



Tussenrapportage
**Ontwikkeling nieuwe
bekostiging
wijkverpleging**

februari 2020

Inhoud

Samenvatting	3
1. Inleiding	6
2. Terugkoppeling voorgenomen acties	7
2.1 Evaluatie Beleidsregel experiment bekostiging verpleging en verzorging	7
2.2 Informatie genereren om gelijk speelveld te creëren	9
2.3 Onderzoek naar organisatie en bekostiging onplanbare wijkverpleging in avond, nacht en weekend	10
2.4 Ontwikkelen en toepassen cliëntkenmerken als basis voor een casemix systeem.	10
2.4.1 Opzet pilots casemix in de wijkverpleging	11
2.4.2 Eerste resultaten van de pilots	11
2.5 Overige acties vanuit WPW	13
2.5.1 Ontwikkeling kennis over bekostiging wijkverpleging internationaal	13
2.5.2 Onderzoek naar relevante en beïnvloedbare uitkomsten van wijkverpleegkundige zorg	14
2.5.3 Onderzoek naar meetbare uitkomsten en effect van interventies in de wijkverpleging	15
2.5.4 Identificeren individuele kenmerken en cliëntgroepen	16
2.5.5 Inzicht in karakteristieken en risicofactoren populatie wijkverpleging	16
3. Afhankelijkheden	18
3.1 Gedifferentieerd reguleren	18
3.2 Cliëntprofielen	19
3.3 Uitkomsten	19
3.4 Samenhang met andere wet- en regelgeving	19
4. Vervolgstappen en planning	21
4.1 Vervolgstappen tot en met het advies	21
4.2 Vervolgstappen na het advies	22

Samenvatting

Sinds de overheveling van de wijkverpleging van de AWBZ naar de Zvw per 1 januari 2015 is er behoefte ontstaan aan informatie over zorgvraag en zorgzwaarte op cliëntniveau en zijn mogelijkheden verkend om cliëntkenmerken een plek te geven in het bekostigingsmodel. De NZa heeft de verdere uitwerking van het traject voor een nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging op zich genomen, met als stip op de horizon integrale bekostiging georganiseerd rond de cliënt.

In februari 2019 publiceerden we een voortgangsrapportage over de stand van zaken. We hebben toen toegezegd begin 2020 opnieuw te rapporteren over de voorgenomen acties. In deze tussenrapportage beschrijven we de stand van zaken rond het uitwerken van een nieuwe bekostiging en de voortgang op de voorgenomen acties.

Terugkoppeling voorgenomen acties

Evaluatie Beleidsregel experiment bekostiging verpleging en verzorging

We hebben in 2019 de Beleidsregel experiment bekostiging verpleging en verzorging geëvalueerd. Deze beleidsregel geeft zorgaanbieders en zorgverzekeraars sinds 1 januari 2016 experimenteeruimte om in een overeenkomst af te wijken van de reguliere bekostiging met uurtarieven. Uit de evaluatie blijkt dat het integrale uurtarief de standaard is geworden en dat dit een verbetering is ten opzichte van de reguliere prestaties. Een integraal maandtarief wordt beperkt gebruikt, maar lijkt veelbelovend vanwege de ervaren ruimte door zorgaanbieder en zorgprofessional om de zorg meer af te stemmen op de cliënt. De ruimte voor inhoudelijke afspraken op het gebied van innovatie, preventie en kwaliteit wordt nog beperkt gebruikt. In de praktijk is er door de grote deelname aan het experiment een groot verschil tussen de ruimte in de regulering voor gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Wij vinden dat de vrijheid die het huidige experiment biedt, ook in een nieuwe bekostiging zoveel mogelijk behouden moet worden voor zorgverzekeraars en gecontracteerde zorgaanbieders met ruimte voor een integrale prestatie per week of maand. Prestaties voor een langere periode zijn breder toepasbaar wanneer er bijvoorbeeld een bekostiging op basis van cliëntkenmerken met een goede voorspelling van zorgzwaarte gerealiseerd kan worden.

Onderzoek ontwikkelen casemix-groepen op basis van cliëntkenmerken

Het onderzoek naar cliëntkenmerken wordt uitgevoerd door de NZa in samenwerking met het Wetenschappelijk Programma Wijkverpleging (WPW). Hierbij wordt onderzocht of het mogelijk is om op basis van cliëntkenmerken casemix-groepen te maken die voorspellen hoeveel zorg een cliënt in een periode van bijvoorbeeld een maand nodig heeft.

Van juni tot en met december 2019 heeft een pilot plaatsgevonden bij vier grote zorgaanbieders, waarbij een specifieke vragenlijst ingevuld wordt met een aantal cliëntkenmerken. Inmiddels zijn er meer dan 5000 ingevulde vragenlijsten ontvangen en geanalyseerd. In een meer gedetailleerde analyse kunnen we in de eerste helft van 2020 bepalen of en op welke manier dit kan leiden tot casemix-groepen. Vervolgens kijken we samen met het veld of deze casemix-groepen voldoende bruikbaar zijn voor de bekostiging en de contractering.

Onderzoek systeemfuncties

Wij onderzoeken in 2020 of (de organisatie van) de onplanbare wijkverpleging voldoende tot stand komt en of er daarvoor barrières liggen in de huidige bekostiging. Naast onplanbare wijkverpleging kijken we ook naar mogelijke verbeteringen voor andere systeemfuncties zoals coördinatie, samenwerking en preventie op populatieniveau. De uitkomsten van dit onderzoek integreren we in het advies over een nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging voor de zomer 2020.

Overige onderzoeken WPW

Vanuit het WPW lopen er diverse andere onderzoeken waarmee relevante wetenschappelijke kennis over de wijkverpleging wordt ontwikkeld om van daaruit bouwstenen te leveren voor een nieuwe bekostiging. In een systematische review is kennis verzameld over de bekostiging van wijkverpleging internationaal en welke rol casemix systemen hierin spelen. De uitkomsten van deze review geven aan dat er geen eenduidig model is, maar bevestigen dat algemeen dagelijks functioneren (ADL) een belangrijke voorspeller is voor behoefte aan zorg.

Middels een Delphi studie is onderzocht wat relevante en beïnvloedbare uitkomsten van wijkverpleging zijn. Inzicht in uitkomsten, en daarmee kwaliteit, van zorg is cruciaal om in de bekostiging en contractering de focus te kunnen verschuiven van kwantiteit naar kwaliteit. We vinden het daarom van groot belang dat de ontwikkeling van de indicatoren voortgang heeft. Daarnaast wordt middels een scoping review onderzoek gedaan naar het identificeren van relevante uitkomsten binnen de wijkverpleging. Per januari 2020 is deze studie gestart en de eerste resultaten verwachten we voor de zomer van 2020.

Afhankelijkheden

Een uniforme regulering voor de gehele wijkverpleging

Vrijwel alle gecontracteerde wijkverpleging heeft plaats binnen de ruimte van de Beleidsregel experiment bekostiging verpleging en verzorging. In de praktijk is er daarom in de huidige situatie sprake van een verschil in regulering tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde wijkverpleging. De huidige Wet marktordening gezondheidszorg biedt geen ruimte om de huidige experimentele situatie, met een aparte regulering voor gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg, om te zetten naar een reguliere situatie. Bij het aflopen van het experiment in december 2021 vervalt daarmee de mogelijkheid om voor deze twee categorieën verschillende manieren van reguleren te hanteren. Een nieuwe bekostiging moet vorm krijgen binnen een uniforme regulering voor alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars op de markt. Het is een optie om, vergelijkbaar met de huidige ruimte daarvoor, tijdelijk wel meer vrijheidsgraden in de bekostiging mogelijk te maken door het opzetten van een nieuw experiment dat voortbouwt op de lessen van het huidige experiment.

Ontwikkeling casemix-groepen

Een andere afhankelijkheid is de ontwikkeling van casemix-groepen. Voorwaarde voor het werken met prestaties voor een langere periode, bijvoorbeeld een maand, is dat er voldoende homogene casemix-groepen ontwikkeld kunnen worden om risicoselectie tegen te gaan. Zodra het onderzoek hiernaar is afgerond, kunnen we met meer zekerheid zeggen of dat gaat lukken.

Inzicht in kwaliteit en uitkomsten

Naast cliëntprofielen zijn uitkomstindicatoren van groot belang. De ontwikkeling daarvan ligt bij het veld. Voor een goede werking van een

bekostiging op basis van casemix-groepen is inzicht nodig in uitkomsten van zorg om onderbehandeling te voorkomen. We sporen daarom ook veldpartijen aan om op korte termijn concrete en meetbare uitkomstindicatoren te ontwikkelen en in gebruik te nemen.

Ontwikkelingen binnen de wijkverpleging

De nieuwe bekostiging moet aansluiten bij de ontwikkelingen binnen de wijkverpleging. Daarom volgen we deze ontwikkelingen nauwgezet. Zo zijn er voorgenomen wetswijzigingen van het ministerie van VWS om meer inzicht te krijgen in, en grip te krijgen op, het niet-gecontracteerde aanbod. Daarnaast zien we binnen de wijkverpleging een beweging naar meer samenwerking en minder concurrentie. Bijvoorbeeld in de afspraken om naar herkenbare en aanspreekbare teams toe te werken. Ook het recente rapport van de commissie Bos en de verwachte contourennota van het ministerie van VWS zien we als belangrijke kaders om met de organisatie en bekostiging van de wijkverpleging bij aan te sluiten.

Vervolg

Vanwege de hierboven genoemde afhankelijkheden werken we de komende maanden een aantal mogelijke scenario's uit voor een nieuwe bekostiging. We onderscheiden bekostigingsscenario's met en zonder cliëntprofielen en met en zonder maximumtarieven.

Daarnaast ronden we het onderzoek naar het ontwikkelen van casemix-groepen af. De definitieve uitkomsten verwachten we in april en verwerken we in het definitieve advies voor de zomer. Op basis hiervan concluderen we of en op welke manier cliëntprofielen een rol kunnen spelen in de nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging. Samen met het veld maken we uiteindelijk de afweging of de voorspelkracht en herkenbaarheid voldoende zijn en of en hoe dit toegepast kan worden in de bekostiging.

In het traject om te komen tot een nieuwe bekostiging trekken we samen op met branchepartijen, het Wetenschappelijk Programma Wijkverpleging en het ministerie van VWS. We zijn ervan overtuigd dat een advies dat gedragen wordt door alle partijen, de grootst mogelijke kans van slagen heeft om in de praktijk daadwerkelijk verandering te creëren. We werken de komende maanden daarom in nauwe afstemming met het veld aan een advies voor een nieuwe bekostiging van de wijkverpleging per 2022. Het definitieve advies voor een nieuwe bekostiging geven we vóór de zomer van 2020.

We verlengen de Beleidsregel experiment bekostiging verpleging en verzorging met één jaar tot en met 31 december 2021. Op deze manier kunnen zorgaanbieders ook in 2021 nog gebruik maken van de ruimte die de experiment beleidsregel biedt.

1. Inleiding

Sinds de overheveling van wijkverpleging van de AWBZ naar de Zvw per 1 januari 2015 denken partijen na over een andere manier van het bekostigen van wijkverpleging. De wens is om van betalen voor kwantiteit te gaan naar betalen voor kwaliteit. Daarnaast is er behoefte aan informatie over zorgvraag en zorgzwaarte op cliëntniveau. De NZa heeft de verdere uitwerking van het traject voor een nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging op zich genomen, met als stip op de horizon integrale bekostiging georganiseerd rond de cliënt.

Terwijl we werken aan een nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging zien we relevante ontwikkelingen binnen de wijkverpleging, maar ook breder binnen de gezondheidszorg in Nederland. Deze ontwikkelingen kunnen van invloed zijn op de wijkverpleging. Denk hierbij aan de ontwikkeling naar een herkenbaar en aanspreekbaar team in de wijk en de ambitie om steeds meer de juiste zorg op de juiste plek te organiseren. De commissie Bos verwacht voor de zomer met een geactualiseerde versie te komen van haar rapport over de zorg voor thuiswonende ouderen en het ministerie van VWS werkt momenteel aan een brede contourennota over de zorg. Voor de zomer van 2020 komen we met een advies over de bekostiging van de wijkverpleging. In dat advies gaan we verder in op de hierboven genoemde ontwikkelingen en brengen we in kaart op welke manier deze samenhangen met de bekostiging van de wijkverpleging.

In deze tussenrapportage beschrijven we de voortgang van het ontwikkelen van een nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging. De nadruk in de eerste helft van dit rapport (hoofdstuk 2) ligt op de voorgenomen acties zoals beschreven in de voortgangsrapportage van februari 2019.¹ We beschrijven per actie de actuele stand van zaken en de voorgenomen vervolgstappen voor het komende halfjaar.

In het tweede deel van dit rapport blikken we vooruit. We werken de komende maanden in nauwe afstemming met het veld aan een advies voor een nieuwe bekostiging van de wijkverpleging. We lichten toe welke keuzes we nog moeten maken en welke afhankelijkheden we daarbij zien.

We sluiten af met een overzicht van het proces en bijbehorende planning richting het definitieve advies. We kijken daarbij vooruit naar het definitieve advies over de bekostiging voor de zomer. Daarnaast kijken we verder en benoemen we kort welke thema's aandacht en uitwerking nodig hebben nadat er een keuze is gemaakt voor een nieuwe bekostiging.

¹ NZa, voortgangsrapportage doorontwikkeling bekostiging wijkverpleging. Februari 2019.

2. Terugkoppeling voorgenomen acties

In dit hoofdstuk bespreken we de acties zoals we die hebben benoemd in de voortgangsrapportage van februari 2019. Per actie beschrijven we de voortgang. Onderstaande tabel geeft hiervan een beknopt overzicht.

Schema 1. Actiepunten en voortgang

Actiepunt	Toelichting	Status
2.1 Evaluatie experiment	Evaluatie Beleidsregel experiment verpleging en verzorging. Aanbevelingen voor bekostiging.	Afgerond
2.2 ZN-doelgroepen	We verplichten de ZN-doelgroepen niet en werken nu verder aan casemix-groepen.	Afgerond
2.3 Systeemfuncties	We onderzoeken op welke manier systeemfuncties het beste bekostigd kunnen worden.	Zomer 2020
2.4 Cliëntkenmerken	Op basis van nieuwe cliëntkenmerken doen we een voorstel voor casemix-groepen.	Zomer 2020
2.5.1 Bekostigingsmodellen internationaal	Een systematische review bevestigt dat ADL-kenmerken voorspellend zijn voor zorggebruik.	Afgerond
2.5.2 en 2.5.3 Onderzoek uitkomsten	Onderzoek naar beïnvloedbare en meetbare uitkomsten voor kwaliteit van zorg.	Deels afgerond (Delphi-studie) deels zomer 2020
2.5.5 Populatie wijkverpleging	Inzicht in kenmerken populatie wijkverpleging. Bruikbaar voor integrale bekostiging.	April 2020

2.1 Evaluatie Beleidsregel experiment bekostiging verpleging en verzorging

We hebben in 2019 de Beleidsregel experiment bekostiging verpleging en verzorging geëvalueerd. Het experiment geeft zorgaanbieders en zorgverzekeraars sinds 1 januari 2016 ruimte om af te wijken van de reguliere bekostiging en afspraken te maken over een vast bedrag per patiënt op basis van de samenstelling van de populatie. Het experiment loopt daarmee vooruit op de beoogde nieuwe bekostiging. In onze voortgangsrapportage van februari 2019 hebben we aangegeven dat deze evaluatie belangrijk is voor het vormgeven van een nieuwe bekostiging. Het evaluatierapport is op 5 december 2019 aangeboden aan het ministerie van VWS. Hieronder noemen we de belangrijkste uitkomsten van de evaluatie.

1. Het experiment is de standaard geworden in inkoop en declaratie
Binnen het experiment wordt gewerkt met integrale tarieven, waarin geen onderscheid wordt gemaakt tussen een tarief voor persoonlijke verzorging en een tarief voor verpleging. Nagenoeg alle gecontracteerde zorgaanbieders van wijkverpleging werken binnen het experiment. Voor gecontracteerde wijkverpleging zijn daarmee in de praktijk zowel de tarieven als de prestaties vrij, binnen de kaders van het experiment. Het integrale uurtarief wordt veruit het meest gebruikt. Integrale tarieven voor een langere periode komen beperkt voor, maar wanneer deze worden gebruikt, komt het integrale tarief per maand het meest voor (in 2019 door zeven zorgaanbieders).

2. Integraal uurtarief is een verbetering ten opzichte van reguliere prestaties

Het integrale uurtarief wordt door zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezien als een verbetering ten opzichte van de reguliere prestaties. Partijen waarderen de vrijheid die deze integrale prestatie biedt en geven aan dat dit inmiddels gemeengoed geworden is in de sector. Voor de declaratie hoeft het onderscheid tussen persoonlijke verzorging en verpleging niet meer geregistreerd te worden. De administratieve lastenverlichting lijkt echter onvoldoende tot zijn recht gekomen te zijn door verschillen die er nog steeds zijn tussen zorgverzekeraars en tussen bijvoorbeeld het sociaal domein en de Zvw.

3. Integraal maandtarief wordt beperkt gebruikt maar lijkt veelbelovend

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars die werken met een integraal maandtarief zijn hier positief over. Los van de feitelijke ruimte binnen het experiment lijkt ook de ervaren ruimte een belangrijke rol te spelen. Voordelen van een integraal maandtarief zijn ruimte voor maatwerk, ruimte voor de professional (en daarmee werkplezier voor de wijkverpleegkundige) en ruimte voor innovatie en preventie. Partijen die werken met een maandtarief geven aan dat er naar hun idee binnen het integrale maandtarief doelmatiger gewerkt wordt. Partijen ervaren ook nadelen: verlies aan (stuur)informatie, risico op onderbehandeling en risicoselectie, onduidelijkheid over declaraties bij cliënten en soms moeilijke afbakening tussen de aanspraak vanuit de Zvw en het sociaal domein.

Om maandtarieven breder in de sector uit te kunnen rollen zijn de volgende randvoorwaarden belangrijk:

- Instrumenten om risicoselectie en onderbehandeling tegen te gaan.
- Goede relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
- Heldere informatievoorziening aan cliënten.
- Voldoende volume bij zowel de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar om één tarief te kunnen hanteren voor alle cliënten.
- Registratie en verantwoording die aansluit bij de afgesproken prestaties en tarieven voor een langere periode.

Vrijheid willen we zoveel mogelijk behouden

Wij vinden dat de vrijheid binnen het experiment zoveel mogelijk behouden moet worden en dat het de voorkeur heeft om niet terug te gaan naar de huidige reguliere prestaties. De vrijheid die het experiment biedt, kan nog meer benut worden als aan bepaalde randvoorwaarden wordt voldaan en er bijvoorbeeld een bekostiging op basis van cliëntkenmerken gerealiseerd kan worden.

Richting voor een nieuwe bekostiging

Op basis van de evaluatie zien we de volgende belangrijke punten als aandachtspunten voor een nieuwe bekostiging van de wijkverpleging:

- Behoud de vrijheid voor gecontracteerde wijkverpleging zoals deze ook nu binnen het experiment geldt.
- Keer na het experiment niet met de hele sector terug naar het gebruik van de huidige reguliere prestaties (persoonlijke verzorging en verpleging).
- Creëer ruimte om te experimenteren met een integrale prestatie voor een langere periode.
- Onderzoek hoe je prestaties voor langere perioden kunt differentiëren, zodat deze breder toepasbaar zijn, bijvoorbeeld via cliëntprofielen.

Naast een nieuwe bekostiging zien we ook nu al dat er meer ruimte is dan door het veld wordt benut. Op basis van de evaluatie sporen we zorgverzekeraars en zorgaanbieders daarom aan om:

- De ruimte die er nu al is voor het maken van afspraken over kwaliteit, innovatie en preventie beter te benutten en afspraken helder vast te leggen.
- Meer onderzoek te doen naar en gebruik te maken van uniforme kwaliteitsparameters. Vertrouwen in goede kwaliteit geeft meer ruimte in de contractering.

Deze evaluatie biedt waardevolle informatie voor een nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging. In het advies dat volgt voor de zomer werken we meer in detail uit op welke manier een nieuwe bekostiging van de wijkverpleging er uit kan zien.

2.2 Informatie genereren om gelijk speelveld te creëren

In de voortgangsrapportage van februari 2019 hebben we benoemd dat we onderzoeken of het mogelijk is om het registreren van de ZN-cliëntendoelgroepen (ZN-doelgroepen) verplicht te stellen voor alle aanbieders van wijkverpleging. Op deze manier zou inhoudelijke informatie beschikbaar komen over zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde wijkverpleging. Inmiddels is dit onderzoek afgerond en hebben we op basis hiervan besloten om de registratie van ZN-doelgroepen niet te verplichten. Hieronder lichten we het proces en de belangrijkste overwegingen toe.

Doelgroepenregistratie levert uniforme informatie op

De ZN-doelgroepen worden geregistreerd door alle zorgaanbieders van gecontracteerde wijkverpleging. Wijkverpleegkundigen delen elke cliënt in één van de zeven ZN-doelgroepen in. Het grootste gedeelte van alle cliënten valt binnen de doelgroep zorg aan kwetsbare ouderen en/of chronisch zieken, die (naar verwachting) langer duurt dan 3 maanden. Het zwaartepunt van de zorg in deze groep ligt op somatische problematiek. Via de Vektis data hebben we inzicht in de doelgroepen voor zover de zorgaanbieders afspraken hebben gemaakt met de zorgverzekeraar over een integraal uurtarief. Door doelgroepenregistratie verplicht te stellen voor de hele sector:

- krijgen we een sector breed beeld van de casemix naar doelgroepen.
- krijgen we inzicht in casemix verschillen tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg.
- is er een (registratie) instrument wat indien nodig aangepast kan worden aan nieuwe inzichten en wat zo een geleidelijke overgang naar een nieuwe bekostiging kan ondersteunen.

Varianten voor verplichte doelgroepenregistratie

Om de eerder genoemde doelen te bereiken, hebben we een aantal mogelijkheden voor verplichte doelgroepenregistratie onderzocht. We kunnen werken met een declaratiebepaling. De ZN-doelgroepen worden dan meegestuurd met de declaratie. Deze manier van werken zorgt voor een hoge betrouwbaarheid en snelle verwerkingstijd. Omdat de ZN-doelgroepen niet direct samenhangen met de te declareren prestatie is deze optie echter niet geschikt.

Een registratieverplichting is een andere optie. In een registratiebepaling of nadere regel kunnen we registratie van de ZN-doelgroepen en aanlevering van deze registratie voorschrijven. Het opleggen van de verplichting kan. Het opvragen van de geregistreerde informatie is vervolgens een erg bewerkelijk proces.

Tot slot kunnen we de ZN-doelgroepen verwerken in prestatiebeschrijvingen. Dit vergt wel een nieuwe onderbouwing van de maximumtarieven per prestatie. Deze optie is daarom op de korte termijn niet haalbaar.

Het verplichten van doelgroepenregistratie levert op de korte termijn onvoldoende bruikbare informatie op. We vinden het wel belangrijk dat er meer inhoudelijke informatie beschikbaar komt over de geleverde wijkverpleging. Zowel over gecontracteerde als over niet-gecontracteerde wijkverpleging. Daarom werken we ondertussen verder aan het ontwikkelen van cliëntprofielen. We verwachten dat het onderzoek naar cliëntkenmerken meer onderscheidende kenmerken oplevert dan de ZN-doelgroepen. In ons advies voor een nieuwe bekostiging wordt dit duidelijk. We geven daarin aan wat de rol van de cliëntkenmerken wordt en we adviseren over een mogelijke registratieverplichting. Als we geen bruikbare cliëntprofielen kunnen ontwikkelen, bekijken we op een later moment opnieuw op welke manier we inhoudelijke informatie beschikbaar kunnen maken voor de gehele wijkverpleging.

2.3 Onderzoek naar organisatie en bekostiging onplanbare wijkverpleging in avond, nacht en weekend

Veldpartijen zijn het afgelopen jaar al zelf aan de slag gegaan om de organisatie van onplanbare nachtzorg te verbeteren. Een voorbeeld daarvan is het landelijke kader onplanbare nachtzorg (juli 2019). Wij onderzoeken in 2020 of (de organisatie van) de onplanbare wijkverpleging voldoende tot stand komt en of er daarvoor barrières liggen in de huidige bekostiging. Naast onplanbare wijkverpleging kijken we ook naar mogelijke verbeteringen voor andere systeemfuncties zoals coördinatie, samenwerking en preventie op populatieniveau. Door middel van interviews, data-analyse, expertsessies en een vragenlijst brengen we in kaart hoe deze functies momenteel zijn georganiseerd en of en op welke manier we dit kunnen verbeteren. We zoeken aansluiting bij de verschillende trajecten die al lopen.

Een nieuwe bekostiging moet goed aansluiten bij de verschillende functies van en ontwikkelingen binnen de wijkverpleging. De uitkomsten van dit onderzoek integreren we daarom in het advies over een nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging voor de zomer 2020. In het eerste kwartaal van 2020 ronden we ons onderzoek af. De uitkomsten nemen we mee bij het advies over een nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging.

2.4 Ontwikkelen en toepassen cliëntkenmerken als basis voor een casemix systeem.

We werken aan het ontwikkelen van een bekostiging op basis van cliëntprofielen. Een casemix-systeem. We willen onderzoeken of deze cliëntprofielen kunnen voorspellen hoeveel zorg een cliënt in bijvoorbeeld een periode van een maand nodig heeft. Momenteel kennen we al een voorbeeld van cliëntprofielen in de wijkverpleging, namelijk de ZN-doelgroepen.

Het ontwikkelen van cliëntprofielen die – op landelijk niveau – zowel voldoende voorspellend als voldoende herkenbaar zijn is geen eenvoudige opgave. Uit eerder onderzoek blijkt dat wanneer enkel de

kenmerken vanuit de classificatiesystemen (NANDA en Omaha) worden gebruikt, een groot deel van de variatie in zorginzet onverklaard blijft.² Door middel van een pilot hebben we daarom in de tweede helft van 2019 bij vier grote zorgaanbieders extra cliëntkenmerken laten registreren. Op basis daarvan onderzoeken we of het lukt om cliëntprofielen met een hogere voorspelkracht te ontwikkelen. Vervolgens bepalen we samen met het veld of deze cliëntprofielen voldoende bruikbaar zijn voor de bekostiging en de contractering.

2.4.1 Opzet pilots casemix in de wijkverpleging

De NZa is vanuit het Wetenschappelijk Programma Wijkverpleging (WPW) samen met de Universiteit Maastricht in de zomer van 2019 een pilot bij vier zorgaanbieders gestart. In deze pilot vullen wijkverpleegkundigen na het indicatiegesprek naast de gebruikelijke gegevens een vragenlijst in met kenmerken van hun cliënten. Op deze manier onderzoeken we of het mogelijk is om met deze gegevens, aanvullend op data uit de classificatiesystemen Omaha en NANDA, kenmerken te vinden die voorspellend zijn voor de benodigde zorginzet.

De vragenlijst is ontwikkeld door de Universiteit Maastricht en de NZa en bestaat uit elf vragen die betrekking hebben op drie domeinen: fysiek functioneren/functionele zelfredzaamheid (ADL), cognitief functioneren en mantelzorg.

We ontwikkelden de vragenlijst op basis van literatuuronderzoek en in samenwerking met wijkverpleegkundigen van de vier zorgaanbieders in de pilot. Daarnaast namen we de bevindingen mee uit de survey onder meer dan 1.000 verpleegkundigen werkzaam in de wijk. Dit onderzoek is eerder binnen het WPW uitgevoerd en gepubliceerd in een internationaal wetenschappelijk tijdschrift.³

De vragenlijst is ingebouwd in het ECD van de vier zorgaanbieders. Vanaf juli tot en met december 2019 werd de vragenlijst na elke intake en herindicatie ingevuld. Inmiddels hebben de gegevensleveringen aan de NZa plaats gevonden en wordt de data geanalyseerd. Hierbij wordt een vooraf opgesteld studieprotocol gevolgd. Het studieprotocol is aangeboden voor publicatie in een internationaal wetenschappelijk tijdschrift.

2.4.2 Eerste resultaten van de pilots

We hebben met alle vier de zorgaanbieders de aangeleverde data doorgesproken. Hierbij hebben we de specifieke dataleveringen van de verschillende zorgaanbieders met elkaar vergeleken en besproken wat er nog nodig is om te komen tot een zo betrouwbaar mogelijke dataset. Op deze manier krijgen we steeds beter zicht op de data en op de manier waarop we deze het beste kunnen analyseren.

Het is nog te vroeg om vast te stellen of het op basis van de extra gegevens lukt om bruikbare cliëntprofielen te maken. We zien al wel een

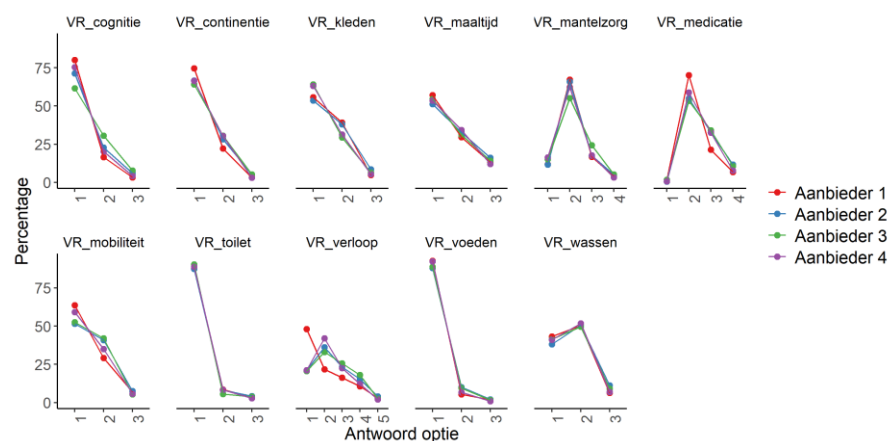
² De Korte, M.H., Verhoeven, G.S., Elissen, A.M.J., Metzelthin, S.F., Ruwaard, D. & Mikkers, M.C. (2019). *Using machine learning to assess the predictive potential of standardized nursing data for home healthcare case-mix classification*. Submitted for publication.

³ Van den Bulck, A.O.E., Metzelthin, S.F., Elissen, A.M.J., Stadlander, M.C., Stam, J.E., Wallinga G. & Ruwaard, D. (2018). *Which client characteristics predict home-care needs? Results of a survey study among Dutch home-care nurses*. Health and Social Care in the Community, (27)93-104. <https://doi.org/10.1111/hsc.12611>

aantal interessante kenmerken van de data. Deze benoemen we hieronder:

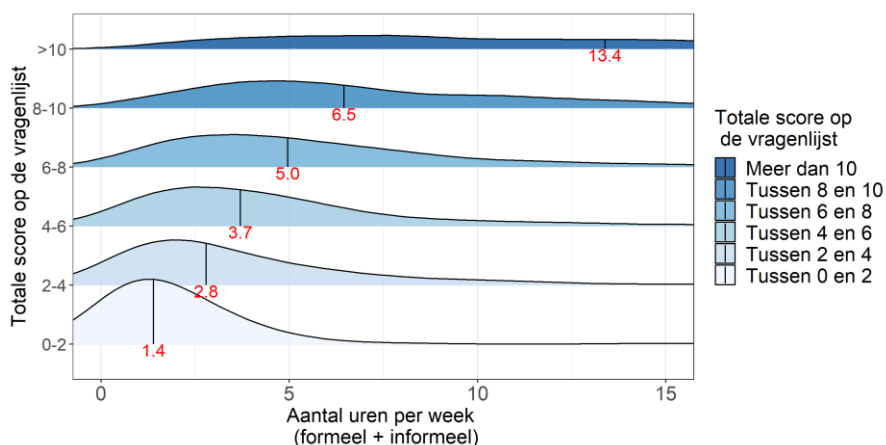
- 350 wijkverpleegkundigen hebben in totaal circa 5400 vragenlijsten ingevuld over 5200 cliënten.
- We zien een grote overeenkomst in de antwoordverdelingen van de vragen uit de vragenlijst bij de vier zorgaanbieders. In hoe de classificatiesystemen worden gebruikt zien we minder overeenkomst, net name bij NANDA. Tussen de twee zorgaanbieders die met NANDA werken zien we verschillende keuzes in welke diagnoses er gebruikt worden. Mogelijke verklaringen zijn het feit dat Omaha minder diagnoses kent (er zijn 42 aandachtsgebieden, terwijl NANDA 244 diagnose codes kent), de manier waarop de classificatie systemen zijn ingebouwd in het ECD, en het gebruik van standaardzorgplannen. Wanneer we aannemen dat de wijkverpleegkundigen de vragenlijsten gemiddeld genomen op dezelfde manier hanteren lijkt het er op dat de populaties van de vier deelnemende organisaties vrij veel op elkaar lijken wat betreft de gemeten kenmerken. Figuur 1 laat dit beeld grafisch zien.

Figuur 1. Vergelijking antwoorden per vraag



- De vragenlijst is ontworpen om aanvullend naast de classificatiesystemen gebruikt te worden. Cliënten met wondzorg, of die enkel geholpen worden met steunkousen aantrekken, worden daarom niet gedekt door de vragenlijst. Voor deze kenmerken maken we gebruik van de classificatie data uit NANDA en Omaha.
- Bij een eerste eenvoudige analyse (som score op basis van de antwoorden op de vragenlijst) zien we dat de cliëntkenmerken uit de vragenlijst een voorspellende waarde hebben voor de hoeveelheid uren zorg. Onderstaande figuur 2 geeft dit weer. In een meer gedetailleerde analyse kunnen we vervolgens bepalen of en op welke manier dit kan leiden tot casemix-groepen.

Figuur 2. Eenvoudige cliëntgroepen op basis van totale score op de vragenlijst.



(het rode cijfer geeft het mediane aantal uren per week weer; de x-as is afgekapt t.b.v. de leesbaarheid van het figuur).

De definitieve analyses ronden we af in april conform het study protocol.⁴ De modellen hiervoor hebben we de afgelopen maanden gebouwd. Wanneer alle data binnen is, kunnen deze modellen op basis daarvan laten zien welke combinatie van kenmerken de meeste voorspellende kracht heeft. Op basis van de uitkomsten daarvan maken we met het veld de afweging of de voorspelkracht en herkenbaarheid voldoende zijn en op welke manier we de groepen toe kunnen passen in de bekostiging.

We ronden de analyses af met een rapportage waarin we het onderzoek en de analyses verder beschrijven. Deze rapportage publiceren we tegelijk met het advies over de bekostiging van de wijkverpleging.

2.5 Overige acties vanuit WPW

Het Wetenschappelijk Programma Wijkverpleging (WPW) is een samenwerkingsverband tussen de Universiteit Utrecht, Hogeschool Utrecht, Universiteit Tilburg, Universiteit Maastricht en de NZa. Sinds 2017 wordt binnen dit programma relevante wetenschappelijke kennis over de wijkverpleging ontwikkeld en samengebracht om van daaruit bouwstenen te leveren voor de nieuwe bekostiging. Hieronder lichten we toe welke onderzoeken momenteel lopen en wat die onderzoeken opleveren.

2.5.1 Ontwikkeling kennis over bekostiging wijkverpleging internationaal

Om te leren van de bekostiging van wijkverpleging in andere landen, is een systematische review van internationale wetenschappelijke en grijze literatuur (zoals documenten van overheden en kennisinstututen) uitgevoerd door de Universiteit Maastricht, in samenwerking met de Universiteit Tilburg.⁵ Hierin onderzochten zij welke casemix-modellen

⁴ Elissen, A.M.J., Verhoeven, G.S., De Korte, M.H., Van den Bulck, A.O.E., Metzelthin, S.F., Van der Weij, L.C., Stam, J., Ruwaard, D. & Mikkers, M.C. (2020). *Development of a case-mix classification to predict costs of home care in the Netherlands: a study protocol*. Submitted for publication.

⁵ Van den Bulck, A.O.E., De Korte, M.H., Elissen, A.M.J., Metzelthin, S.F., Mikkers, M.C., & Ruwaard, D. (2020). *A systematic review of case-mix models for home health care*

voor wijkverpleging zijn ontwikkeld, hoe deze werken en welke zijn doorontwikkeld tot een bekostigingssysteem gebaseerd op casemix.

De resultaten van de review maken duidelijk dat er landen zijn die zorg in de wijk bekostigen op basis van casemix. In totaal zijn 8 casemix-modellen gevonden in 5 verschillende landen (Amerika, Canada, Nieuw-Zeeland, Australië en Duitsland), waarvan 3 modellen⁶ al enkele jaren – of zelfs enkele decennia – worden gebruikt om de zorg thuis prospectief te bekostigen. De modellen laten veel verschillen zien, waaronder:

- Het aantal en soort voorspellende cliëntkenmerken, variërend van 3 tot 42 kenmerken per model met in totaal 127 kenmerken.
- Het aantal casemix groepen waarin cliënten ingedeeld kunnen worden, variërend van 5 tot 39 groepen voor de meeste modellen, met als uitzondering 1 model met 153 groepen.
- De periode waarover de zorg voorspeld wordt, variërend van 1 week tot 180 dagen.
- De variantie in zorggebruik en/of -kosten die op basis van de casemix modellen kan worden verklaard, variërend van 14% tot 37.3% en 54.3%.

De verschillen tussen de gevonden casemix-modellen worden mede veroorzaakt door de verschillen in organisatie van de thuiszorg of wijkverpleging per land. Zo worden er bijvoorbeeld andere typen zorg thuis geleverd, zoals wel of geen fysiotherapie of terminale zorg. Ook verschillen de (verpleegkundige) classificatiesystemen waaruit data wordt gehaald om casemix-groepen in te delen. De gevonden casemix-modellen zijn daarom niet 1-op-1 toepasbaar binnen de Nederlandse context.

Toch levert de review belangrijke inzichten voor de ontwikkeling van een casemix-model voor wijkverpleging in Nederland. Het bevestigt onder andere de bevindingen uit onze eerdere survey waarin wijkverpleegkundigen aangaven dat algemeen dagelijks functioneren (ADL) een belangrijke voorspeller is voor behoefte aan zorg⁷. De meeste kenmerken uit de gevonden casemix-modellen hebben betrekking op fysiek en dagelijks functioneren. Dit onderstreept het belang om ADL als mogelijke voorspeller mee te nemen in de ontwikkeling van een casemix-model in Nederland.

2.5.2 Onderzoek naar relevante en beïnvloedbare uitkomsten van wijkverpleegkundige zorg

Kwaliteit van zorg wordt zichtbaar als uitkomsten worden vastgelegd. Hiermee kan een stimulans voor kwaliteit worden ingebouwd. Om dat mogelijk te maken is inzicht nodig in relevante en beïnvloedbare uitkomsten voor wijkverpleegkundige zorg. De Universiteit Utrecht en Hogeschool Utrecht zijn daarom in samenwerking met Universiteit Maastricht een onderzoek gestart naar relevante en beïnvloedbare uitkomsten van wijkverpleegkundige zorg.

payment: Making sense of variation. Health Policy.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.12.012>

⁶ (1) Home Health Resource Groups in Amerika, (2) Home and Community Support Services Case-Mix Model in Nieuw-Zeeland, (3) Degrees of Need (Pflegergraden) in Duitsland.

⁷ Van den Bulck, A.O.E., Metzelthin, S.F., Elissen, A.M.J., Stadlander, M.C., Stam, J.E., Wallinga G. & Ruwaard, D. (2018). *Which client characteristics predict home-care needs? Results of a survey study among Dutch home-care nurses.* Health and Social Care in the Community, (27)93-104. <https://doi.org/10.1111/hsc.12611>

Aan de hand van een Delphi studie is inzicht verkregen in relevante en beïnvloedbare uitkomsten van wijkverpleegkundige zorg aan thuiswonende ouderen.

In totaal hebben 15 experts deelgenomen aan het onderzoek. Experts waren wijkverpleegkundigen al dan niet met een aanvullende rol in onderwijs, onderzoek, praktijk of beleid. Op basis van een literatuurstudie waarin ook de behoeften van ouderen zijn meegenomen en na een expertmeeting met stakeholders zijn 46 relevante uitkomsten geselecteerd. In het onderzoek zijn de 46 uitkomsten vervolgens beoordeeld op relevantie en beïnvloedbaarheid. 26 van de 46 uitkomsten zijn zowel relevant als beïnvloedbaar bevonden. De 26 uitkomsten richten zich met name op de thema's patiëntervaring, functioneren, sociale gezondheid en gedrag, en uitkomsten rondom overlijden. De uitkomsten met de hoogste score op relevantie en beïnvloedbaarheid zijn autonomie, besluitvorming, tevredenheid met geleverde zorg, kwaliteit van sterven en therapietrouw. In mindere mate zijn de uitkomsten gericht op zorggebruik, fysieke gezondheid, psychische gezondheid en algemeen gezondheidsstatus. Dit kan mogelijk worden verklaard doordat deze laatste uitkomsten niet alleen beïnvloed worden door het handelen in de wijkverpleging, maar ook door andere disciplines als huisarts, sociaal wijkteam of paramedici.

De resultaten van dit onderzoek zijn actief gedeeld met de stuurgroep van het kwaliteitskader wijkverpleging en de werkgroep die bezig is met de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren voor de wijkverpleging. Komend jaar blijven de onderzoekers met de stuurgroep kwaliteitskader in gesprek om kennis te delen en input te leveren in de landelijke uitrol. Daarnaast zijn de bevindingen verwerkt in een wetenschappelijk artikel dat is aangeboden aan een internationaal wetenschappelijk tijdschrift.

Om in de bekostiging en contractering de focus te kunnen verschuiven van kwantiteit naar kwaliteit is informatie over kwaliteit en uitkomsten van cruciaal belang. We willen het veld zoveel mogelijk vrijheid bieden in de contractering met als doel dat er in de inkoop meer aandacht komt voor inhoud en uitkomsten van zorg. In hoofdstuk drie gaan we hier verder op in. We vinden het daarom van groot belang dat de ontwikkeling van de indicatoren voortgang heeft. Wij zullen contact houden met partijen en de voortgang nauwgezet volgen.

2.5.3 Onderzoek naar meetbare uitkomsten en effect van interventies in de wijkverpleging

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

Recent is de scope van de review gewijzigd. Bij de start lag de focus op het identificeren van effectieve interventies in de wijkverpleging, welke uitkomsten daarin zijn gemeten en met welke instrumenten. Vanuit de behoefte uit de praktijk en samenhang met de studie naar uitkomsten zoals beschreven in paragraaf 2.5.2 is de focus verschoven naar uitkomsten van zorg. De nadruk ligt nu op het identificeren van relevante en bruikbare uitkomsten die in de praktijk inzicht geven in de effecten van wijkverpleegkundige zorg. Gekeken wordt welke uitkomsten, met welke instrumenten, bij wie gemeten kunnen worden.

Daarnaast wordt gekeken welke interventies invloed hebben op deze uitkomsten. Met de gewijzigde doelstelling is de methode gewijzigd van een systematische review naar een scoping review. Hierbij wordt met een brede kijk beschikbare informatie verzameld en narratief beschreven volgens een opgesteld protocol. Alle voorbereidingen voor deze studie zijn getroffen en per januari 2020 is de uitvoering hiervan gestart. De UU en de HU verwachten de eerste resultaten van de scoping review voor de zomer van 2020.

Een van de concrete resultaten is een overzicht van meetbare uitkomsten die inzicht geven in de kwaliteit van de geleverde wijkverpleegkundige zorg. Daarbij wordt steeds gekeken welke uitkomsten worden gemeten, hoe deze gemeten kunnen worden en bij welke cliënten. Naast de uitkomsten wordt ook gekeken naar het effect van de interventies waarbij deze uitkomsten worden gemeten.

Dit onderzoek van de UU en HU wordt los van de werkzaamheden van de werkgroep kwaliteitsindicatoren vanuit het kwaliteitskader wijkverpleging uitgevoerd. De resultaten worden actief gedeeld met de werkgroep kwaliteitsindicatoren. De werkgroep onderzoekt vervolgens zelf welke uitkomsten zij daarbij in de praktijk willen gaan gebruiken. De resultaten van de scoping review zijn zo bruikbare input bij het kiezen van een passend meetinstrument voor het meten van uitkomsten in de wijkverpleging.

We sporen de werkgroep kwaliteitsindicatoren aan om de uitkomsten van de eerdere Delphi studie (zie paragraaf 2.5.2) en de uitkomsten van hierboven beschreven onderzoek te bestuderen en te gebruiken voor het verder ontwikkelen van meetbare kwaliteitsindicatoren voor de wijkverpleging.

2.5.4 Identificeren individuele kenmerken en cliëntgroepen

De data-analyses uitgevoerd ten behoeve van de voortgangsrapportage afgelopen maart richtten zich primair op de voorspelkracht van een verzameling kenmerken, zoals alle diagnoses uit NANDA, of alle Omaha probleemgebieden in combinatie met de gekozen actievlakken.

De geplande vervolgstap van het onderzoek van de NZa met Universiteit Tilburg was uit NANDA/Omaha classificatiegegevens (inclusief data van een derde zorgaanbieder) de meest voorspellende kenmerken te selecteren. Om vervolgens deze selectie te reduceren tot een beperkt aantal clusters van combinaties van deze kenmerken.

Bij de deelnemende organisaties aan de pilots analyseren we ook de data uit NANDA en Omaha. Op deze manier onderzoeken we of, naast de specifieke kenmerken uit de vragenlijst, ook individuele kenmerken vanuit NANDA of Omaha voorspellend zijn voor zorggebruik. Deze kenmerken kunnen dan weer iets bijdragen aan het ontwikkelen van cliëntprofielen.

2.5.5 Inzicht in karakteristieken en risicofactoren populatie wijkverpleging

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

Er is gebruik gemaakt van declaratiedata uit 2017. Deze dataset bevat kenmerken van mensen zoals leeftijd, geslacht, sociaaleconomische status. Ook bevat deze dataset cijfers over zorgconsumptie zoals kosten huisartsenzorg, medicatiegebruik en hulpmiddelengebruik. Uit de totale populatie mensen die wijkverpleging ontvangen is een random subset van 1% geselecteerd (5500 personen). Om de kenmerken en risicofactoren te vergelijken van mensen met en zonder wijkverpleging is ook een random subset van mensen zonder wijkverpleging geselecteerd (5500). Omdat wijkverpleging met name aan ouderen wordt geleverd, is het onderzoek uitgevoerd onder twee groepen: de totale populatie en de 75+ populatie. In totaal zijn 120 variabelen onderzocht, waarvan de 20 belangrijkste voorspellers per populatie zijn geselecteerd voor verdere analyse.

Uit de eerste analyses komen de volgende vijf belangrijkste voorspellers voor het gebruiken van wijkverpleegkundige zorg voor beide populaties naar voren: kosten gebruik van hulpmiddelen, kosten van huisartsconsulten, leeftijd, farmaciekosten en kosten van ziekenvervoer met ambulance. Op dit moment wordt er gewerkt aan de laatste analyses. Naar verwachting zijn de resultaten Q1 2020 gereed. De bevindingen worden aangeboden aan een internationaal wetenschappelijk tijdschrift. De resultaten van dit onderzoek zijn met name van belang bij het verder ontwikkelen van een bekostiging voor integrale zorg in de wijk. Het hoge zorggebruik en de vele hulpverleners die hierbij betrokken zijn, maken dat deze groep ouderen gebaat zou zijn bij een integrale aanpak van zorg rond de cliënt.

3. Afhankelijkheden

Naast het ontwikkelen van de bekostiging zelf is het belangrijk om te zien op welke manier bekostiging samenhangt met ontwikkelingen in de maatschappij en de sector. Ook de samenhang met overige wet- en regelgeving rond de zorg in het algemeen en de wijkverpleging in het bijzonder is belangrijk. In het advies rond de zomer brengen we deze samenhang uitgebreid in kaart. Om de lezer mee te nemen in het proces dat we de komende tijd doorlopen, benoemen we hier al beknopt welke afhankelijkheden we zien en op welke manier wijzigingen in overige wet- en regelgeving ingrijpen op de mogelijkheden voor het inrichten van een goede nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging.

We kennen binnen de wijkverpleging veel variatie. Allereerst is er een relatief groot aandeel niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Dit zijn vaak relatief kleine zorgaanbieders. Daarnaast zijn er grote regionale zorgaanbieders die vrijwel alle typen zorg leveren en er zijn gespecialiseerde zorgaanbieders die slechts een bepaald type zorg leveren. Er is verpleging voor ouderen, maar ook specifiek voor kinderen. Zorg om weer zelfredzaam te worden en palliatieve zorg. Tot slot zijn er grote zorgaanbieders die naast de reguliere wijkverpleging ook verantwoordelijkheid nemen voor systeemfuncties als coördinatie en organisatie van onplanbare nachtzorg.

Een nieuwe bekostiging moet bruikbaar zijn voor de gehele markt. Ruimte waar het kan, regulering waar dat nodig is. Voor de hele markt moet de bekostiging zo een goede manier zijn om de noodzakelijke kosten te vergoeden en goede, betaalbare en toegankelijke zorg te stimuleren. In onderstaande paragrafen beschrijven we een aantal afhankelijkheden en te maken keuzes om te komen tot een nieuw bekostigingssysteem. Ook benoemen we de samenhang met overige wet- en regelgeving.

3.1 Gedifferentieerd reguleren

Uit de evaluatie van de experiment beleidsregel verpleging en verzorging⁸ en uit de monitor contractering 2019⁹ blijkt dat vrijwel de gehele gecontracteerde wijkverpleging gebruik maakt van de mogelijkheden die het experiment biedt. Binnen de kaders van het experiment is er onder voorwaarde van een contract ruimte voor vrije tarieven en vrije prestaties. Gecontracteerde partijen hebben zo vrijheid voor zorgvernieuwing. Deze vrijheid in prestaties en tarieven geldt binnen de kader van het experiment alleen voor gecontracteerde zorgaanbieders. In de huidige situatie is er dus in feite sprake van een aparte regulering voor gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg. De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) biedt deze ruimte alleen wanneer sprake is van een experiment zoals nu het geval is. Bij het aflopen van het experiment vervalt deze mogelijkheid en daarmee is het niet langer mogelijk om twee verschillende manieren van reguleren te hanteren voor gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg.

⁸ NZa, Eindrapport Evaluatie experiment bekostiging verpleging en verzorging. December 2019.

⁹ NZa, Monitor contractering wijkverpleging 2019. Mei 2019.

Er is bij de Tweede Kamer een wijziging van de Wmg in behandeling (wetsvoorstel 34 445). Dat wetsvoorstel maakt het mogelijk om bij algemene maatregel van bestuur een vorm van zorg uit te sluiten van prestatie- en tariefregulering wanneer er een overeenkomst is tussen een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar. Hoewel deze ruimte er in de toekomst wellicht komt, is de datum van inwerkingtreding van genoemd wetsvoorstel nog niet bekend. Hieruit volgt dat de huidige Wmg geen ruimte biedt voor het omzetten van de huidige experimentele situatie, waarbij er in de praktijk een andere regulering geldt voor gecontracteerde zorgaanbieders dan voor ongecontracteerde zorgaanbieders, naar reguliere bekostiging. Daarom heeft het ministerie van VWS ons gevraagd om bij het ontwerpen van de nieuwe bekostiging alleen uit te gaan van de huidige wettelijke kaders. Wel kunnen uitkomsten van het experiment worden verwerkt in een reguliere bekostiging voor de hele sector. Dit betekent dat de nieuwe bekostiging een uniforme regulering moet zijn voor alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars op de markt. Een optie om, vergelijkbaar met de huidige ruimte daarvoor, maatwerk in de bekostiging mogelijk te maken, is het opzetten van een nieuw experiment dat voortbouwt op de lessen van het huidige experiment.

3.2 Cliëntprofielen

Een andere afhankelijkheid zien we in het ontwikkelen van cliëntprofielen. We zien in het experiment dat een tarief voor een langere periode, bijvoorbeeld een maand, meer vrijheid kan geven aan zorgaanbieders en zorgprofessionals om de zorg rond de cliënt te organiseren. Daarnaast wordt op deze manier preventie en innovatie beloond, terwijl de productieprikkel vermindert. Voorwaarde hiervoor is dat we voor de bekostiging voldoende homogene cliëntprofielen kunnen ontwikkelen om risicoselectie tegen te gaan. We kunnen nu nog niet met zekerheid zeggen of dat gaat lukken.

3.3 Uitkomsten

Naast cliëntprofielen zijn uitkomstindicatoren van groot belang. De ontwikkeling daarvan ligt bij het veld. Voor een goede werking van een bekostiging op basis van casemix-groepen is inzicht nodig in uitkomsten van zorg. We sporen daarom veldpartijen aan om op korte termijn concrete en meetbare uitkomstindicatoren te ontwikkelen en in gebruik te nemen. We zien voor deze informatie met name toegevoegde waarde in het contracteerproces.

Bovenstaande afhankelijkheden bepalen de kaders waarbinnen een nieuwe regulering voor de wijkverpleging vorm kan krijgen. De ontwikkelingen op bovenstaande onderwerpen zijn nog in gang en de uitkomsten daarvan worden de komende maanden duidelijk. We lichten in het advies toe op welke manier deze afwegingen hebben geleid tot een advies over de nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging.

3.4 Samenhang met andere wet- en regelgeving

Bekostiging is een onderdeel van een breder geheel aan wet- en regelgeving om te komen tot goede, betaalbare en toegankelijke zorg in Nederland. We zien in het proces van het ontwikkelen van een nieuwe bekostiging een aantal belangrijke ontwikkelingen die we hieronder kort benoemen.

Sinds de overheveling van de wijkverpleging van de AWBZ naar de Zvw in 2015 zien we grote veranderingen in de markt. Er komen ieder jaar

veel kleine zorgaanbieders bij en het aandeel niet-gecontracteerde wijkverpleging nam tot 2018 jaarlijks toe.¹⁰ De voorgenomen wetswijziging (Aanpassingswet)Wet toetreding zorgaanbieders en de voorgenomen wijzigingen met betrekking tot de thema's integrale bedrijfsvoering en de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg (conform artikel 13 Zvw) kunnen leiden tot meer inzicht in en grip op het niet-gecontracteerde aanbod. Afhankelijk van het effect hiervan kan regulering op het vlak van tarieven en prestaties in meer of mindere mate toepasbaar zijn voor niet-gecontracteerde wijkverpleging.

We zien binnen de wijkverpleging een beweging naar meer samenwerking en minder concurrentie. Bijvoorbeeld de afspraken van de Hoofdlijnenakkoord partijen om naar herkenbare en aanspreekbare teams toe te werken in de wijkverpleging.¹¹ Het rapport van de commissie Bos¹² over thuiswonende ouderen doet voorstellen voor hoe we met elkaar die zorg kunnen organiseren in de toekomst. We vinden het belangrijk dat een nieuwe bekostiging aansluit bij de laatste ontwikkelingen. De bekostiging moet ook aansluiten bij nieuwe en voorgenomen wet- en regelgeving. Samen met de aangekondigde contourennota van het ministerie van VWS zijn dit ontwikkelingen om rekening mee te houden bij het ontwerpen van een nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging.

¹⁰ Vektis, Ontwikkeling (niet-) gecontracteerde wijkverpleging 2016-2018. September 2019.

¹¹ Kamerstuk 23 235/29 689, nr. 181

¹² Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen. (2020). *Oud en zelfstandig in 2030. Een reisadvies.*

4. Vervolgstappen en planning

Conform de adviesaanvraag van het ministerie van VWS geven wij voor de zomer van 2020 een advies voor een nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging. De komende maanden brengen we de uitkomsten van de beschreven acties samen in een adviesrapport. Om tot een goed, gedragen en werkbaar advies te komen, kiezen we ervoor om de komende maanden vertegenwoordigers van patiënten, professionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars nauw te betrekken. We zijn ervan overtuigd dat een advies dat gedragen wordt door alle partijen, de grootst mogelijke kans van slagen heeft om in de praktijk daadwerkelijk verandering te creëren. Hieronder lichten we op hoofdlijnen de vervolgstappen voor de komende maanden verder toe. Na het advies over en de politieke keuze voor een nieuwe bekostiging moet er nog veel gebeuren zodat de bekostiging ook daadwerkelijk in 2022 gebruikt kan worden. We benoemen hieronder een aantal belangrijke onderwerpen die na de zomer uitgewerkt moeten worden. In het advies gaan we in meer detail in op deze onderwerpen en het proces dat we daarbij voor ogen hebben.

4.1 Vervolgstappen tot en met het advies

De vervolgstappen voor de komende maanden richten zich met name op het samenbrengen van de verschillende onderzoeken in een samenhangend advies.

Allereerst werken we aan het afronden van de pilots waarin we cliëntkenmerken registreren. Aan het begin van 2020 is de data aangeleverd door de deelnemende zorgaanbieders. Dit betekent dat we in januari en februari de data verder analyseren. De definitieve analyses ronden we naar verwachting af in maart en april. Samen met het veld maken we uiteindelijk de afweging of de voorspelkracht en herkenbaarheid voldoende zijn en of en hoe dit toegepast kan worden in de bekostiging. Naast het afronden van de pilots onderzoeken we op welke manier systeemfuncties het best bekostigd kunnen worden. De uitkomsten hiervan nemen we mee in het advies.

Er wordt de komende maanden zowel vanuit de werkgroep kwaliteitsindicatoren als vanuit het WPW verder gewerkt aan het identificeren en ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren en het meten van uitkomsten voor de wijkverpleging. We volgen deze ontwikkeling en bekijken samen met het veld op welke manier het meten van kwaliteit vorm kan krijgen in de bekostiging en contractering van de wijkverpleging.

Los van de inhoud vinden we het daarbij belangrijk dat we dit samen met het veld doen. In februari, maart en april organiseren we bijeenkomsten voor (vertegenwoordigers van) patiënten, professionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars om tussentijdse resultaten en het uiteindelijke voorstel voor een nieuwe bekostiging en de rol van cliëntkenmerken daarin te bespreken. De maand mei gebruiken we voor consultatie van het advies bij zowel veldpartijen als het ministerie van VWS, zodat in juni de bestuurlijke afstemming en besluitvorming plaats kan vinden.

We werken toe naar invoering van een nieuwe bekostiging per 2022. Het experiment bekostiging verpleging en verzorging heeft een maximale

looptijd van vijf jaar, tot en met 31 december 2020. Dit betekent dat deelnemers aan het experiment, in de praktijk vrijwel alle gecontracteerde zorgaanbieders, in 2021 gebruik zouden moeten maken van de reguliere prestaties en tarieven. We vinden dit onwenselijk en we verlengen daarom de Beleidsregel experiment bekostiging verpleging en verzorging met één jaar, tot en met 31 december 2021. Het ministerie van VWS sluit zich hierbij aan.

4.2 Vervolgstappen na het advies

Na de zomer van 2020 is het aan de Minister van VWS en de Tweede Kamer om te komen tot een definitieve keuze voor een nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging. Vervolgens is er nog veel werk te verrichten om te zorgen dat de bekostiging ook daadwerkelijk in 2022 in kan gaan. Hieronder benoemen we op hoofdlijnen een aantal relevante onderwerpen.

Technische inrichting

Wanneer een nieuwe bekostiging leidt tot nieuwe prestaties en tarieven, is daar vervolgens ook aanpassing van bestaande systemen voor nodig zoals ECD's en declaratiestandaarden. We verwachten dat zorgaanbieders, zorgverzekeraars en ICT-leveranciers negen tot twaalf maanden nodig hebben om eventuele wijzigingen door te voeren die nodig zijn voor een nieuwe bekostiging.

Aanpassing contractering en inhoud contracten

In een nieuwe bekostiging willen we stimuleren dat het inkoopgesprek meer gaat over innovatie, preventie, kwaliteit en uitkomsten van zorg en minder over uren wijkverpleging. Dit is een cultuuromslag die meer vraagt dan alleen een technische aanpassing. We moeten met elkaar nadenken over hoe we deze beweging kunnen realiseren. Hierbij past mogelijk ook een aangepaste toezichtstrategie van de NZa, die behulpzaam kan zijn bij het realiseren van deze cultuuromslag.

Representativiteit borgen casemix-groepen

Als het lukt om een bruikbaar casemix-systeem te introduceren, is dit gebaseerd op de resultaten van de pilot bij een beperkte selectie van grote (systeem)aanbieders. In de verdere uitwerking van de definitieve bekostiging is het belangrijk om de representativiteit van het model te vergroten, zodat dit daadwerkelijk herkenbaar en bruikbaar is voor alle aanbieders van wijkverpleging.

Onderhoud casemix-groepen

Wanneer een casemix systeem onderdeel wordt van de bekostiging, moeten we verder uitwerken hoe dit systeem wordt onderhouden en welke ICT-infrastructuur daarbij hoort. Daarnaast moeten we uitwerken op welke manier een cliënt op basis van relevante kenmerken een casemix-groep krijgt toegewezen.

Ook bij de uitwerking van genoemde thema's is samenwerking met (vertegenwoordigers van) patiënten, professionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars belangrijk. Het lijkt ons daarom ook van groot belang dat we in de periode tot 2022 nauw samen optrekken met de betrokken partijen om te zorgen dat een nieuwe bekostiging een merkbare verbetering is voor het gehele veld en bijdraagt aan goede, betaalbare en toegankelijke wijkverpleging.