0             | 11,5 | 0             | 11,5 | 0             | 11   |
| Prestatie 2 | 11,5          | 31   | 11,5          | 32   | 11            | 31   |
| Prestatie 3 | 31            | 61,5 | 32            | 61,5 | 31            | 61,5 |

Wij concluderen dat de prestatie indeling robuust is. Wel adviseren wij om goed te monitoren hoe de gemiddelde uren en deskundigheidsniveaus zich ontwikkelen in het nieuwe systeem. Op basis van deze inzichten is te beoordelen of de prestatiegrenzen bijgesteld moeten worden.