

BIJLAGEN BIJ

Advies bekostiging wijkverpleging 2022

Inhoud

Bijlage 1: Onderzoeksrapport Pilot cliëntprofielen wijkverpleging	3
Bijlage 2: Onderzoek bekostiging systeemfuncties wijkverpleging	4
Bijlage 3: Analyse liberalisering tarieven wijkverpleging	32
Bijlage 4: Proces en stappen tot aan 2022	36
Bijlage 5: Fraudetoets	38
Bijlage 6: Analyse financiële effecten	43

Bijlage 1: Onderzoeksrapport Pilot cliëntprofielen wijkverpleging

Dit document is bijgevoegd als separate bijlage.

Bijlage 2:

Onderzoek bekostiging systeemfuncties wijkverpleging

Waarom een onderzoek naar systeemfuncties in de wijkverpleging?

We hebben onderzoek gedaan naar de inrichting en bekostiging van systeemfuncties binnen de wijkverpleging, waaronder onplanbare wijkverpleging in avond, nacht en weekend. Binnen de beleidsregel verpleging en verzorging bestaat de prestatie regionale beschikbaarheidsfunctie onplanbare zorg. Door partijen wordt aangegeven dat het regionaal contracteren van deze zorg onvoldoende tot stand komt. Het doel van het onderzoek is om inzicht te verkrijgen in wat systeemfuncties precies zijn, wat de omvang is en waar een bekostiging van een systeemfunctie in de wijkverpleging aan zou moeten voldoen. Naast onplanbare wijkverpleging hebben we ook gekeken naar mogelijk andere systeemfuncties, zoals coördinatie, samenwerking en preventie op populatieniveau.

ActiZ, V&VN, Zorgthuisnl en ZN hebben in 2019 het initiatief genomen voor een gezamenlijk kader om in 2020 en 2021 te komen tot een toekomstbestendige wijkverpleging. Een van de eerste stappen in dit kader is een betere organisatie van de onplanbare nachtzorg. Hieraan zijn ook acties gekoppeld om al in 2020 tot een betere organisatie van de onplanbare nachtzorg te komen. Partijen merken gezamenlijk het volgende op:

"Wanneer meerdere zorgaanbieders in dezelfde regio de onplanbare nachtzorg aanbieden, is dat inefficiënt en leidt dit niet tot de beste zorg voor de cliënt. Voor onplanbare nachtzorg dienen er namelijk altijd professionals bereikbaar en beschikbaar te zijn, terwijl relatief weinig cliënten daadwerkelijk onverwacht nachtzorg nodig hebben."

Het onderzoek moet beantwoorden hoe een bekostiging kan bijdragen om regionaal en in gezamenlijkheid een systeemfunctie efficiënt aan te kunnen bieden.

De term systeemfunctie is geadopteerd in de wijkverpleging. Dat wil niet zeggen dat andere sectoren geen systeemfuncties kennen. Andere typeringen zijn bijvoorbeeld Organisatie & Infrastructuur (O&I) binnen de huisartsenzorg, acute zorg tijdens ANW-uren geleverd door huisartsenposten, ELV-coördinatiepunten of algemene dienstverlening ten behoeve van verzekerde zorg (ADZ). Voor het positioneren van systeemfuncties kunnen we ook naar deze voorbeelden kijken.

Wat hebben we onderzocht?

Aan het begin van dit jaar is er een enquête uitgezet onder zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars om informatie over op te halen over:

1. De definitie van een systeemfunctie.
2. Welke systeemfuncties we kunnen onderscheiden in de wijkverpleging.
3. Hoe deze ingekocht en bekostigd worden.
4. Praktijkvoorbeelden voor de sector.

We hebben in totaal 70 reacties van zorgaanbieders ontvangen en 9 reacties van zorgverzekeraars. Daarnaast zijn er enkele interviews afgenomen bij deskundigen over dit onderwerp. Deze informatie hebben we gebruikt om tot een definitie van een systeemfunctie te komen, een overzicht van actuele systeemfuncties te geven, de huidige bekostiging te beschrijven en aanbevelingen te doen voor verbeterde bekostiging van systeemfuncties.

Bevindingen

Definitie systeemfuncties

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

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

Systeemfuncties zijn dus gericht op het onderhouden van een netwerk, infrastructuur en organisatie om de zorglevering heen en zijn niet individueel toewijsbaar. Hiermee is een systeemfunctie vooral een regionale organisatievorm en geen individuele zorgfunctie, die door een zorgaanbieder wordt geleverd.

De meeste respondenten kunnen zich vinden in deze definitie. In de enquête was ook de volgende eigenschap van een systeemfunctie opgenomen: "De functie past niet goed binnen de reguliere bekostiging, dat wil zeggen landelijk gemiddelde prestaties verpleging en verzorging." Deze conditie hebben we op verzoek van de respondenten laten vallen, omdat bekostiging een waarderingsinstrument is en geen onderdeel van de beschrijving van zorg en zorg ondersteunende activiteiten.

Leveren systeemfuncties

Voorbeelden van systeemfuncties

We hebben drie voorbeelden van mogelijke systeemfuncties voorgelegd aan aanbieders en verzekeraars

1. Regionale beschikbaarheid van onplanbare nachtzorg.
2. Coördinatie en samenwerken, bijvoorbeeld herkenbare en aanspreekbare teams wijkverpleging of het organiseren van de Juiste Zorg op de Juiste Plek.
3. Preventie in de wijk op populatie niveau.

Van de 70 respondenten geven 49 aanbieders aan de beschreven systeemfuncties te herkennen. In totaal hebben 28 aanbieders één of meerdere aanvullingen voor systeemfuncties gedaan. De meest genoemde aanvulling zijn regionaal werkende teams van gespecialiseerd verpleegkundigen, die beschikken over gespecialiseerde aantekeningen/diploma's/certificaten op het gebied van complexe wondzorg, neurologie, orthopedie, longzorg, COPD-zorg, hartfalen, oncologie en kindzorg. Andere aanvullingen zijn:

- Case management dementie, vanwege het samenwerken in de keten en de regionale organisatie.
- Zorgcentrale met regionaal triageteam, bestaande uit samenwerking onplanbare en acute zorg met ketenpartners HAP/SEH/RAV.
- De regionale coördinatiefunctie ELV. De coördinatiefunctie ondersteunt in de triage van de juiste zorg, geeft inzicht in de beschikbare capaciteit en is 24/7 bereikbaar voor huisartsen, ziekenhuizen en andere ketenpartners.

Zowel de zorgverzekeraars als enkele zorgaanbieders merken op moeite te hebben om coördinatie, samenwerken en preventie als voorbeelden van systeemfuncties te zien. Het betreft activiteiten die onlosmakelijk onderdeel zijn van het dagelijkse werk, takenpakket en vakgebied van de wijkverpleegkundige. Deze respondenten vinden dat hiervoor geen aparte voorziening of structuur nodig is. In de meeste regio's werken aanbieders al samen en dit gaat goed. Je kunt coördinatie en samenwerken wel zien als centraal onderdeel van een systeemfunctie, omdat meerdere zorgaanbieders in een regio er gebruik van maken. Over preventie in de wijk merken respondenten op dat dit veel meer een lokaal onderwerp is en niet regionaal.

Organisatie systeemfuncties in de regio

De meerderheid (51 respondenten) bieden zelf één van de genoemde systeemfuncties aan of participeren in een samenwerkingsvorm. 9 zorgaanbieders hebben de organisatie van de systeemfunctie uitbesteed. Eveneens 9 zorgaanbieders geven aan dat de genoemde systeemfuncties niet regionaal georganiseerd zijn. Eén zorgaanbieder zegt niet mee te doen, omdat ze daartoe niet de mogelijkheid krijgt.

Systeemfuncties zijn zeer verschillend georganiseerd in de regio's. We hebben van de drie voorbeelden van mogelijke systeemfuncties nagevraagd hoe deze zijn georganiseerd en welke activiteiten hieronder vallen. We geven per voorbeeld een overzicht.

Regionale beschikbaarheid van onplanbare zorg

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

- Samenwerking in de nacht met aanbieders die voor elkaar rijden.
- Mobiel nachtzorgteam, dat ook voor andere aanbieders beschikbaar is.
- Zorgcentrale 24/7 samen met hap en seh.
- Verpleegkundig Expertise- en Alarmeringsteam (VEAT), 24/7 alarmopvolging voor professionele alarmering.

De systeemfunctie bestaat uit een veelheid van activiteiten, waaronder: beschikbaarheid van de verpleegkundige en vervoer, beschikbaarheid van een meldkamer of centrale, alarmering, centrale triage, coördinatie, overdracht nazorg, samenwerking regiopartners en hap/seh.

Coördinatie en samenwerken

Er zijn bij het thema coördinatie en samenwerken veel voorbeelden gegeven van functies die onder een systeemfunctie zouden kunnen vallen. We onderscheiden drie hoofdvormen van regionale samenwerking, die deels ook kunnen overlappen:

1. Coördinatiepunt ELV, dat ook vervolgzorg voor grz, Wlz en wijkverpleging coördineert.
2. Zowel verzekeraars als aanbieders zien de ELV coördinatiepunten als systeemfunctie. De coördinatiefunctie ondersteunt in de triage van de juiste zorg, geeft inzicht in de beschikbare capaciteit en is 24/7 bereikbaar voor huisartsen, ziekenhuizen en andere ketenpartners. Dit kan niet individueel worden georganiseerd en levert een belangrijke bijdrage aan de Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP).
3. Gespecialiseerde en technische verpleegkundige teams die hoog complexe zorg thuis leveren. Enkele voorbeelden van specialisaties zijn: Dementiezorg met dementieverpleegkundigen, complexe wondzorg met wondverpleegkundigen, COPD zorg met longverpleegkundigen, palliatieve zorg met palliatief verpleegkundigen, gespecialiseerde verpleging aan kinderen, ziekenhuis verplaatste zorg aan cardiologie patiënten. Taken die hieronder kunnen vallen zijn infuuszorg taken, dialyse taken en taken zoals het installeren en controleren van technisch hoogstaande hulpmiddelen.

Er is bij zorgaanbieders grote behoefte om gespecialiseerde kennis en kunde regionaal te organiseren. Gespecialiseerde en technische verpleging is zorg waar meerdere zorgaanbieders gebruik van maken in een regio. Deze gespecialiseerde wijkverpleging is alleen niet door iedereen zelf kostendekkend te organiseren. In dat geval worden die taken veelal uitbesteed. Uitvoering hiervan ligt bij een enkele zorgaanbieder, namens een groter aantal zorgaanbieders. In dat opzicht voldoet de organisatie hiervan aan de definitie van een systeemfunctie zoals hiervoor verwoord. Het vereist bovendien specifieke deskundigheid, die niet door alle zorgaanbieders geboden kan worden.

In het onderzoek geven aanbieders aan dat het soms moeilijk is om een

kostendekkende vergoeding te krijgen voor specialistische verpleging, zeker wanneer deze in onderaanneming wordt geleverd. Omdat veel zorgaanbieders dit aangeven, benoemen we die bevinding hier.

De levering van de specialistische wijkverpleging zelf is een integraal onderdeel van het wijkverpleegkundig vak en zien we daarom niet als een systeemfunctie. Over deze zorg moeten zorgverzekeraars en zorgaanbieders gezamenlijk tot goede en kostendekkende contractafspraken komen. De regionale organisatie, infrastructuur en beschikbaarheid van dergelijke teams, die nodig is om deze zorg regionaal goed te leveren kunnen we wel zien als een systeemfunctie.

4. Onderhouden regionale netwerken met ketenpartners: huisarts, hap, ziekenhuis, apotheek, gemeente. Deze ketensamenwerking kan gaan over een veelheid aan onderwerpen. Enkele typerende voorbeelden zijn:
 - Ziekenhuis verplaatste zorg om samen met de medisch specialist te bepalen welke hoog complexe zorg thuis geleverd kan worden door bijvoorbeeld specialistische teams. Deze zorg levert een belangrijke bijdrage aan de Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP).
 - Gebruik van een medicatieapp. Dat is een app die het medicatieproces digitaal ondersteunt (van voorschrijven arts tot aan klaarmaken door de apotheek en toedienen door de thuiszorg). Het zorgt voor een verbeterde samenwerking tussen de thuiszorg, apotheker en voorschrijver.
 - Samen met de huisarts vroegtijdig signaleren van kwetsbare ouderen.
 - Zorgcentrale 24/7 samen met hap en seh.
 - Verzorgd wonen samen met de gemeente en woningbouwcorporaties, waarbij toegankelijke woningen in nabijheid van voorzieningen met voorrang worden geboden aan bewoners met een zekere kwetsbaarheid.
 - Ketensamenwerking in de wijk, bijvoorbeeld proeftuin Ruwaard. Bij complexe (zorg)vragen van cliënten - waar vaak al meerdere hulpverleners bij betrokken zijn - wordt multidisciplinair (bij de cliënt thuis) bekeken of het niet anders kan en een samenwerkplan opgesteld.

Samenwerking en coördinatie als voorbeeld van een systeemfunctie is zo algemeen, dat het feitelijk op alle functies van toepassing is, zowel systeemfuncties als reguliere zorgfuncties. En toch geven veel zorgaanbieders aan samenwerking en coördinatie van zorg te zien als een systeemfunctie.

De winst zit in de vele lokale en regionale initiatieven, waarin zorgaanbieders onderling samenwerken, uiteenlopend van acute nachtzorg, en specialistische teams, tot coördinatiepunten voor zorgvragen, het onderhouden van regionale netwerken en vroegsignalering van problematiek bij kwetsbare ouderen. We zien hierin een signaal van zorgaanbieders dat er (in het algemeen) behoefte is aan meer ondersteuning en vergoeding van samenwerking en coördinatie binnen de wijkverpleging.

Preventie in de wijk op populatieniveau

Preventietaken in de wijk liggen vaak bij grotere zorgaanbieders in de regio. Sommige zorgaanbieders merken op dat preventie tot het standaard takenpakket van de wijkverpleegkundige behoort. Ook komt detachering van een wijkverpleegkundige bij de gemeente voor. Met name bij preventie geven zorgaanbieders aan dat hier de samenwerking met de gemeente van cruciaal belang is. Voorbeelden van preventie in de wijk zijn:

- De wijkverpleegkundige is een bekend en duidelijk aanspreekpunt in de wijk. Zij heeft een actieve rol in het wijkteam, pakt samen met de gemeente de preventie in de wijk op, maakt de verbinding tussen de huisarts en het sociale domein en werkt white label.
- Themagericht:
 - Valpreventie in samenwerking met paramedici.
 - Mantelzorgondersteuning.
 - Sociale kaart, Advanced care planning.
 - Initiëren initiatieven op wijkniveau, bv. eenzaamheidsprojecten (huiskamers, belcirkels,zheimercafes, etc.).
 - Afstemmen met wooncorporaties om woningen veiliger te maken, zodat er minder valincidenten kunnen plaatsvinden.
 - Spreekuren bewoners uit de wijk.
 - Plannen om te werken aan gezondere wijk en positieve gezondheid (gezondheidscafes).
 - Vroegsignalering van problematiek bij kwetsbare ouderen. Signaleert problemen en schakelt tijdig zorg in de wijk in (wijkgericht werken).
 - Thema bijeenkomsten: langer thuiswonen, inzet van hulpmiddelen, voorkomen van zorg en overbelasting van de mantelzorger.
- Module sociale infrastructuur (MSI) - (voorbeeld van een zorgaanbieder en verzekeraar)
 - Met een aparte module binnen de bekostiging wijkverpleging (bekostiging die onder volledige verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar valt) kunnen gemeenten en zorgverzekeraars gezamenlijk de positie van de niet-toewijsbare taken van de wijkverpleegkundige – in relatie tot het wijkteam c.q. wijknetwerk – borgen en daarmee de lokale infrastructuur voor zorg en ondersteuning versterken.

Preventieve taken zijn door zorgaanbieders verschillend ingericht. Bij sommige zorgaanbieders geven alle verpleegkundigen op jaarbasis een aantal uren om te besteden aan wijkgericht werken. Bij andere zorgaanbieders is dit specifiek belegd bij enkele verpleegkundigen.

In het onderzoek geven enkele zorgaanbieders aan geen tijd te besteden aan preventie in de wijk, omdat er geen financiering meer is voor wijkgericht werken.

Voor preventie lijkt hetzelfde te gelden als voor coördinatie en samenwerken. Het is integraal onderdeel van het wijkverpleegkundig vak. Wijkverpleging is bij uitstek een vak waar preventie centraal staat. De wijkverpleegkundige is het gezicht in de wijk, werkt samen met de gemeente aan preventie in de wijk en versterkt de relatie tussen de huisarts, wijkverpleging en de gemeente.

Er is bovendien een veelheid aan initiatieven, die op dit thema plaats vinden en deze zorg levert een belangrijke bijdrage aan de Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP). We zien hierin een signaal van zorgaanbieders dat er (in het algemeen) behoefte is aan meer ondersteuning en vergoeding van preventie binnen de wijkverpleging.

Andere voorbeelden

Naast de al genoemde voorbeelden noemt een enkele aanbieder ook eHealth in de regio als potentiële systeemfunctie. Dat kan helpen om technologische innovaties van de grond te krijgen en op te schalen.

Stichting Regionaal Elektronisch Netwerk (REN) West-Brabant is zo'n voorbeeld. Deze non-profit organisatie heeft als doelstelling het bevorderen van de kwaliteit en continuïteit van zorg door de verbetering van de elektronische uitwisseling van informatie tussen zorgaanbieders onderling en van de zorgaanbieders met hun patiënten.

Ook het Care Innovation Center (CIC) West-Brabant is een goed voorbeeld van zo'n regionale samenwerking. Het CIC is een open netwerk dat er in de regio voor zorgt dat de broodnodige innovaties de mensen bereiken die ze ook echt nodig hebben. Het slaat een brug tussen studenten, ondernemers en zorginstellingen om samen de zorg te verbeteren.

Ook voor eHealth lijkt hetzelfde te gelden als voor coördinatie, samenwerken en preventie. Het onderwerp kent vele toepassingen, die zowel lokaal als regionaal ingevuld kunnen worden. Strategisch gezien kan het aantrekkelijk zijn om regionaal samenwerkingsafspraken te maken met financiers en aanbieders van thuiszorgtechnologie. Maar regionale samenwerking alleen betekent niet dat er sprake is van een systeemfunctie.

Het belang om te innoveren is een brede opgave voor de hele sector. Het zou niet wenselijk zijn dit bij een enkele zorgaanbieder in de regio te beleggen. In die zin zien we de toepassing van eHealth en innovatie niet als systeemfunctie.

Bekostiging systeemfuncties

Hoeveel kosten maakt een organisatie voor de levering van systeemfuncties

Niet alle zorgaanbieders geven aan hoeveel van hun zorgkosten samenhangen met systeemfuncties. Zorgaanbieders die hierover wel iets hebben opgenomen geven aan dat de systeemfunctie "Regionale beschikbaarheid van onplanbare nachtzorg" gemiddeld 2% van hun kosten uitmaken. Verificatie met de Vektisdata levert een vergelijkbaar beeld op.

Voor "Coördinatie en samenwerken" is dit percentage ongeveer 1% van het totaal, en voor "Preventie in de wijk" eveneens ongeveer 1%.

Veel zorgaanbieders benoemen dat de vergoeding onvoldoende is om de kosten van de systeemfunctie te dekken te dekken. Kostenverhogende elementen zijn bijvoorbeeld: lagere productiviteit in verband met reistijden en de beschikbaarheidsfunctie of hogere personele kosten in verband met een hoger deskundigheidsniveau.

Perspectief zorgaanbieders

Huidige bekostiging

Zorgaanbieders geven aan dat er in de huidige bekostiging verschillende financieringsmogelijkheden voor systeemfuncties zijn. Zo worden er afspraken gemaakt op basis van lumpsumbedragen, een losse opslag op het integrale tarief of de kosten worden opgenomen in de integrale tarieven voor de verpleging en verzorging. Ook combinaties van bovenstaande financieringsvormen komen voor. Er wordt dan bijvoorbeeld een gedeelte vergoed via de reguliere prestaties en een gedeelte met een opslag op het tarief. Een belangrijke bevinding is dat er zich geen ideale vorm van financiering aftekent in de reacties van de zorgaanbieders.

Nadelen die zorgaanbieders beschrijven aan de huidige bekostiging van wijkverpleging is dat er op dit moment geen mogelijkheid in de regelgeving voorhanden is om niet-cliëntgebonden activiteiten te declareren. Mede hierdoor verschilt de wijze van bekostiging en de eisen die gesteld worden erg per zorgverzekeraar.

Daarnaast komen niet alle zorgaanbieders in aanmerking om afspraken te maken met zorgverzekeraars over het declareren van systeemfuncties. Vooral voor de kleine en middelgrote zorgaanbieders in de wijkverpleging is dit lastig wat kan leiden tot een monopolie positie voor de grotere zorgaanbieders. Zorgaanbieders die wel inhoudelijke afspraken kunnen maken met zorgverzekeraars ervaren dat de tarieven niet kostendekkend zijn. Eén van de oorzaken hiervan is dat de tarieven niet geïndexeerd worden.

Zorgaanbieders zouden graag een uniformere wijze van financiering willen. Daarmee willen ze tarieven die aangepast zijn aan de lagere productiviteit als gevolg van minder courante routes, langere reisafstanden en beschikbaarheid. Hiermee hopen ze moeilijkheden door verschillende bekostigingsvormen te verhelpen en te zorgen voor een daling in administratieve lasten. Meerjarencontracten helpen hierbij en bieden perspectief om te kunnen investeren.

Nieuwe bekostiging

Voor een nieuwe bekostiging zien zorgaanbieders voordelen van het apart beschrijven en vergoeden van systeemfuncties. Zo wordt inzichtelijk op welke manier deze activiteiten worden vergoed en kan ook beter inzichtelijk worden gemaakt of deze vergoedingen kostendekkend zijn. Daarnaast helpt dit zorgaanbieders en zorgverzekeraars om concrete afspraken te maken over het organiseren van verschillende regionale functies.

Perspectief zorgverzekeraars

Huidige bekostiging

De meeste zorgverzekeraars geven aan dat zij op dit moment systeemfuncties inkopen. Zeven van de negen verzekeraars kopen regionale beschikbaarheid van onplanbare nachtzorg in, zes verzekeraars coördinatie en samenwerken (onder andere op het gebied van ketenzorg dementie, specialistische wijkverpleging en/of complexe wondzorg) en vier preventie in de wijk op populatieniveau. Zes verzekeraars gaven aan dat ze ook nog andere type systeemfuncties inkopen, namelijk S1 activiteiten – wijkgericht werken.

De manier van inkopen verschilt per zorgverzekeraar en per systeemfunctie. Zorgverzekeraars geven aan dat zij gebruik maken van integrale tarieven, een losse opslag op het tarief of van lumpsum bedragen. Dit komt overeen met wat zorgaanbieders aangeven. Daarnaast geven zij aan specifieke prestaties uit de wijkverpleging te gebruiken zoals de prestatiecode 1024 'beschikbaarheid onplanbare nachtzorg' of de prestatiecode 1023 'Belonen op maat' voor coördinatie en samenwerken en preventie in de wijk op populatieniveau.

Kleine zorgverzekeraars of zorgverzekeraars met weinig cliënten in de regio volgen vaak de afspraken van de preferente zorgverzekeraar in de regio.

Net als zorgaanbieders geven zorgverzekeraars aan dat er onvoldoende mogelijkheden zijn in de regelgeving om niet-cliëntgebonden activiteiten te declareren.

Nieuwe bekostiging

Zorgverzekeraars geven aan dat voor een nieuwe bekostiging de definitie van systeemfuncties duidelijker moet zijn. Op dit moment is er te veel variatie in de indeling, interpretatie en uitvoering. Zo geven zorgverzekeraars bijvoorbeeld aan dat ketenzorg dementie onder verschillende systeemfuncties kan vallen.

Zorgverzekeraars benadrukken ook dat zij geen voorstander zijn van veel verschillende systeemfuncties. Deze moeten dan allemaal apart ingekocht en vergoed worden. Dit zorgt voor inefficiëntie en beperkt de samenwerking tussen zorgaanbieders.

Een beperkt aantal prestaties, duidelijke afspraken en definities zullen tot betere inkoopafspraken leiden. Daarnaast geven zorgverzekeraars aan dat er aandacht moet zijn voor financieringsschotten, omdat systeemfuncties vaak domein overstijgend zijn (Wmo, Zvw, Wlz).

Verder zien zorgverzekeraars graag dat er geen regionale verschillen zijn in systeemfuncties, maar dat deze landelijk uniform georganiseerd zijn.

Zorgverzekeraars zouden graag zien dat zorgaanbieders de resultaten inzichtelijk maken, die bereikt worden door de inzet van systeemfuncties. Dat helpt om duidelijker te krijgen welk deel van de betaling waarvoor bestemd is, wat de effecten zijn van systeemfuncties en hoe de verantwoordelijkheden verdeeld zijn.

Praktijkvoorbeelden systeemfuncties

Ter informatie voor de lezer geven we hieronder de genoemde praktijkvoorbeelden weer. Deze hoeven niet allemaal onder de definitie van systeemfuncties te vallen. We geven ze evenwel weer, omdat het praktijkvoorbeelden zijn van onderwerpen die beter functioneren als er regionaal afspraken zijn.

Praktijkvoorbeelden
STMG: Regionale nachtzorg regio Arnhem
Springplankproject in Zwolle: https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/praktijkvoorbeelden/zorgcentrale-noord-coördineert-acute-zorgvragen
Zorggroep Noordwest Veluwe: Deelnemen in het sociaal team werkt regionaal goed. Een wijkverpleegkundige schuift wekelijks aan bij overleggen vanuit Wmo en denkt vanuit expertise zorg in de wijk mee over oplossingen van complexe casussen.
Opella: Samenwerkingsovereenkomst met de gemeente Ede, zorgverzekeraar Menzis en zorgkantoor Menzis voor Domein Overstijgend Werken.
Zorgschakel: Samenwerkingsverband van vier zorgorganisaties in Enschede op het gebied van gespecialiseerde zorg.
ThoeZ Twente (Medisch Technisch Handelen): Biedt medisch specialistisch verpleegkundige zorg thuis aan.
Zorggroep Noord en Midden Limburg: Positief over vast tarief per cliënt per maand, dit verder uitbouwen naar de totale dienstverlening onder wijkverpleging.

Praktijkvoorbeelden

ZZG Zorggroep:

- Zorgcentrale op locatie HAP en Spoedplein (SEH) ziekenhuis.
- Samenwerking op o.a. gebied van casemanagement dementie en palliatieve zorg.
- Bureau Crisistoewijzing (BCI): Samenwerking op gebied van crisis.

Envida:

De Schakel, triage afdeling van Envida in het MUMC+:

<https://www.envida.nl/verpleegzorg/naar-alle-zorgcentra/de-schakel>

Pantein:

- Beschikbaarheidsfunctie Pantein in regio Land van Cuijk en Noord-Limburg.
- Transferpunt Pantein.

Proeftuin Ruwaard:

Brede sociaal maatschappelijke en medische alliantie waar wijkbewoners samen met organisaties tegen lagere kosten aan een betere (positieve) gezondheid werken.

Groenhuysen:

VKO (Vroegsignalering Kwetsbare Ouderen) in samenwerking met wijkverpleegkundigen, huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde om kwetsbare ouderen vroegtijdig in beeld te brengen, waarop de juiste zorg thuis geleverd kan worden, cliënten langer thuis kunnen blijven wonen en structureel gevolgd worden door professionals.

Iriz:

De wondzorg (in combinatie met de regiefunctie) in de hele provincie Zeeland. Met daarin een samenwerking met alle zorgaanbieders in de regio zonder dat hier moeilijke samenwerkingsovereenkomsten aan ten grondslag liggen.

Sensire:

Samenwerking nachtzorg. Via 1 centrale verpleegkundige alle planbare en onplanbare zorg in de nacht toeleiden naar de auto die in dit gebied rijdt. Via GPS is de plaatst waar de auto zich bevindt inzichtelijk voor de centrale. Door bundelen van krachten regionaal rijden auto's niet langs elkaar heen en wordt schaarse capaciteit om een zeer beperkt volume efficiënt ingezet.

TinZ: Dementiezorg in Friesland

Regioaanbieders vormen gezamenlijk een netwerk dementie, zonder dat hier aparte samenwerkingsafspraken voor nodig zijn. Vertrouwen en commitment op bestuurlijk niveau. Jaarlijks worden de resultaten gedeeld en worden onderlinge kosten verrekend. Dit alles zonder zware administratieve lasten.

Thuiszorg Zuidwest Friesland:

- Technologisch Thuiszorgteam – leveren van hoog complexe zorg.
- Casemanagement Dementie.

Omring:

- Werkwijze van het triageteam
- Website herstelbedden.nu
- Inzet van orthopedieverpleegkundigen regio West-Friesland

Praktijkvoorbeelden
ELV coördinatie in Noord Holland
<p>Zorgbalans:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 24-uurszorg in de wijk (gepland en ongepland). - Gespecialiseerde zorg (Juiste Zorg op de Juiste Plek). - Regio brede dekking van de beschikbaarheid van wijkverpleging (regulier en gespecialiseerd). - Intensieve samenwerking met elke huisartsenpraktijk in de regio (gewoon zo lang het kan en pas opschalen waar nodig). - Eerste opzet samenwerking HAP en 24-uurs Alarmopvolging Wijkverpleging
<p>Evean:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nachtzorg Amsterdam. - Dementie Ketenzorg Amsterdam en Zaanstreek/Waterland. - Inkt Ouderenzorg Noord-Holland.
<p>Careyn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voor de beschikbaarheid van zorg; de RAVU die voor VVT-aanbieders in de provincie Utrecht met 2 "B-auto's" de opvolgingen verzorgt. Er is slechts sprake van ca 5 opvolgingen per nacht. - Mobiel Geriatisch Team Utrecht Stad
<p>DuurSaam Houten:</p> <p>Samenwerking tussen ketenpartners om een integraal en samenhangend aanbod van ondersteuning en zorg voor ouderen in Houten te bieden.</p>

Aanbevelingen voor de bekostiging van systeemfuncties

Doel

Uit het onderzoek blijkt dat zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars voor een eenduidige beschrijving en bekostiging van systeemfuncties zijn. De definitie die we in het onderzoek hebben gebruikt wordt door het grootste deel van de partijen herkend.

We zien dat systeemfuncties gericht zijn op het onderhouden en organiseren van netwerken en infrastructuur. Het is met name een organisatieschil om de zorglevering heen en niet de individueel toewijsbare zorg zelf. Wijkverpleging is een integraal vak waar coördinatie, samenwerken en preventie een belangrijk onderdeel van zijn. Deze activiteiten zijn onlosmakelijk onderdeel van het dagelijkse werk, takenpakket en vakgebied van de wijkverpleegkundige. Bij systeemfuncties gaat het dus om de organisatie van bepaalde regionale functies, die bij een enkele zorgaanbieder worden belegd en die vitaal zijn voor het lokaal goed functioneren van wijkverpleging. Het is daarbij belangrijk dat verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en verzorgenden zitting hebben of inspraak hebben in de samenwerkingsverbanden van de zorgaanbieder waarbij zij werkzaam zijn.

Samenwerking tussen zorgaanbieders en coördinatie van zorg zijn essentiële onderdelen om een systeemfunctie in een regio goed te borgen.

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

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

Mogelijke prestaties

Op basis van het onderzoek zijn mogelijke prestaties om verder uit te werken voor de bekostiging van systeemfuncties per 2022:

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

De derde prestatie heeft een vrij karakter en is geschikt voor alle overige vormen van regionale samenwerking en infrastructuur, die nodig zijn om deze zorg goed te leveren in een regio.

Voor alle prestaties geldt een contractvereiste. De prestaties kennen een vrij tarief met een vast bedrag per zorgaanbieder op basis van de samenstelling van de populatie in de regio.

De prestaties bieden alleen een vergoeding voor de organisatie en beschikbaarheid van de zorg. De individueel geleverde zorg valt hier niet onder. Die is onderdeel van de integrale prestatie verpleging en verzorging. Op deze manier behouden we het integrale karakter van de individuele zorglevering die past bij de beoogde integrale prestatiebeschrijving en bekostiging van de reguliere wijkverpleging.

Zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders hechten er waarde aan om apart afspraken te maken over systeemfuncties in de regio en om deze administratief gescheiden te houden van reguliere zorg. Het voordeel hiervan is dat:

- er separate kostendekkende afspraken gemaakt kunnen worden.
- het transparantie geeft over de bestemming van het geld.
- het zowel activiteiten als de resultaten herleidbaar en inzichtelijk maakt.

Algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg (ADZ)

Bij de uitwerking van de prestaties willen we de mogelijkheid onderzoeken om de systeemfuncties als Bekostiging ADZ te beschouwen. Eén van de grote voordelen is de mogelijk om ADZ zelfstandig door derden te kunnen laten declareren.

De minister voor Medisch Zorg heeft hier onlangs een brief naar de Tweede Kamer gestuurd.¹ We zien de systeemfuncties in de wijkverpleging als vergelijkbaar met ADZ. Daarover zegt de minister: "ADZ faciliteert een betere samenwerking en daarmee een betere kwaliteit, doelmatigheid en betaalbaarheid van zorg, waarbij de inzet is dat door deze efficiëntere wijze van bekostiging voor zorgaanbieders meer tijd vrijkomt voor echte zorgtaken. De behoefte en noodzaak van dergelijke ondersteunende diensten neemt toe."

Randvoorwaarden die nodig zijn

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

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

¹ <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/kamerstukken/2020/06/29/kamerbrief-bekostiging-algemene-diensten-ten-behoeve-van-verzekerde-zorg>

Verantwoording onderzoek systeemfuncties

In dit hoofdstuk beschrijven we de omvang van systeemfuncties, hoe zorgverzekeraars en zorgaanbieders de zorginkoop vormgeven en welke tarieven zij daarbij hanteren. Ook zijn de volledige vragenlijsten voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars opgenomen.

Omschrijving systeemfuncties

Met de vragenlijst krijgen we inzicht in welke functies zorgaanbieders als systeemfuncties herkennen. Naast ons voorstel voor systeemfuncties hebben zorgaanbieders aanvullingen gedaan, zoals gespecialiseerde verpleging, kindzorg en complexe wondzorg. Helaas zijn er geen data beschikbaar om de totale omvang van systeemfuncties te becijferen. Wanneer zorgaanbieders bijvoorbeeld een vergoeding ontvangen voor een systeemfunctie door middel van een integraal tarief, dan geeft dat geen inzicht in het deel dat ter vergoeding is van de geleverde systeemfuncties. We kunnen wel iets zien in de data over systeemfuncties die via een aparte prestatie zijn gedeclareerd.

Onderscheid in type systeemfunctie

We herkennen vier voorbeelden van systeemfuncties die apart gedeclareerd worden: beloning op maat, regiefunctie complexe wondzorg, regionale beschikbaarheidsfunctie onplanbare zorg en ketenzorg dementie. Uit de Vektis data die wij tot onze beschikking hebben lijken de prestatiecodes voor regionale beschikbaarheidsfunctie onplanbare zorg en ketenzorg dementie niet in gebruik te zijn. Wellicht worden deze systeemfuncties volledig vergoed door het integrale tarief. Daarom kunnen we geen informatie uit de Vektis data halen met betrekking tot deze systeemfuncties.

Onderstaande tabel laat de ontwikkeling in het aantal zorgaanbieders zien die werken met systeemfuncties die apart gedeclareerd worden. We zien dat zowel het aantal zorgaanbieders als hun gezamenlijke omzet binnen de systeemfuncties over de jaren toeneemt. De omvang van beloning op maat en complexe wondzorg stijgt, hoewel het aantal zorgaanbieders, dat beloning op maat levert, daalt.

Systeemfuncties en prestatiecodes	Meeteenheid	2016	2017	2018	2019 (excl. Q4)
Beloning op maat (1023)	Aantal zorgaanbieders	2	151	73	66
	Totaal vergoed	4,0	16,5	4,4	7,2
Complexe wondzorg (1025)	Aantal zorgaanbieders	6	26	31	40
	Totaal vergoed	1,2	3,4	3,6	4,2

Tabel 1. Ontwikkeling systeemfuncties. Vergoed wordt gegeven in miljoenen. Bron: Vektis

Onderzoeksverantwoording

In dit rapport lichten we toe hoe de aanbieders en verzekeraars de systeemfuncties ervaren. In het onderzoek richtten we ons op alle partijen die afspraken maken over systeemfuncties.

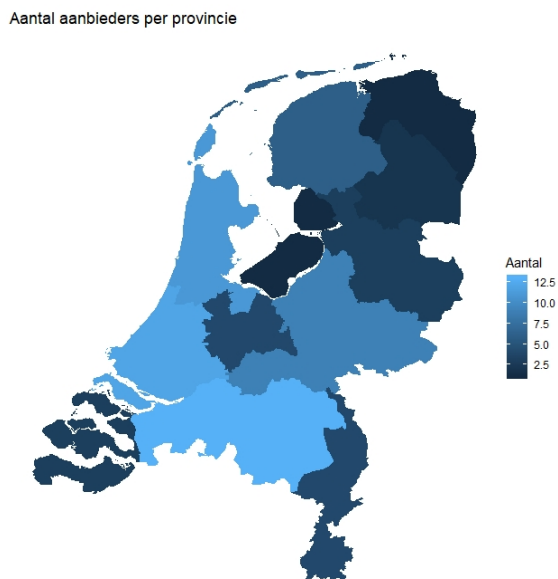
Selectie aanbieders

Met betrekking tot de [indeling](#) van regio's van Zorgverzekeraars Nederland zijn de grootste en middel grootste zorgaanbieders per regio geselecteerd. De redenering achter deze keuze is dat

grotere aanbieders meer kans maken om gekozen te worden als uitvoerders van systeemfuncties door de verzekeraars. Met het gebruik van Vektis data uit 2018 is de omzet van zorgaanbieders die wijkverpleging leveren berekend. Met de input van de branchepartijen Actiz en Zorgthuisnl is de lijst aangevuld. Uiteindelijk is de vragenlijst over systeemfuncties verstuurd naar 107 aanbieders en naar alle 11 zorgverzekeringconcerns.

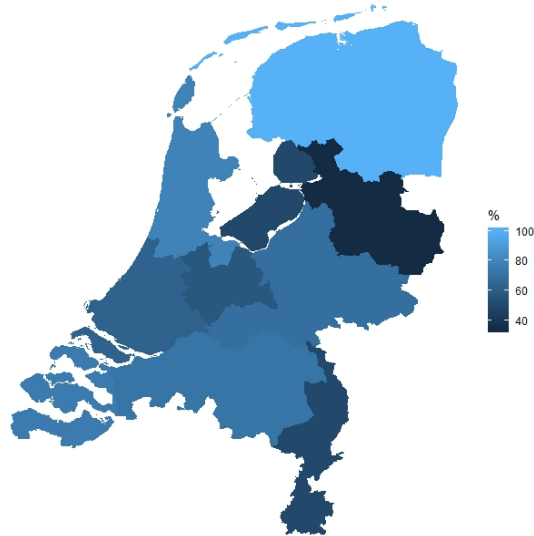
Vragenlijst

Via een vragenlijst zijn zorgaanbieders en zorgverzekeraars naar hun ervaringen met de systeemfuncties gevraagd. De vragenlijst is ingevuld door 9 van de 11 zorgverzekeringconcerns. Twee kleine zorgverzekeraars hebben de vragenlijst niet ingevuld. Wij beschouwen de respons van de zorgverzekeraars als representatief. De vragenlijst is daarnaast door 70 zorgaanbieders ingevuld (ongeveer 65% responspercentage). We streven naar een representatieve steekproef van aanbieders qua omzet en regioverdeling. De 70 zorgaanbieders representeren samen ruim 35% van de omzet wijkverpleging in 2018. Daarnaast behoren 46 van de 70 respondenten tot de top 100 grootste zorgaanbieders binnen de wijkverpleging. Deze 100 zorgaanbieders leveren in 2018 samen 78% van de omzet wijkverpleging (excl. pgb). Met betrekking tot de regio-indeling ontvingen we de meeste ingevulde vragenlijsten uit de provincies Noord-Brabant, Zuid- en Noord-Holland (figuur 3). Alle provincies behalve één hadden een responsepercentage groter dan of gelijk aan 50% (figuur 4). Bijgevolg beschouwen we de respons van de zorgaanbieders als representatief.



Figuur 3. Aantal respondenten per provincie

Procent aanbieders per provincie



Figuur 4. Responspercentage per provincie.

Negen van de respondenten hebben aangegeven dat in hun regio systeemfuncties niet regionaal zijn georganiseerd en dat ze zelfs geen systeemfuncties bieden. De rest participeert aan de levering van systeemfuncties of de systeemfuncties worden door andere zorgaanbieders in hun regio georganiseerd.

Vektis analyses

In paragraaf 'omvang van systeemfuncties' worden cijfers getoond die zijn gebaseerd op Vektis declaratiegegevens. Dit betreft gegevens van het jaar 2016 t/m Q3 2019.

Vragenlijst systeemfuncties zorgaanbieders

Waarom deze enquête?

In de voortgangsrapportage: [Doorontwikkeling bekostiging wijkverpleging \(februari 2019\)](#), is beschreven waar we staan met de uitwerking van de nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging en welke stappen we de komende tijd voor ons zien. We hebben toegezegd een onderzoek te doen naar de organisatie en bekostiging van systeemfuncties, waaronder onplanbare wijkverpleging in avond, nacht en weekend, en of er daarvoor barrières liggen in de huidige bekostiging. Naast onplanbare wijkverpleging kijken we ook naar mogelijke verbeteringen voor andere systeemfuncties, zoals coördinatie, samenwerking en preventie op populatieniveau.

De minister heeft deze actie overgenomen in de Kamerbrief: [Bekostiging en toekomstperspectief voor de wijkverpleging, 14 mei 2019](#). Er is toegezegd dat in 2020 de NZa met partijen het onderzoek naar systeemfuncties afrondt.

Daarom starten we een onderzoek naar systeemfuncties in de wijkverpleging. Het onderzoek naar de systeemfuncties is onderdeel van de doorontwikkeling van de bekostiging. Het doel van het onderzoek is om inzicht te krijgen in wat systeemfuncties precies zijn, wat de omvang is en waar een bekostiging van een systeemfunctie in de wijkverpleging aan zou moeten voldoen. Wij verzoeken u daarom onderstaande vragen te beantwoorden.

De ingevulde enquête kunt u per e-mail terugsturen naar ons secretariaat: regulering@nza.nl ter attentie van Yvonne Donker.

De reactietermijn loopt tot en met **woensdag 12 februari 2020**. We verzoeken u vriendelijk om voor die datum te reageren.

Wij stellen uw medewerking zeer op prijs. We verwachten dat het invullen van de vragenlijst ongeveer 30 minuten kost.

1. Omschrijving systeemfuncties

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

- Betreft een functie die de zorgverzekeraar en/of zorgaanbieder op bovenlokaal niveau (regionaal) doelmatig wil organiseren en hangt samen met een aparte organisatie van zorg (voorziening/infrastructuur).
- Behoeft een selectie van zorgaanbieders, die voor de functie verantwoordelijk zijn, bijvoorbeeld vanwege regionale beschikbaarheid.
- De functie past niet goed binnen de reguliere bekostiging, dat wil zeggen landelijk gemiddelde prestaties verpleging en verzorging. Er kunnen verschillende redenen zijn waarom het niet goed past.

Hiermee is een systeemfunctie vooral een regionale organisatievorm en minder een individuele zorgfunctie, die een zorgaanbieder levert.

1.1. Heeft u aanvullingen/aanpassingen met betrekking tot deze omschrijving van systeemfuncties in de wijkverpleging?

--

2. Leveren systeemfuncties

We onderscheiden in ieder geval drie systeemfuncties:

1. Regionale beschikbaarheid van onplanbare nachtzorg;
2. Coördinatie en samenwerken, bijvoorbeeld i.v.m. herkenbare en aanspreekbare teams wijkverpleging of het organiseren van de Juiste Zorg op de Juiste Plek;
3. Preventie in de wijk op populatieniveau.

2.1. Herkent u zich in de beschreven drie systeemfuncties in de wijkverpleging?

- Zo niet, waarom niet?
- Of heeft u aanvullingen op deze drie voorbeelden? Zo ja, welke?

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nee, want
<input type="checkbox"/> Aanvulling: |
|---|

2.2. Zijn de genoemde systeemfuncties in uw regio regionaal georganiseerd en doet uw organisatie hieraan mee?

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Ja, wij bieden zelf systeemfuncties aan
<input type="checkbox"/> Ja, maar georganiseerd door andere zorgaanbieders
<input type="checkbox"/> Nee |
|--|

2.3. Als u deze zorg zelf in de wijkverpleging levert, kunt u dan aangeven hoe u dit georganiseerd heeft? Specificeer per systeemfunctie.

1. Regionale beschikbaarheid van onplanbare nachtzorg
2. Coördinatie en samenwerken
3. Preventie in de wijk op populatieniveau
4. Anders (zie 2.1)

- 2.4. Als u deze zorg zelf in de wijkverpleging levert, kunt u dan aangeven welke activiteiten onder de systeemfunctie vallen? Specificeer per systeemfunctie.**

1. Regionale beschikbaarheid van onplanbare nachtzorg
2. Coördinatie en samenwerken
3. Preventie in de wijk op populatieniveau
4. Anders (zie 2.1)

Vanuit de landelijke Vektis declaratiedata hebben wij geen zicht op de werkelijke omvang en gemaakte kosten in het kader van systeemfuncties. Indien u zelf systeemfuncties in de wijkverpleging levert verzoeken we u daarom de volgende vraag te beantwoorden.

- 2.5. Hoeveel kosten maakt uw organisatie voor de levering van systeemfuncties en welk percentage is dit ten opzichte van de totale kosten wijkverpleging? Specificeer per systeemfunctie.**

1. Regionale beschikbaarheid van onplanbare nachtzorg a. Hoeveel, € b. Percentage, %
2. Coördinatie en samenwerken a. Hoeveel, € b. Percentage, %
3. Preventie in de wijk op populatieniveau a. Hoeveel, € b. Percentage, %
4. Anders (zie 2.1) a. Hoeveel, € b. Percentage, %

3. Bekostiging systeemfuncties

- 3.1. Hoe declareert u de systeemfuncties bij uw dominante zorgverzekeraar?**

<p>1. Regionale beschikbaarheid van onplanbare nachtzorg</p> <p><input type="checkbox"/> Via aparte afspraken buiten de reguliere/integrale prestaties om;</p> <p><input type="checkbox"/> De kosten voor deze werkzaamheden zijn opgenomen in de afspraken voor reguliere/integrale prestaties;</p> <p><input type="checkbox"/> Kosten worden niet vergoed door de zorgverzekeraars;</p> <p><input type="checkbox"/> Anders, namelijk:</p>
--

<p>2. Coördinatie en samenwerken</p> <p><input type="checkbox"/> Via aparte afspraken buiten de reguliere/integrale prestaties om;</p> <p><input type="checkbox"/> De kosten voor deze werkzaamheden zijn opgenomen in de afspraken voor reguliere/integrale prestaties;</p> <p><input type="checkbox"/> Kosten worden niet vergoed door de zorgverzekeraars;</p> <p><input type="checkbox"/> Anders, namelijk:</p>
<p>3. Preventie in de wijk op populatieniveau</p> <p><input type="checkbox"/> Via aparte afspraken buiten de reguliere/integrale prestaties om;</p> <p><input type="checkbox"/> De kosten voor deze werkzaamheden zijn opgenomen in de afspraken voor reguliere/integrale prestaties;</p> <p><input type="checkbox"/> Kosten worden niet vergoed door de zorgverzekeraars;</p> <p><input type="checkbox"/> Anders, namelijk:</p>
<p>4. Anders (zie 2.1)</p> <p><input type="checkbox"/> Via aparte afspraken buiten de reguliere/integrale prestaties om;</p> <p><input type="checkbox"/> De kosten voor deze werkzaamheden zijn opgenomen in de afspraken voor reguliere/integrale prestaties;</p> <p><input type="checkbox"/> Kosten worden niet vergoed door de zorgverzekeraars;</p> <p><input type="checkbox"/> Anders, namelijk:</p>

**3.2. Hoe worden de systeemfuncties in de wijkverpleging ingekocht door zorgverzekeraars? Denk hierbij aan afspraken (inhoud) en vergoeding (tarieven).
Wat zijn uw ervaringen met de inkoop door zorgverzekeraars (bijvoorbeeld op het gebied van congruent marktgedrag)? Specificeer per systeemfunctie.**

<p>1. Regionale beschikbaarheid van onplanbare nachtzorg</p> <p>a. Afspraken en vergoeding</p> <p>b. Ervaringen</p>
<p>2. Coördinatie en samenwerken</p> <p>a. Afspraken en vergoeding</p> <p>b. Ervaringen</p>
<p>3. Preventie in de wijk op populatieniveau</p> <p>a. Afspraken en vergoeding</p> <p>b. Ervaringen</p>
<p>4. Anders (zie 2.1)</p> <p>a. Afspraken en vergoeding</p> <p>b. Ervaringen</p>

- 3.3. Welke afspraken heeft u met andere aanbieders gemaakt over systeemfuncties in de wijkverpleging? Wat zijn uw ervaringen (bijvoorbeeld op het gebied van samenwerking)? Specificeer per systeemfunctie.**

1. Regionale beschikbaarheid van onplanbare nachtzorg a. Afspraken b. Ervaringen
2. Coördinatie en samenwerken a. Afspraken b. Ervaringen
3. Preventie in de wijk op populatieniveau a. Afspraken b. Ervaringen
4. Anders (zie 2.1) a. Afspraken b. Ervaringen

- 3.4. Waar zou volgens u de bekostiging van een systeemfunctie in de wijkverpleging (minimaal) aan moeten voldoen?**

--

- 3.5. Welke voor- en nadelen ziet u in het apart beschrijven van systeemfuncties ten opzichte van reguliere verpleging en persoonlijke verzorging in de wijkverpleging?**

--

4. Praktijkvoorbeelden systeemfuncties

- 4.1. Kent u praktijkvoorbeelden die als best practice kunnen dienen? Zo ja, kunt u het voorbeeld beschrijven?**

--

Afsluiting

Dit is het einde van de vragenlijst. Hartelijk dank voor uw medewerking!

Wilt u op de hoogte blijven van de uitkomsten het onderzoek naar de systeemfuncties in de wijkverpleging en welk advies we hierover geven aan het ministerie van VWS? Via de nieuwsbrief wijkverpleging blijft u op de hoogte van alle ontwikkelingen. Wilt u de nieuwsbrief ontvangen? [Meld u zich dan hier aan!](#)

Heeft u nog opmerkingen over de vragenlijst, dan kunt u die hier kwijt:

Vragenlijst systeemfuncties zorgverzekeraars

Waarom deze enquête?

In de voortgangsrapportage: [Doorontwikkeling bekostiging wijkverpleging \(februari 2019\)](#), is beschreven waar we staan met de uitwerking van de nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging en welke stappen we de komende tijd voor ons zien. We hebben toegezegd een onderzoek te doen naar de organisatie en bekostiging van systeemfuncties, waaronder onplanbare wijkverpleging in avond, nacht en weekend, en of er daarvoor barrières liggen in de huidige bekostiging. Naast onplanbare wijkverpleging kijken we ook naar mogelijke verbeteringen voor andere systeemfuncties, zoals coördinatie, samenwerking en preventie op populatieniveau.

De minister heeft deze actie overgenomen in de Kamerbrief: [Bekostiging en toekomstperspectief voor de wijkverpleging, 14 mei 2019](#). Er is toegezegd dat in 2020 de NZa met partijen het onderzoek naar systeemfuncties afrondt.

Daarom starten we een onderzoek naar systeemfuncties in de wijkverpleging. Het onderzoek naar de systeemfuncties is onderdeel van de doorontwikkeling van de bekostiging. Het doel van het onderzoek is om inzicht te krijgen in wat systeemfuncties precies zijn, wat de omvang is en waar een bekostiging van een systeemfunctie in de wijkverpleging aan zou moeten voldoen. Wij willen u daarom vragen onderstaande vragen te beantwoorden.

De ingevulde enquête kunt u per e-mail terugsturen naar ons secretariaat: regulering@nza.nl ter attentie van Yvonne Donker.

De reactietermijn loopt tot en met **woensdag 12 februari 2020**. We verzoeken u vriendelijk om voor die datum te reageren.

Wij stellen uw medewerking zeer op prijs. We verwachten dat het invullen van de vragenlijst ongeveer 30 minuten kost.

1. Omschrijving systeemfuncties

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

- Betreft een functie die de zorgverzekeraar en/of zorgaanbieder op bovenlokaal niveau (regionaal) doelmatig wil organiseren en hangt samen met een aparte organisatie van zorg (voorziening/infrastructuur).
- Behoeft een selectie van zorgaanbieders, die voor de functie verantwoordelijk zijn, bijvoorbeeld vanwege regionale beschikbaarheid.
- De functie past niet goed binnen de reguliere bekostiging, dat wil zeggen landelijk gemiddelde prestaties verpleging en verzorging. Er kunnen verschillende redenen zijn waarom het niet goed past.

Hiermee is een systeemfunctie vooral een regionale organisatievorm en minder een individuele zorgfunctie, die een zorgaanbieder levert.

1.1. Heeft u aanvullingen/aanpassingen met betrekking tot deze omschrijving en kenmerken van systeemfuncties in de wijkverpleging?

--

2. Leveren systeemfuncties

We onderscheiden in ieder geval drie systeemfuncties:

1. Regionale beschikbaarheid van onplanbare nachtzorg;
2. Coördinatie en samenwerken, bijvoorbeeld van herkenbare en aanspreekbare teams wijkverpleging of het organiseren van de Juiste Zorg op de Juiste Plek;
3. Preventie in de wijk op populatieniveau.

2.1. Herkent u zich in de beschreven drie systeemfuncties in de wijkverpleging?

- Zo niet, waarom niet?
- Of heeft u aanvullingen op deze drie voorbeelden? Zo ja, welke?

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nee, want
<input type="checkbox"/> Aanvulling: |
|---|

3. Contractering systeemfuncties

3.1. Koopt u de genoemde systeemfuncties in? Specificeer per systeemfunctie

1. Regionale beschikbaarheid van onplanbare nachtzorg <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
2. Coördinatie en samenwerken <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
3. Preventie in de wijk op populatieniveau <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
4. Anders (zie 2.1) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

- 3.2. Hoe koopt u genoemde systeemfuncties in de wijkverpleging in bij zorgaanbieders? Denk hierbij aan contractvereisten en vergoeding (tarieven).
Specificeer per systeemfunctie.**

1. Regionale beschikbaarheid van onplanbare nachtzorg
2. Coördinatie en samenwerken
3. Preventie in de wijk op populatieniveau
4. Anders (zie 2.1)

- 3.3. Welke afspraken heeft u gemaakt met zorgaanbieders over systeemfuncties in de wijkverpleging?
Wat zijn uw ervaringen (bijvoorbeeld op het gebied van samenwerking tussen zorgaanbieders)? Specificeer per systeemfunctie.**

1. Regionale beschikbaarheid van onplanbare nachtzorg
2. Coördinatie en samenwerken
3. Preventie in de wijk op populatieniveau
4. Anders (zie systeemfunctie 2.1)

- 3.4. Zijn er regionale verschillen? Zo ja, welke?
Specificeer per systeemfunctie.**

1. Regionale beschikbaarheid van onplanbare nachtzorg
2. Coördinatie en samenwerken
3. Preventie in de wijk op populatieniveau
4. Anders (zie systeemfunctie 2.1)

3.5. Welk aandeel hebben de systeemfuncties in de totale zorg die u inkoop in de wijkverpleging?

3.6. Waar zou volgens u de bekostiging van een systeemfunctie in de wijkverpleging (minimaal) aan moeten voldoen?

3.7. Welke voor- en nadelen ziet u in het apart beschrijven van systeemfuncties ten opzichte van reguliere verpleging en persoonlijke verzorging in de wijkverpleging?

4. Praktijkvoorbeelden systeemfuncties

4.1. Kent u praktijkvoorbeelden die als best practice kunnen dienen? Zo ja, kunt u het voorbeeld beschrijven?

Afsluiting

Dit is het einde van de vragenlijst. Hartelijk dank voor uw medewerking!

Wilt u op de hoogte blijven van de uitkomsten het onderzoek naar de systeemfuncties in de wijkverpleging en welk advies we hierover geven aan het ministerie van VWS? Via de nieuwsbrief wijkverpleging blijft u op de hoogte van alle ontwikkelingen. Wilt u de nieuwsbrief ontvangen? [Meld u zich dan hier aan!](#)

Heeft u nog opmerkingen over de vragenlijst, dan kunt u die hier kwijt:

Bijlage 3:

Analyse liberalisering tarieven wijkverpleging

1. Analyse liberalisering sector wijkverpleging

Binnen het huidige experiment bekostiging verpleging en verzorging kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars vrij onderhandelen over het tarief. Er is geen tariefregulering van toepassing. Omdat vrijwel de hele gecontracteerde wijkverpleging gebruik maakt van de mogelijkheden die het experiment biedt, geldt deze vrijheid voor verreweg het grootste deel van de uitgaven aan wijkverpleging, ruim 90% van de hele markt. Het voordeel van vrije tarieven en vrije prestaties is dat er optimale ruimte is voor maatwerk in de contractering. Het reguleren van prestaties en tarieven kan aan de andere kant juist innovatie belemmeren. De meest recente ontwikkelingen kunnen in dat geval alleen in de contractering worden meegenomen wanneer de bekostiging door de NZa wordt aangepast. Deregulering is daarom het uitgangspunt, tenzij er zwaarwegende argumenten zijn om prestaties of tarieven te reguleren.

De vraag is dan of voor de nieuwe bekostiging een vrij tarief mogelijk is of dat gereguleerde (maximum-) tarieven de voorkeur hebben. Zoals we beschrijven vijf van dit advies volgt dat, los van de mogelijkheid van een nieuw experiment, dezelfde tariefsoort voor de gehele sector moet gelden. De concrete vraag is daarmee of het vrijgeven van de tarieven voor de gehele wijkverpleging een optie is.

Bij de beoordeling van deze vraag zijn een aantal elementen van belang. We bespreken allereerst de economische randvoorwaarden voor liberalisering. Daarna bespreken we de ervaringen met vrije tarieven binnen de Beleidsregel experiment bekostiging verpleging en verzorging.

2. Economische randvoorwaarden en criteria voor liberalisering zorgmarkten

Het moet gaan om verzekerde zorg

Voor niet-verzekerde zorg en zorg in de aanvullende verzekering is de rol van de zorgverzekeraars veel kleiner dan voor basisverzekerde zorg. Wijkverpleging maakt deel uit van het basispakket. Zorgverzekeraars onderhandelen daarom met zorgaanbieders over de tarieven en overige voorwaarden voor het leveren van deze zorg. Daarmee voldoet de wijkverpleging aan dit criterium.

Voldoende aanbod en voldoende zorgaanbieders

Voor een goed werkende markt is het belangrijk dat er voldoende zorgaanbieders actief zijn. Er waren in 2018 ruim 2800 zorgaanbieders actief in de wijkverpleging. Veruit de meeste zorg wordt geleverd door de grotere aanbieders. Er lijken voldoende aanbieders op de markt actief te zijn om te voorzien in een gevarieerd zorgaanbod en zo aan dit criterium te voldoen.

Voldoende mogelijkheid zijn tot toetreding van nieuwe aanbieders

Toetreding is eenvoudig binnen de wijkverpleging, er zijn vrij veel kleine aanbieders en zzp'ers actief. Zorgverzekeraars wijzen een deel van de nieuwe zorgaanbieders af voor een contract en een deel van de aanbieders kiest er voor om zonder contract te werken.² De mogelijkheid van toetreding is een belangrijk kenmerk van een concurrerende markt, omdat op die manier huidige aanbieders aangemoedigd worden om optimaal concurrerend te blijven. In de huidige markt wordt aan dit criteria voldaan.

Bij voorkeur moet er informatie zijn over de kwaliteit van zorg.

Bij informatie over de kwaliteit van zorg hoort ook norm of standaard om deze kwaliteit tegen af te zetten. Op dit criterium scoort de wijkverpleging niet goed. Er is vrij weinig informatie over de kwaliteit van zorg. Er komen wel steeds meer standaarden en normen beschikbaar vanuit de beroepsgroep.³ Ook werkt de beroepsgroep aan het doorontwikkelen van het kwaliteitskader wijkverpleging. Wanneer ook informatie over uitkomsten breed wordt gemeten binnen de sector en inzichtelijk wordt gemaakt voor de cliënt, is aan dit criterium voldaan.

Zorgverzekeraars moeten voldoende tegenwicht kunnen bieden aan zorgaanbieders

Omdat er in de praktijk vrijwel geen zorg meer wordt gecontracteerd buiten het experiment (dus door middel van de huidige gereguleerde prestaties en tarieven) kunnen we weinig zeggen over de contractprijzen in relatie tot de reguliere maximumtarieven. Wel zien we dat in het experiment de prijzen duidelijk onder het maximum liggen. Het niveau van het integraal uurtarief of het maandtarief is voor een deel ook afhankelijk van historie en de afgesproken disciplinemix. Uit de evaluatie van het experiment blijkt dat het integrale uurtarief in het experiment in 2019 gemiddeld rond de €58 ligt. Voor niet-gecontracteerde zorg geldt het integraal tarief niet. De maximumtarieven bedroegen in 2019 € 55 voor verzorging en €72 voor verpleging. Daarnaast begrenzen zorgverzekeraars het volume vaak door het afspreken van een omzetplafond. Op basis van bovenstaande gegevens lijken zorgverzekeraars voldoende tegenwicht te kunnen bieden aan zorgaanbieders.

Voldoende keuzemogelijkheden voor consumenten en keuze-informatie.

Hiervoor hebben we al gezien dat er voldoende keuzemogelijkheden zijn voor cliënten. Er zijn in vrijwel elke regio meerdere zorgaanbieders actief. We hebben geen duidelijk zicht op de kwaliteit en beschikbaarheid van keuze-informatie voor de cliënt. Gezien het ontbreken van eenduidige informatie over de kwaliteit van zorg, verwachten we dat ook hier verbetering mogelijk is. Zo is in de huidige markt deels aan dit criterium voldaan.

We stellen vast dat er op basis van de economische criteria en randvoorwaarden zoals hierboven beschreven voldoende grond is voor liberalisering van de tarieven in de wijkverpleging. Voor een definitief advies hierover is het belangrijk om ook de gevolgen hiervan voor de niet-gecontracteerde wijkverpleging goed in kaart te brengen.

² https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_274036_22/1/ (Monitor contractering wijkverpleging 2019)

³ Kwaliteitskader wijkverpleging, Normenkader V&VN, Uniformering indicatiestelling, nieuw expertisegeraad wijkverpleging.

3. Ervaringen met vrije prijzen binnen het huidige experiment

De vrije tarieven gelden nu alleen voor gecontracteerde zorgaanbieders die gebruik maken van de experimentele ruimte. Over het geheel genomen zijn partijen tevreden over de werkwijze binnen het experiment. Het vrijgeven van de tarieven binnen het experiment heeft niet aantoonbaar geleid tot prijsstijgingen of een overschrijding van de budgettaire kaders. Onder het experiment hebben zich geen knelpunten voorgedaan ten aanzien van toegankelijkheid en betaalbaarheid. Er is weinig informatie beschikbaar over kwaliteit en uitkomsten van zorg. Op basis van de ervaringen binnen het experiment lijkt het voor de hand te liggen om ook in een reguliere bekostiging te werken met vrije tarieven voor deze groep zorgaanbieders.

Naast het experiment is sprake van maximumtarieven per uur per discipline zoals persoonlijke verzorging en verpleging. Deze prestaties gelden voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders en andere zorgaanbieders die geen gebruik maken van het experiment. We weten niet wat het effect is op de prijzen voor deze groep zorgaanbieders als de tarieven voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders ook vrij worden gegeven. Dit viel buiten het experiment en dat hebben we ook niet concreet onderzocht. In de huidige situatie liggen de gemiddelde prijzen die niet-gecontracteerde zorgaanbieders vragen voor een deel onder de maximumtarieven en onder de gemiddeld gecontracteerde tarieven. Dit is een indicatie dat de tarieven van niet-gecontracteerde zorgaanbieders ook in een markt met vrije prijzen aanzienlijk lager zullen liggen dan de gemiddeld gecontracteerde tarieven.

Op basis van de ervaringen binnen het experiment lijkt het dus goed mogelijk om te werken met vrije tarieven voor de gecontracteerde wijkverpleging. Een belangrijke kanttekening daarbij is dat we niet weten wat het effect hiervan is voor de niet-gecontracteerde wijkverpleging. Omdat het deels vrijgeven van de tarieven niet tot de mogelijkheden behoort, is het belangrijk om goed in kaart te brengen wat de gevolgen en risico's hiervan zijn voor de niet-gecontracteerde wijkverpleging voordat we adviseren voor het volledig vrijgeven van de tarieven binnen de wijkverpleging. In dit rapport stellen we een wetswijziging voor om gedifferentieerde regulering mogelijk te maken. Zo'n wetswijziging stelt onder meer in staat om vrije tarieven te beperken tot gecontracteerde wijkverpleging.

4. Voorlopige conclusie liberalisering wijkverpleging

We stellen vast dat er momenteel in de praktijk voor het merendeel van de sector sprake is van vrije tarieven in de wijkverpleging. Op basis van de economische criteria voor liberalisering en de ervaringen binnen het experiment zien we voldoende grond voor het vrijgeven van de tarieven voor de wijkverpleging. Prijzen liggen in het algemeen voor een deel onder de maximumtarieven van de NZa. Dat wijst op voldoende inkoopmacht van zorgverzekeraars en op voldoende concurrerend aanbod. Het vrijgeven van de tarieven geeft partijen de mogelijkheid om afspraken te maken die beter passen bij de lokale situatie. Een kanttekening daarbij is dat er meer inzicht nodig is in inhoud en kwaliteit van de geleverde zorg en in de gevolgen en risico's hiervan voor de niet-gecontracteerde wijkverpleging.

Ten aanzien van de kwaliteit zien wij geen risico's die met prestatie- of tariefregulering kunnen worden tegengegaan. Ten aanzien van de betaalbaarheid lijken er weinig tot geen risico's te bestaan. Er is een macrobeheersinstrument van kracht, maar tot op heden blijven de uitgaven binnen het kader dat in het meerjarenakkoord ter beschikking is gesteld. Ook ten aanzien van de toegankelijkheid zijn er geen (grote) knelpunten. Wanneer sprake is van knellende budgetten zien

we dat er vaak bijcontractering plaatsvindt. Zo weten zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de regel patiëntenstops te voorkomen.

Als kanttekening bij deze voorlopige conclusie wijzen we op twee ontwikkelingen binnen de wijkverpleging. Partijen in de wijkverpleging werken samen met het ministerie van VWS momenteel aan een 'Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging'. Deze leidraad moet de samenwerking stimuleren tussen zorgaanbieders onderling en tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars in een wijk of regio. Daarnaast wil de Minister van VWS de toetreding tot de wijkverpleging beperken. Bij een definitief besluit over liberalisering is het belangrijk om deze ontwikkelingen goed te wegen en mogelijke gevolgen in te schatten voor toegankelijkheid en betaalbaarheid. De ontwikkelingen zijn op dit moment nog onvoldoende duidelijk om bovenstaande voorlopige conclusie aan te passen.

Bijlage 4:

Proces en stappen tot aan 2022

Wanneer de minister van VWS naar aanleiding van dit advies een besluit over de bekostiging van de wijkverpleging per 2022 genomen heeft, dient de bekostiging verder uitgewerkt en voorbereid te worden. Tot aan 2022 zien we een aantal concreet uit te werken thema's. Op hoofdlijnen zijn dit de volgende onderwerpen:

1. Concreet uitwerken en inrichten experiment cliëntprofielen.
2. Inrichten onderzoek en evaluatie cliëntkenmerken binnen nieuw experiment.
3. Vormgeven en opstellen bestuurlijk convenant.
4. Opstellen regelingen en beleidsregels 2022.

Hieronder lichten we kort toe welke onderwerpen per thema aan bod komen en op welke manier we deze drie processen in willen richten tot en met 2022.

1. Concreet uitwerken en inrichten breed experiment cliëntprofielen

We starten hiervoor in september een aparte werkgroep samen met het veld. Deze werkgroep houdt zich in de maanden van september 2020 tot juni 2021 bezig met in ieder geval de volgende onderwerpen:

Verder onderzoek cliëntprofielen en komen tot vragenlijst voor gebruik per 2022.

Deze werkgroep werkt tot aan 2022 toe naar een uniforme vragenlijst en herkenbare en bruikbare cliëntprofielen om binnen het experiment te gebruiken. Ook gaat deze groep in gesprek met softwareleveranciers over een goede uitwerking van de cliëntkenmerken in de softwaresystemen. De NZa neemt hierin in ieder geval tot 2022 de coördinatie op zich.

Voorbereiden onderzoek cliëntprofielen vanaf 2022

Daarnaast vinden we het belangrijk om de komende periode samen met het veld een plan te maken over hoe de cliëntprofielen verder worden geëvalueerd en doorontwikkeld na 2022. Vanaf 2022 is er een infrastructuur nodig om de data te analyseren en hier gezamenlijk van te leren. De benodigde structuur en financiën hiervoor worden ook besproken in deze groep. Als NZa kunnen we hier een coördinerende rol in blijven spelen.

We vinden het belangrijk dat de sector een rol krijgt bij het onderhouden van de cliëntprofielen en de vragenlijst. Nadat de vragenlijst per 2022 binnen het experiment in gebruik is genomen, lijkt het ons goed dat onderhoud en ontwikkeling van de cliëntprofielen deels verschuift naar het veld. Hoe dat er precies uit ziet en hoe rolverdeling en governance ingevuld worden, werken we samen met partijen verder uit.

Vorbereiden evaluatie structuur

Evaluatie van de werking van de cliëntprofielen is een belangrijk onderdeel van het te starten experiment. Naast de individuele afweging die zorgaanbieders en zorgverzekeraars per situatie maken, is het belangrijk dat er regelmatig een collectieve evaluatie plaatsvindt over de werking van het case-mix model. Deze evaluaties dienen als keuzemomenten over de verdere richting binnen het experiment en geven de mogelijkheid om bij te sturen. Deze evaluaties kunnen bijvoorbeeld jaarlijks plaatsvinden en in een bestuurlijk overleg worden besproken. De verdere inrichting van de evaluaties en de criteria waarop getoetst wordt, willen we graag samen met partijen verder opstellen.

2. Vormgeven en opstellen bestuurlijk ambities

Het nieuwe brede experiment met bekostiging op basis van cliëntprofielen is een begin van een richting die we met elkaar in willen slaan. Het is belangrijk dat er ook van alle partijen commitment is om mee te bouwen aan deze richting. We willen daarom gezamenlijk ambities voor de ingeslagen richting formuleren en afspraken maken op bestuurlijk niveau over onder andere snelheid van opschaling in het experiment, rolverdeling, monitoring, evaluatie en bijsturen. Dit wordt, na het besluit van de minister en na verdere uitwerking van afspraken en ambities, uiteindelijk gefinaliseerd in een bestuurlijk convenant.

3. Opstellen regelingen en beleidsregels 2022

Om de nieuwe bekostiging in de praktijk te gebruiken, dient dit vertaald te worden in regelgeving over prestaties en tarieven. Hiervoor starten we, na de politieke besluitvorming, een uitgebreidere overlegcyclus dan we normaliter jaarlijks met partijen doorlopen (de zogenaamde Technisch Overleggen). Onderwerpen voor deze gesprekken zijn in elk geval:

- Opstellen concrete prestaties binnen het experiment.
- Opstellen concrete prestaties en tarieven binnen de reguliere bekostiging.
- Definiëren van nieuwe prestaties systeemfuncties.
- Hoe om te gaan met verschillende bekostiging naast elkaar. Bijvoorbeeld wanneer een zorgaanbieder bij de dominante zorgverzekeraar een maandtarief krijgt en bij de andere zorgverzekeraars een uurtarief.
- Besluiten of de prestatie thuiszorgtechnologie gehandhaafd blijft.

Bijlage 5:

Fraudetoets

Deze bijlage schrijven we in reactie op de vraag van de Minister, per brief van 25 februari 2020, naar een fraudetoets met betrekking tot het advies over de bekostiging van wijkverpleging per 2022.

Een fraudetoets van de NZa ziet over het algemeen op voorgenomen regelgeving. Een advies is vaak nog minder concreet en het staat nog niet vast of en in welke mate het advies wordt opgevolgd en zijn weerslag vindt in regelgeving. Een volledige fraudetoets kunnen we daarom, nu nog sprake is van een advies, niet uitvoeren. Dit neemt niet weg dat we wel, voor zover mogelijk, algemene aandachtspunten beschrijven vanuit het oogpunt van fraudebestrijding. We doen dit door gebruik te maken van dezelfde onderdelen als die in een meer uitgebreide fraudetoets.

1. Gebruikte definities

Te beantwoorden vraag:

Zijn de gehanteerde definities voor de onder toezichtstaanden en handhavende organisaties eenduidig interpreteerbaar, helder en duidelijk afgebakend?

Het advies stelt dat er nog een aantal keuzes open staat om te komen tot definitieve cliëntprofielen die herkenbaar zijn voor de sector. Deze keuzes worden in overleg met het veld gemaakt, voorafgaand aan en gedurende de looptijd van het experiment. Zodra deze cliëntprofielen concreet en definitief zijn, kunnen we deze vraag beter beantwoorden.

2. Mogelijkheden voor fouten en fraude

Te beantwoorden vraag:

Welke mogelijkheden op fouten en fraude biedt het voorliggende advies?

Het advies stelt onder meer een nieuwe vorm van bekostiging voor. De kern van het advies is dat vergoeding voor wijkverpleging minder sterk bepaald zou moeten worden door een tijdseenheid en meer door zorginhoud. Meer concreet wordt geadviseerd om declaratie van zorg, waar deze nu wordt bepaald door een tijdseenheid en een vrij tarief binnen het huidige experiment, in sterkere mate te laten bepalen door cliëntprofielen. Gebruik van dergelijke cliëntprofielen maakt een vergoeding voor een langere periode mogelijk.

2.1 Bestaande risico's (deze blijven bestaan in de geadviseerde bekostiging)

- Zorgaanbieders waarmee de zorgverzekeraar geen relatie heeft (niet-gecontracteerd) en waar de zorgverzekeraar geen invloed op kan uitoefenen, hebben het recht om declaraties voor zorg in te dienen en deze vergoed te krijgen. In de voorgestelde bekostiging is het risico gelijk aan het risico in de huidige situatie. Ook in de toekomst blijven maximumtarieven beschikbaar om niet-gecontracteerde wijkverpleging te reguleren.
- Een risico dat zich onder het bestaande regime voordoet en dat met het advies niet (expliciet) wordt weggenomen, is gelegen in het feit dat niet een externe partij, maar de zorgaanbieder zelf (wijkverpleegkundige HBO-V) de zorgbehoefte van verzekerden vaststelt. Wij gaan ervan uit dat de bestaande verplichting (veldnorm) om de cliënt te laten indiceren door een verpleegkundige op niveau 6 blijft bestaan.
- Een zorgbehoefte aangeven en declareren die in het geheel niet bestaat. Het wel indiceren en declareren van zorg zonder deze te leveren, noemen we spookzorg.

2.2 Nieuwe risico's: upcoding bij cliëntprofielen

In het nieuwe experiment is er een risico op valse invulling en declaratie van een cliëntprofiel door een zorgbehoefte hoger in te vullen dan de bestaande zorgbehoefte en slechts voor de bestaande behoefte zorg te leveren. We noemen dit upcoding. Er wordt dan wel zorg geleverd, maar tegen een te hoog tarief, omdat de cliënt te zwaar is ingedeeld maar wel de lichtere of minder uren zorg krijgt. Dit risico is met name aanwezig wanneer het cliëntprofiel direct is gekoppeld aan een tarief per cliëntprofiel.

Kijken we naar de voorgestelde werkwijze binnen het nieuwe experiment dan vallen een aantal zaken op:

- Er zijn verschillende vormen van informatie. Zo is er de declaratiedata in de Vektis dataset. Deze data is moeilijk beïnvloedbaar en daarmee redelijk objectief. Ook is deze data aanwezig van voorgaande jaren en dus kan er terug worden gekeken en kan informatie worden vergeleken door de jaren heen. Daarnaast komt er informatie over cliëntprofielen. Dit is een grove indeling in cliëntprofielen die nog verder ontwikkeld wordt met het veld. Deze informatie is redelijk objectief omdat achteraf te controleren is of de cliënt in het juiste cliëntprofiel is geplaatst. We zien wel dat de vragenlijst op basis waarvan een cliënt aan een profiel wordt gekoppeld, relatief eenvoudig te beïnvloeden is door de zorgaanbieder. Kenmerken in de vragenlijst zijn moeilijker geheel te objectiveren en daarmee te controleren.
- Criterium 'tijd' en/of 'planning' vervalt in combinatie met een integraal tarief, waardoor er minder harde meetpunten zijn om de zorgdeclaratie te toetsen aan de daadwerkelijke zorglevering. Dat betekent dat bijvoorbeeld indicatoren voor kwaliteit en uitkomsten een grotere rol kunnen spelen

hierin. Alhoewel deze informatie vaak moeilijk objectiveerbaar en toetsbaar blijft.

- Het gebruik maken van cliëntprofielen kan 'cherry picking' (risicoselectie) door de zorgaanbieder in de hand werken. Dit punt wordt ook onderkend in het rapport. Een mogelijkheid om dit te voorkomen is de afspraak dat de zorgaanbieder geen cliënten mag weigeren. Echter is dit in de praktijk niet altijd even goed controleerbaar. Zorgaanbieders zullen door de zorgverzekeraar onder andere gestuurd worden op doelmatigheid en kunnen door een kunstmatige verhouding aan te brengen in deze verschillende cliëntprofielen sturen op de doelmatigheidcijfers.

2.3 Algemene aandachtspunten

Daarnaast zien we een aantal algemene punten met indirect gevolgen voor fraude:

- Deelnamebereidheid aan het experiment. Er zijn een aantal scenario's mogelijk. Als niet alle zorgverzekeraars deelnemen, komen zorgaanbieders in de onwenselijke situatie niet bij alle zorgverzekeraars mee te kunnen doen aan het experiment. Niet alle zorgverzekeraars waar een zorgaanbieder een contract mee heeft, willen met desbetreffende zorgaanbieder dit traject aangaan. Dit heeft ook gevolgen voor de controlemethodiek van de zorgverzekeraars. Hierover moeten zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen afspraken maken.
- Bij uniformering van de cliëntprofielen en integrale bekostiging is het een uitdaging voor een zorgverzekeraar om tot een robuuste controlemethodiek te komen om de declaraties te toetsen aan feitelijke en terechte levering. Een risico is dat fraude en onrechtmatigheid niet, of niet tijdig, wordt opgemerkt. We benadrukken dat het belangrijk is om voldoende instrumenten te hebben voor het toetsen van feitelijke en terechte levering van zorg. De administratieve lastenverlichting in combinatie met cliëntprofielen en een prestatie voor een langere periode kan dit bemoeilijken. De nieuwe werkwijze 'zorgplan=planning=realisatie, tenzij', kan hierbij houvast geven. Deze werkwijze blijft altijd wel een indicatie van de gemaakte uren. Daarnaast kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderzoeken of vormen van horizontaal toezicht mogelijk zijn binnen het nieuwe experiment.

3. Kans op fouten en fraude

Te beantwoorden vraag:

Hoe groot schat u de kans in dat de mogelijkheden op fouten en fraude zich in de praktijk gaan voordoen en wat is hiervan de impact? (risico = laag/middel/hoog)

De mate waarin de genoemde risico's zich voordoen is afhankelijk van het aantal partijen dat het experiment zal gebruiken en tegelijkertijd uit is op misbruik. Voor deze categorie zorgaanbieders is relevant dat op dit moment het merendeel van de risicocategorie zorgaanbieders geen contract heeft met een zorgverzekeraar. De reden daarvoor is dat zorgverzekeraars in hun contracten eisen stellen – over onder meer kwaliteit, doelmatigheid en bedrijfsvoering – waar deze partijen in het

algemeen niet aan voldoen of kunnen en/of willen voldoen. Wel kunnen deze partijen mogelijk als onderaannemer samenwerken met een gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval zullen afspraken die de zorgverzekeraar maakt met deze zorgaanbieder als hoofdaannemer, evenals nu het geval is, moeten waarborgen dat zij (inclusief de werknemer of onderaannemer) zich houden aan deze eisen. Wij gaan ervan uit dat dergelijke eisen, zoals gesteld door zorgverzekeraars, in principe ongewijzigd blijven. Dit betekent dat het merendeel van de partijen die in de risicocategorie valt, geen gebruik zal maken van het nieuwe experiment.

Dat betekent ook dat binnen het nieuwe experiment de impact van de beschreven risico's klein is. We benadrukken daarbij dat ook binnen de gecontracteerde wijkverpleging kans bestaat op fouten en fraude. Het is daarom ook belangrijk dat hier binnen het nieuwe experiment vanuit de NZa en andere relevante partijen goed op wordt toegezien.

4. Mogelijke beheersmaatregelen

Te beantwoorden vraag:

Welke beheersmaatregelen zijn volgens u mogelijk ten aanzien van het voorkomen en bestrijden van de geïdentificeerde mogelijkheden op fouten en fraude?

Oplossing met betrekking tot de thema's genoemd onder 2.2. Dit probleem wordt deels ondervangen door het advies, doordat deelname aan het experiment alleen kan op voorwaarde van een contract. Dit betekent echter wel dat het voor zorgverzekeraars realistisch moet zijn om af te zien van vergoeding van alle zorg door partijen die aldus buiten de boot vallen; zij moeten nog wel kunnen voldoen aan hun zorgplicht.

Zoals genoemd in het advies, zullen veldpartijen aan de slag gaan met ontwikkelen van normen voor de afbakening van de cliëntprofielen. Bij deze afbakening is van belang dat deze duidelijk is en objectiveerbaar, in andere woorden: de criteria op grond waarvan cliënten worden ingedeeld in een cliëntprofiel moeten voldoende objectief en toetsbaar zijn.

Het advies benoemt duidelijk dat het cliëntprofiel los staat van de verpleegkundige indicatie. Tegelijkertijd verwachten we een logische samenhang tussen de indicatie en het zorgplan en een zwaarder of lichter cliëntprofiel. Deze samenhang kan ook onderdeel zijn van een materiële controle door een zorgverzekeraar.

5. Controle en handhavingsmogelijkheden

Te beantwoorden vraag:

Hebben de partijen betrokken bij de uitvoering van, het toezicht op en de handhaving van de ontwerpregelgeving voldoende controle- en handhavingsmogelijkheden zoals sancties en maatregelen? Zijn er lacunes zoals gegevensuitwisseling die niet mogelijk is op grond van (privacy)wetgeving? Zo ja, welke?

Bestaand probleem: onder de bestaande wet is een zorgverzekeraar beperkt in zijn controlemogelijkheden bij een restitutieverzekering. In dat geval en bij ontbreken van een betalingsovereenkomst, is de zorgaanbieder slechts verplicht om medische dossiers te verstrekken

aan de verzekerde (en dus niet aan de zorgverzekeraar). Dit zou moeten worden hersteld door een aanpassing van de Wmg. Voor de fraudegevoeligheid van de wijkverpleging is dit relevant aangezien dit probleem – ongeacht welke vorm van bekostiging wordt gekozen – sterk bepalend zal blijven voor de controlemogelijkheden voor zorgverzekeraars;

Nieuw probleem: van bestaande partijen die wel een overeenkomst hebben en die een experiment aangaan, bestaat het risico dat zij door het nieuwe systeem verleid worden tot minder doelmatig gedrag zoals onderbehandeling en risicoselectie (niet per se: frauduleus), zorgverzekeraar zullen de benchmarkrapportage actief moeten monitoren of er geen afwijkende groei in zorgzwaarte plaatsvindt ten opzichte van eerdere jaren. De bestaande controlemechanismen van zorgverzekeraars kunnen wel een afwijking vaststellen. Naarmate de periode waarover zorg wordt gedeclareerd ruimer is (en de zorgaanbieder vrijer is in zijn verantwoording) zullen zorgverzekeraars steeds minder controles kunnen verrichten. Dit is een risico en kan als gevolg hebben dat meer wordt gefraudeerd (zonder dat dit valt aan te tonen). Het kan er bovendien toe leiden dat de zorgverzekeraars, om zeker te stellen dat de gecontracteerde zorg rechtmatig is geleverd, aanvullende eisen gaan stellen aan de zorgaanbieders waar zij een contract mee hebben. Ook hier kan de werkwijze zorgplan=planning=realisatie, tenzij, helpen als indicatie van de daadwerkelijk geleverde zorg. Daarnaast geeft inzicht in kwaliteit en uitkomsten van zorg zicht op de resultaten van de geleverde zorg. Hoewel deze informatie moeilijk objectiveerbaar blijft, kan deze wel helpen in het gesprek tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

Bijlage 6:

Analyse financiële effecten

Omdat dit een bekostigingsadvies betreft, kijken we naar de verwachte financiële effecten van de voorgestelde bekostiging. We werken hieronder eerst uit welke (verwachte) prikkels de voorgestelde bekostiging heeft. In het tweede deel bespreken we of we iets kunnen zeggen over het verwachte effect hiervan op de totale uitgaven aan wijkverpleging binnen de Zvw.

1. Prikkel- en doelmatigheidsanalyse

Een bekostigingsmodel is geen doel op zich, maar een middel om bij te dragen aan de doelen die we met elkaar voor ogen hebben voor de wijkverpleging. De manier waarop zorg vergoed wordt en de context waarbinnen dit gebeurt, werkt sturend op het gedrag van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Onze analyse over de prikkels die hier vanuit gaan, is gebaseerd op de kennis en expertise van de NZa over bekostiging, theorie over bekostigingsmodellen⁴, ervaringen binnen het huidige experiment bekostiging wijkverpleging⁵ en gesprekken met branchepartijen.

1.1 Prikkels voor zorgaanbieders

Binnen het nieuw in te richten experiment wordt er gewerkt met een vrij tarief per uur, week of maand, dat op termijn steeds meer gebaseerd kan worden op cliëntprofielen. Binnen het experiment is de wijkverpleegkundige degene die een vragenlijst invult over kenmerken van de cliënt. Op basis van deze kenmerken wordt een cliënt automatisch gekoppeld aan een cliëntprofiel. De verdeling van een cliëntenpopulatie van een zorgaanbieder over deze cliëntprofielen is uiteindelijk, naast andere informatie, van invloed op het integrale tarief dat met de zorgverzekeraar overeengekomen wordt. Dit tarief kan per uur, week of maand afgesproken worden.

- Het werken met een vergoeding voor een langere periode geeft prikkels om doelmatig te werken in de betreffende periode. Dit heeft namelijk geen negatief effect op de vergoeding aan de zorgaanbieder, wat bij een bekostiging per uur wel het geval is. Dit nodigt zorgaanbieders uit om te investeren in innovatie, preventie en zelfredzaamheid en om de (beperkte) beschikbare capaciteit zo efficiënt mogelijk in te zetten.
- Binnen het nieuwe experiment geldt er een vrij tarief, waarbij we veronderstellen dat dit tarief op termijn gebaseerd wordt op de verdeling van de cliëntenpopulatie van een zorgaanbieder over de cliëntprofielen. Wanneer een cliëntprofiel direct leidt tot een declarabele prestatie met een eigen tarief, geeft dit een prikkel tot upcoding: wanneer een cliënt in

⁴ iBMG, maart 2015, Uitkomstbekostiging in de zorg: een (on) begaanbare weg?

⁵ NZa, 2019. Evaluatie experiment bekostiging verpleging en verzorging.

een zwaardere cliëntgroep valt, leidt dit tot een hoger tarief. In het advies benoemen we dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf kunnen bepalen op welk moment ze de koppeling tussen cliëntprofielen en tarieven sterker willen maken.

- Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen ook, mede op basis van de cliëntprofielen, een gemiddeld integraal tarief afspreken. Dit mixtarief kan dan worden gedeclareerd bij iedere cliëntgroep. Op deze manier wordt de prikkel tot upcoding binnen het experiment gedempt.
- Een eenduidige beschrijving van de cliëntkenmerken en een uniforme manier van werken met de vragenlijst gaat upcoding tegen. Daarnaast dient de informatie over de verdeling van cliënten over cliëntgroepen per zorgaanbieder als spiegelinformatie voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars, zodat zorgaanbieder en zorgverzekeraar met elkaar in gesprek kunnen gaan over de (verdeling over de) verschillende cliëntgroepen en wijzigingen hierin.
- Het werken met een gemiddeld tarief binnen een cliëntgroep geeft een prikkel tot risicoselectie. Wanneer een cliënt minder zorg nodig heeft (of krijgt) dan gemiddeld, is dit financieel aantrekkelijk voor de zorgaanbieder omdat de vergoeding gebaseerd is op de gemiddelde zorginzet. Andersom kan het daarom onaantrekkelijk zijn als een zorgaanbieder alleen cliënten bedient die meer zorg nodig hebben dan gemiddeld, omdat ook dan het gemiddelde tarief in rekening wordt gebracht. Dit speelt vooral bij een tarief per week of maand.
 - Inzicht in de zorgvraag en een uniforme classificatie van cliënten is van belang om risicoselectie tegen te gaan. Immers, cliëntprofielen geven inzicht in de spreiding in zorgzwaarte bij verschillende cliënten waardoor de vergoeding daarop kan worden aangepast. Wanneer een zorgaanbieder alleen cliënten bedient die minder zorg nodig hebben dan gemiddeld, zullen deze cliënten ook in een lichter cliëntprofiel vallen en zal de vergoeding daar dus op gebaseerd worden. Wij verwachten dat wanneer de cliëntprofielen verder doorontwikkeld worden, de spreiding binnen cliëntprofielen gedurende het experiment zal afnemen of cliëntgroepen verder toegespitst worden, waardoor het minder aantrekkelijk wordt om binnen een profiel lichtere cliënten te selecteren.
- Wanneer er gewerkt wordt met een tarief voor een langere periode (per week of maand), is er een prikkel tot onderbehandeling. De vergoeding staat namelijk los van de hoeveelheid zorg die ingezet wordt. Hierdoor kan de verleiding ontstaan om binnen een periode minder zorg te leveren dan nodig is of minder kwaliteit van zorg te leveren door bijvoorbeeld personeel met een lager deskundigheidsniveau in te zetten.
 - Om onderbehandeling tegen te gaan is het van belang om inzicht te hebben in uitkomsten. Wanneer er spiegelinformatie over uitkomsten beschikbaar is, kan aan de hand daarvan besproken worden of kwaliteit van zorg gewaarborgd is. Aanvullend daarop kan er ook extra beloning plaatsvinden op basis van

gerealiseerde uitkomsten. Het definiëren van uitkomstindicatoren door het veld is daarom van groot belang.

- Het werken met een vergoeding voor een langere periode geeft nog steeds een prikkel om cliënten in (relatief lichte) zorg te houden, zoals bij alle bekostiging die gebaseerd is op de daadwerkelijke zorglevering. Daarnaast is er de prikkel voor zorgaanbieders om de zorglevering door te laten lopen in de nieuwe periode (zoals het 'zaagtand' patroon in de huidige ggz bekostiging). Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen hierover samen in gesprek gaan. Het werken met een budgetplafond, historische omzetgegevens of een analyse van de planning en gemaakte uren kan hier goede informatie voor zijn.
- Een vergoeding voor een langere periode biedt meer ruimte voor de wijkverpleegkundige om de zorg in te zetten die nodig is volgens de wijkverpleegkundige. Dit positieve effect zorgt er echter ook voor dat de afbakening tussen aanspraak vanuit de Zvw en het sociaal domein soms vervaagt. Hierdoor bestaat het risico dat de geleverde wijkverpleegkundige zorg onrechtmatig is omdat deze (gedeeltelijk) valt binnen het sociale domein.

De (nieuwe) reguliere bekostiging kent prestaties per uur met gereguleerde maximumtarieven. Deze situatie is feitelijk niet anders dan in de huidige bekostiging.

- De belangrijkste prikkel die van deze prestaties per uur uitgaat, is de prikkel om zoveel mogelijk productie te leveren. Hierdoor kan er sprake zijn van ongepast (onnodig of te veel) gebruik.
- Daarnaast bevat een prestatie per uur weinig stimulans om te investeren in kwaliteit, innovatie en preventie.

1.2 Prikkel voor zorgverzekeraars

De reguliere bekostiging kent prestaties per uur met gereguleerde maximumtarieven. Deze situatie is feitelijk niet anders dan in de huidige bekostiging.

- Een bekostiging per uur geeft de prikkel om te sturen op productiviteit en doelmatigheid. Er is weinig stimulans om bij de zorginkoop te sturen op kwaliteit, innovatie en preventie.
- Een integrale prestatie voor een langere periode maakt dat er minder informatie beschikbaar is over de hoeveelheid ingezette uren en de ingezette deskundigheidsniveaus. Dit geeft een prikkel aan zorgverzekeraars om op andere manieren grip te houden of alsnog gegevens bij zorgaanbieders op te vragen, wat onwenselijk kan zijn met het oog op administratieve lasten.
 - Inzicht in kwaliteit, uitkomsten en case-mix biedt stuurinformatie. Contractering is het middel om hierover afspraken te maken. Daarnaast kan de werkwijze 'zorgplan=planning=realisatie, tenzij', bijdragen aan meer inzicht in de daadwerkelijk geleverde uren.

2. Beheersmaatregelen zorgverzekeraars

De beheersmaatregelen voor zorgverzekeraars blijven voor een groot deel gelijk ten opzichte van de bestaande situatie. Contractering inclusief afspraken over tarieven blijft het belangrijkste middel om te kunnen sturen op gewenste uitkomsten. Sturen via maximumtarieven blijft alleen mogelijk in de reguliere bekostiging, waar in de praktijk vooral niet-gecontracteerde zorgaanbieders gebruik van zullen maken. Dit is gelijk aan de huidige situatie, waarin er in de praktijk ook alleen voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders gewerkt wordt met maximumtarieven. In de huidige praktijk wordt er voor nagenoeg alle gecontracteerde zorgaanbieders gewerkt met vrije tarieven. In de huidige praktijk zien we dat zorgverzekeraars omzetplafonds inzetten als beheersmaatregel, dit is ook mogelijk in de nieuwe situatie. Zorgzorgverzekeraars kunnen, naast het sturen op geleverde uren en deskundigheidsniveau, ook gaan sturen op basis van case-mix, kwaliteit en uitkomsten. Daarnaast geeft informatie over cliëntprofielen, case-mix, kwaliteit en uitkomsten extra stuurinformatie aan zorgverzekeraars om afspraken op te baseren.

Verder is jaarlijkse evaluatie van het experiment een nadrukkelijk onderdeel van het advies. In deze evaluaties wordt de werking van het case-mix model (en dus ook de daarbij horende prikkelwerking) geëvalueerd. Naast deze collectieve evaluatie over de werking van het case-mix model, maken zorgaanbieders en zorgverzekeraars op individueel niveau de afweging hoe snel een zorgaanbieder de overstap maakt van een vergoeding per uur naar een vergoeding voor een langere periode. De evaluaties kunnen gezien worden als keuzemomenten over de verdere richting binnen het experiment en geven de mogelijkheid om bij te sturen. Zo kunnen op basis van de evaluaties beslissingen worden genomen over het gebruik van cliëntprofielen en verder onderzoek naar de cliëntprofielen.

3. Gevolgen voor de cliënten

De reguliere bekostiging kent prestaties per uur met gereguleerde maximumtarieven. Deze situatie is feitelijk niet anders dan in de huidige bekostiging, voor cliënten verandert hierin niets. In deze situatie kan de cliënt een helder beeld krijgen van de ingezette en gedeclareerde zorg door de declaratie per uur.

Met name het werken met een gemiddeld tarief voor een langere periode binnen het nieuwe experiment zorgt ervoor dat een cliënt de declaratie moeilijker kan controleren, omdat het ontvangen aantal uren zorg geen direct verband houdt met de gedeclareerde prestatie: een gedeclareerde prestatie kent een bandbreedte aan geleverde uren. Binnen het huidige experiment wordt beperkt gewerkt met een vergoeding voor een langere periode en hierin ervaren cliënten soms onrust over een hoog gedeclareerd bedrag als er maar weinig zorg ontvangen is. Ook gaat van het werken met een vergoeding voor een langere periode de prikkel uit naar zorgaanbieders om meer in te zetten op zelfredzaamheid, bijvoorbeeld door het gebruik van technologische innovaties.

In alle gevallen is het belangrijk om de cliënten te betrekken bij de meting van kwaliteit en uitkomsten, niet alleen gericht op objectief meetbare indicatoren (vaak somatisch van aard), maar ook op de mate waarin zorg bijdraagt aan de kwaliteit van leven (denk aan sociale en psychologische factoren).

4. Macro budgettaire impactanalyse

Het is niet mogelijk om op basis van kwantitatieve gegevens aan te geven wat het effect is van de voorgestelde bekostiging en de aangegeven prikkels op de totale uitgaven binnen de wijkverpleging. In het voorgestelde experiment worden de cliëntprofielen op termijn gebruikt als basis voor de contractering, maar de cliëntprofielen zijn nog niet zover ontwikkeld dat ze direct leiden tot aparte tarieven. Daarnaast is er geen profieldata beschikbaar van een representatief deel van de zorgzorgaanbieders. Verder stelt het advies voor om van een prestatie met een vrij tarief over te gaan naar een (andere) prestatie met een vrij tarief. Het financiële effect hiervan kunnen we niet berekenen, zowel niet op het niveau van de individuele zorgaanbieder als op sectorniveau. Om deze redenen is het niet mogelijk om een impact analyse uit te voeren, waarbij we het verwachte verschil bepalen tussen (oude prestaties * oude tarieven) en (nieuwe prestaties * nieuwe tarieven). We zijn daarom van mening dat er onvoldoende gegevens beschikbaar zijn die een kwantitatieve analyse mogelijk en zinvol maken.

We kunnen wel een aanname doen over de verwachte effecten van de voorgestelde bekostiging op de totale uitgaven binnen de wijkverpleging. Dit is gebaseerd op aannames en geeft daardoor geen zekerheid dat dit ook in werkelijkheid het geval is.

Voor de reguliere bekostiging (prestaties per uur met gereguleerde maximumtarieven) is er geen sprake van een systeemwijziging ten opzichte van de huidige situatie en verwachten we dus ook geen effect op de totale uitgaven. De reguliere bekostiging zal in elk geval gebruikt worden door niet-gecontracteerde zorgzorgaanbieders en door gecontracteerde zorgaanbieders en zorgverzekeraars die niet aan het experiment deelnemen. In de huidige bekostiging heeft 95% van de aanbieders een contract afgesloten met één of meerdere zorgverzekeraars. Van deze aanbieders met een contract neemt 96% deel aan het huidige experiment (werken met een integraal tarief). Bij meer dan 80% van de gecontracteerde aanbieders betreft dit een integraal tarief per uur.⁶ Op basis van eerdere gegevens zagen we al dat in 2018 ruim 90% van de totale omzet wijkverpleging (gecontracteerd en ongecontracteerd) uit het huidige experiment komt.⁷

Een onzekere factor is of de deelname aan het nieuwe experiment gelijk of kleiner is dan nu het geval is. Het voorgestelde experiment is zo opgezet dat het voor een heel groot deel van de zorgaanbieders toegankelijk is, maar het is wel anders van aard dan het huidige experiment en behelst de overgang naar het werken met cliëntprofielen. Het is daarom onzeker of de deelname aan het voorgestelde experiment gelijk zal zijn aan de deelname aan het huidige experiment. Wanneer zorgaanbieders niet deelnemen aan het voorgestelde experiment maken zij gebruik van de reguliere bekostiging. Partijen kunnen dan prijzen afspreken gelijk aan of onder de vastgestelde maximumtarieven. Het is aannemelijk dat deze prijzen gemiddeld overeenkomen met de prijs per uur die binnen het huidige en nieuwe experiment afgesproken zou zijn. Wanneer zorgaanbieders die deelnemen aan het huidige experiment ervoor kiezen om niet gecontracteerd verder te gaan, is ook voor hen de reguliere bekostiging met de maximumtarieven van toepassing.

⁶ NZa, 2020. Monitor contractering wijkverpleging.

⁷ NZa, 2019. Evaluatie experiment bekostiging verpleging en verzorging.

Binnen het voorgestelde experiment werkt men in beginsel met een integrale uurprestatie en een vrij tarief. Dit komt overeen met de situatie in het huidige experiment. De (vrije) tarieven komen via contractering tot stand en ook hier verwachten we de eerste jaren daarom geen effecten op de totale uitgaven. Cliëntprofielen zullen binnen het voorgestelde experiment geleidelijk door steeds meer partijen gebruikt worden in de contractering. Partijen zullen naar verwachting afspraken maken op basis van een gemiddeld aantal uren per cliëntprofiel. Als de case-mix van een zorgaanbieder stabiel is, levert dat geen stijging of daling op van de totale uitgaven vergeleken met de huidige situatie. Wijzigingen in de case-mix kunnen wel voor een stijging of daling van de totale uitgaven zorgen, maar dat is niet afhankelijk van het bekostigingssysteem en kan ook in het huidige systeem aan de orde zijn.

Aan de ene kant verwachten we daarom dat partijen binnen het experiment uitgaven en inkomsten min of meer gelijk zullen blijven houden als in de huidige situatie, aan de andere kant is de verwachting en het doel van het experiment ook dat de cliëntprofielen ander gedrag bewerkstelligen. De cliëntprofielen beogen (helemaal in samenhang met een vergoeding voor een langere periode) doelmatigheid en het investeren in innovatie, preventie en zelfredzaamheid te stimuleren. Voor een goede werking hiervan is het wel noodzakelijk dat er goede kwaliteits- en uitkomstindicatoren gehanteerd worden. Deze ontwikkeling kan er op termijn voor zorgen dat door doelmatige(re) inzet van zorg en door inzet op preventie en innovatie de kosten per cliënt zullen dalen (of langzamer stijgen). Het aantal cliënten dat aangewezen is op wijkverpleging wijzigt niet door de voorgestelde bekostiging.

