

**Overzicht reacties
consultatiedocument
3-segmentenmodel verpleging
en verzorging in de Zvw**

Inhoudsopgave

1. VGVK

2. V&VN

3. BBeterzorg Heerlen

4. ActiZ

5. Alzheimer Nederland

6. BTN

7. Zorginstituut Nederland

8. ZN

9. De Zorggroep

10. Excen & Qualityzorg

11. VGZ

12. Achmea

13. VNG

14. Menzis

15. NPCF

16. Gezamenlijke verklaring ActiZ, V&VN, VNG en BTN

Reactie vanuit de VGVK op het Consultatiedocument 3-segmentenmodel verpleging en verzorging in de ZvW.

Datum: 18-12-2014

Behandeld door: Jos van Adrichem, VGVK

Als VGVK stellen wij het zeer op prijs intensief betrokken te zijn geworden bij de tot stand komen van het Onderzoeksrapport van Gupta over het 3-segmentenmodel verpleging en verzorging in 2016 en de gelegenheid om een reactie te geven op het Consultatiedocument van de NZa.

Hieronder hebben wij de vragen beantwoord en vervolgens commentaar gegeven bij het Consultatiedocument. Het door de VGVK geleverde commentaar bij het concept eindrapport van Gupta is vrijwel niet verwerkt. Uiteraard hoeft niet elke opvatting van de VGVK te worden overgenomen, maar er staan ook zaken in het commentaar die feitelijke onjuistheden betreffen en die ook niet overgenomen zijn.

Daarom is het als bijlage opgenomen eindrapport (vanaf pagina 55 in dit document) opnieuw van alle commentaar voorzien.

U treft onze opmerkingen zowel aan in dit Word-document als in het pdf document.

Vooraf nog een algemene opmerking.

De VGVK gaat ervan uit dat het 3-segmentenmodel (in haar huidige vorm) nog niet het definitieve model is waarmee op lange termijn gewerkt zal worden. Wel lijkt het ons mogelijk om binnen dit model ervaringen op te doen middels experimenten/proeftuinen die een meer toekomstbestendig model kunnen opleveren.

Beantwoording vragen NZa door de VGVK:

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

In principe eens met voorstel NZa. Wel lijkt het verstandig om inkoop voor Segment 1 alleen te doen bij aanbieders die ook voor Segment 2 gecontracteerd worden (die staan 'met de poten in de klei').

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

In principe eens met voorstel NZa. Nadere invulling/differentiatie van de prestatie in Segment 1 zou pas kunnen worden gedaan nadat meer ervaring is opgedaan.

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

Bij nieuwe werkwijze past dat in principe de verpleegkundige van de zorgaanbieder de indicatiestelling uitvoert.

Indien een verpleegkundige dat zou moeten doen in het kader van Segment 1, dan zouden deze geneigd kunnen zijn hun eigen organisatie te bevoordelen ten opzichte van zorgaanbieders die geen contract in Segment 1 hebben.

In de Kindzorg zou een extra probleem bestaan, omdat kinderverpleegkundigen beter zijn toegerust dan wijkverpleegkundigen om de zorg voor kinderen te indiceren met complexe problematiek.

Kinderverpleegkundigen zijn niet werkzaam in segment 1.

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

Eens met NZa voorstel

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

Akkoord met een indicatie die is uitgedrukt in een gemiddeld per 4 weken te bieden aantal uren en deskundigheidsniveau. De indicatie moet wel een langere termijn kunnen hebben (kan je ook planningshorizon noemen) van enkele maanden tot een jaar. Binnen de termijn van een jaar (een half jaar) wordt zorgplan toch geëvalueerd en kan die evaluatie continueren van zorgplan betekenen of aanpassing: in beide gevallen de basis voor verdere bekostiging.

Planning van de zorglevering op zich zal doorgaans op weekbasis worden gepland / personeel worden ingepland. Maar declareren zou per dag moeten gebeuren (zoals bij ZZP), als basis geldt wel het gemiddeld aantal uren per 4 weken als basisprestatie, maar declareren gaat dan per dag. Dan kan ook per maand worden gedeclareerd, wat beter aansluit op de huidige werkwijze bij declareren, en kan ook bij start of bij beëindigen zorg halverwege een maand/4-weeken periode het juiste (lagere) aantal dagprestaties worden gedeclareerd. In de Kindzorg speelt extra mee dat er sterke fluctuaties in de omvang van de te leveren (deel)prestaties kan bestaan: soms meer nadruk op Kinderhospice, dan weer meer nadruk op kinderthuiszorg of Verpleegkundig Kinderdagverblijf.

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

Akkoord met keuze NZa, met de 'oplossing' voor de cliënten in de 'staart' erbij. In de Kindzorg zal doorgaans sprake zijn van de 'staart'.

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

Akkoord met NZa voorstel voor 'reguliere (kinder)thuiszorg. Sluit aan op onze opmerkingen in antwoord op vraag 5. Voor de kinderspices en Verpleegkundig Kinderdagverblijven zal echter geen urenregistratie per individuele cliënt mogelijk zijn. De zorg vindt plaats in een intramurale omgeving in een groep kinderen. Aparte registratie per kind is niet mogelijk/ondoenlijk.

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

VGVK: Akkoord met NZa voorstel, mits de onderliggende calculatie recht doet aan het extra aantal uren: dan kan niet van het tarief voor prestatie 5 worden uitgegaan, aangezien dat berust op het gemiddelde aantal uren van ongeveer 51 uur. Dan wordt structureel 10 uur te weinig in de bekostiging meegenomen.

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

VGVK: Vanuit de Kindzorg beseffen wij dat het merendeel van de kinderen met complexe problematiek 'in de staart' terecht komt.

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

6e prestatie is niet per se nodig. Kan ook met opslag op prestatie 5.

In de (intensieve) kindzorg zijn er aparte toeslagen of aparte prestaties nodig voor de Zorg met verblijf (en vervoer) overdag en voor de Zorg met verblijf in de avond en de nacht. De NZa wil dit als een aparte aanspraak/aanspraken gaan regelen. Wij zien graag de mogelijkheid onderzocht om toch tot integrale prestaties voor Kindzorg met verblijf (en vervoer) te kunnen komen. Indien dat onmogelijk zou blijken te zijn, dan zien wij graag dat de aanspraken voor Verblijf en Vervoer in de Kindzorg parallel aan die voor de Verpleging en Verzorging worden ingevuld.

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

Wij delen het advies om beschikbaarheid tot integraal onderdeel van de prestaties maken.

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

VGVK: Akkoord met NZa voorstel, mits de onderliggende calculatie recht doet aan het extra aantal uren: dan kan niet van het tarief voor prestatie 5 worden uitgegaan, aangezien dat berust op het gemiddelde aantal uren van ongeveer 51 uur. Dan wordt structureel 10 uur te weinig in de bekostiging meegenomen.

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

Tussen Segment 1 en segment 2 moet gezien het volgens ons niet goede voorbeeld van segment 1 activiteiten bij casus 1 in de Bijlage tot betere afbakening tussen S1 en S2 worden gekomen. In de Intensieve Kindzorg wordt niet op populatieniveau in een wijk gewerkt. De kinderen komen uit een grotere regio. Per kind wordt uiteraard wel door de verpleegkundige binnen het netwerk rondom het kind met (vaak zeer veel) zorgaanbieders en andere organisaties gecommuniceerd/gecoördineerd. Dat zien wij echter niet als Segment 1 activiteit, het is kindgebonden en niet populatiegebonden werk. Als we de activiteiten bij casus 1 als voorbeeld nemen, dan zou echter ook in de Kindzorg in segment 1 worden gewerkt.

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

Toe te voegen: (met inbegrip van enige begeleiding die onlosmakelijk is verbonden met persoonlijke verzorging bij die activiteiten), zoals ook in 2015 bij de prestatiebeschrijving is opgenomen.

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

'Niveau 5' en 'niveau 5 hoger' zouden tot verschillende rekenfactoren moeten leiden. Het betreft Verpleegkundigen niveau 5 met aanvullende opleidingen zoals kinderverpleegkundige, intensive care verpleegkundige etc. Daaraan zijn hogere salarisschalen aan gekoppeld.

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

Dit leidt tot een aanzienlijke stijging der administratieve lasten, doet geen recht aan de beoogde nieuwe werkwijze.

Indien per dag zou worden gedeclareerd is er geen/minder reden meer voor de verzekeraars om nog eens een dubbele administratie bij te laten houden over het aantal uren dat wordt geleverd. Het willen hebben van deze (drie)dubbele informatiestroom is een uiting van gebrek aan vertrouwen bij de verzekeraars in de zorgaanbieders. Net zoals dat bij de ZZP's wel kan, zal uit afgeleide informatie kunnen worden beoordeeld bij materiële controle of de op basis van de gezamenlijke declaraties te verwachten personele inzet ook strookt met de werkelijke formatie.

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

Regulering in segment 3 is gewenst op diverse themata:

- Gebruik van dezelfde indicatoren en de wijze van scoren/registreren bij alle zorgverzekeraars
- Indicatoren dienen door zorgaanbieders te beïnvloeden zijn/voor aanbieders toepasbaar zijn
- Aan segment 2 onttrokken budget ten behoeve van segment 3 moet door alle zorgaanbieders benut kunnen worden (gelijk speelveld).

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

Zie antwoord bij vraag 17. Verder geen opmerkingen.

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

Zie antwoord bij vraag 17. Dus minder vrijheid bij de verzekeraars over de te hanteren indicatoren en de wijze waarop daarvoor geregistreerd moet worden.

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

Ja, themata benoemen om tot enige uniformering te komen. Wel op basis van afspraken met zorgaanbieders/koepels.

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

Uniforme set van indicatoren is noodzakelijk.

Consultatievraag 22: In hoeverre deelt u het perspectief op de middellange termijn?
Wij delen de NZa visie.

Consultatievraag 23: In hoeverre en waarom deelt u onze zienswijze met betrekking tot het tempo, de omvang en verantwoordelijkheid?
Wij delen de NZa visie.

Consultatievraag 24: Wat is uw oordeel over ons advies om de nieuwe bekostiging in te voeren zonder overgangsmoedel of opbrengstverrekening? Graag motiveren.
Voor zorgaanbieders die veel 'in de staart' leveren is een vangnetconstructie wellicht nodig. In het impactmoedel van Gupta is geen rekening gehouden met de zorgaanbieders met relatief veel cliënten in de staart.

Consultatievraag 25: Welke opmerkingen/aanvullingen heeft u bij de stappen tot aan invoering per 01-01-2016 en de aandachtspunten daarbij? Graag motiveren.
Invoeringstraject is te krap, ook om tot juiste tarieven te kunnen komen.
Veel tijd is al nodig om het transitietraject 2015 goed te laten verlopen.

Consultatievraag 26: In hoeverre deelt u het geschetste toekomstperspectief op het onderhoud aan het bekostigingsmoedel?
Op basis van pilots, experimenten en data-analyse bij alle aanbieders zal duidelijk moeten worden welke prestaties uiteindelijk kunnen worden vastgesteld (ook in de huidige 'staart'), met daarbij juiste tarieven (in S2) en de juiste door de zorgaanbieder beïnvloedbare uitkomstmaten/prestatie-indicatoren.
Voor een juiste tariefopbouw zullen historische kosten onderzoeken nodig zijn.

Opmerkingen bij het Consultatiedocument

Pag. 8, 3. advies segment 1

Indien verzekeraars de vrijheid krijgen om met verschillende aanbieders in een wijk afspraken te maken, en ook voor verschillende prestatievormen en verschillende tarieven, dan is lijkt het schier onmogelijk om als aanbieder een samenhangend populatiegebonden zorgaanbod te bieden op wijkniveau (dat in gelijke mate beschikbaar moet zijn voor alle mensen in de wijk).

Pag. 9. 4. Advies segment 2, laatste alinea:

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

Geleverde en geplande zorg zijn verschillende zaken: wat wil de NZa weten. Wordt met geplande zorg bedoeld de omvang en aard van zorg die door de verpleegkundige in de indicatie is opgenomen (de prestaties)?

Welke interventies en activiteiten bedoelt de NZa die moeten worden geregistreerd. Is dat anders dan het aantal uren per deskundigheidsniveau? Dat zou een onacceptabele forse extra administratieve belasting betekenen.

Pag. 9. 4. advies segment 2

VGVK: voor de Kindzorg zijn er onvoldoende specifiek bij deze zorg passende indicatoren in gebruik. Op diverse bestaande indicatoren (bijv. CQI) kan in de Kindzorg per definitie niet worden 'gescoord', aangezien deze niet op kinderen van toepassing kunnen zijn. Daarmee komt de Kindzorg in een nadelige positie te staan. Alternatieve methodieken/indicatoren die wel in de Kindzorg van toepassing zijn zouden moeten kunnen worden ingezet.

Pag. 10. 6. Impactanalyse en implementatie

De impactanalyse geeft aan dat de nieuwe bekostiging naar verwachting beperkte impact heeft op de omzet van zorgaanbieders. Om deze reden adviseren wij om het model per 2016 in te voeren zonder vangnet.

Uiteraard hangt het effect op de omzet voor Kindzorg leverende instellingen af van de wijze verwerken van de toeslagen op de tarieven. Daar zou een voorbehoud op het niet creëren van een vangnet op zijn plaats zijn.

Wij stellen voor om de tariefbepaling in segment 2 te baseren op een dergelijke modelmatige aanpak..
VGVK: wij hebben al aangegeven dat een modelmatige aanpak geen juiste gegevens voor een tarief kan opleveren. Onderzoek op basis van historische kosten lijkt enige betrouwbare werkwijze.

Pag. 11

Dit betekent dat vanaf 2015 de extramurale verpleging en verzorging, ook wel "wijkverpleging"

genoemd, vanuit de Zvw wordt bekostigd. In dit advies hanteren wij het wettelijke begrip 'verpleging en verzorging'.

VGVK: aan te vullen met: mede omdat ook andere verpleegkundige zorg, zoals zorg door kinderverpleegkundigen hieronder wordt bedoeld.

Pag. 12:

In Bijlage I zijn twee voorbeelden opgenomen van zorg, bekostigd in segment 1.

VGVK: casus 1 is slecht voorbeeld voor Segment 1

Pag. 13:

Dit betekent dat de bekostiging

voor verblijf en vervoer bij intensieve kindzorg niet nader in dit advies is uitgewerkt.

VGVK: wanneer en hoe zal dat alsnog worden uitgewerkt?

Pag. 30:

Tabel 1. Voorbeeld berekening zorgzwaartecore.

VGVK: wij missen niveau 5-plus; waarvoor ook een iets hogere rekenfactor van toepassing zou dienen te zijn.

Ad Bijlage 1

Pagina 53, casus segment 1: Dit lijkt mij volledig werk binnen Segment 2, cliëntgebonden werk, voortvloeiend uit de verpleegkundige activiteiten.

Ad Advies Gupta: niet verwerkt aan VGVK opmerkingen:

Pag. 58.

VGVK: voorkeur voor 5 prestaties, omdat dan prestaties beter herkenbaar zijn en omdat nog minder omzetverandering optreedt.

De prestaties hebben een declaratieperiode van vier weken en een bijbehorend tarief.

VGVK: Declaratie moet per maand plaatsvinden, maar de duur van de prestatie moet een dag zijn (net zoals bij de ZZP's). Dat voorkomt problemen met het declareren van zorg voor cliënten die slechts een deel van de maand in zorg zijn (kort zorg nodig, overlijden, voor einde maand stop zorg, later in maand start zorg).

Daar waar t/m 2014 de indicatie werd opgegeven in de AW319 zou de in het zorgplan geïndiceerde zorg kunnen worden opgegeven. Indien declaratie plaatsvindt op basis van gerealiseerde zorgdagen, is ons inziens geen aparte registratiestroom nodig.

Pag. 60

VGVK: Aan te vullen naast de rol voor de wijkverpleegkundige: En de kinderverpleegkundige heeft een centrale rol in de indicatie voor en coördinatie van zorg voor ernstig zieke kinderen.

Pag. 69

Bij een volgmodel hebben verzekeraars de optie om de dominante zorgverzekeraar in een werkgebied te volgen, maar indien gewenst kan hiervan worden afgeweken. Er bestaat dan wel een risico dat zorgverzekeraars deze zorg niet of niet adequaat inkopen. Wij beoordelen dit risico minder zwaar dan het niet hebben van concurrentie tussen zorgverzekeraars, aangezien de zorgverzekeraar altijd nog gebonden is aan de zorgplicht.

VGVK: In feite doen we een beroep op verzekeraars om zich te gedragen als in het representatiemodel dus niet concurrerend). Want als een of meerdere verzekeraars niet volgen in het volgmodel, is de financiering in Segment 1 niet goed mogelijk (of sommige verzekeraars 'parasiteren' op andere verzekeraars), Dus waarom dan toch maar niet het representatiemodel nemen

Pag. 74:

Tekst uitbreiden met onderstreepte tekst:

Daarnaast stellen we voor dat er twee aparte prestaties met een dagtarief komen voor Verpleging en Verzorging met kortdurend verblijf, enige pedagogische begeleiding en vervoer voor intensieve kindzorg patiënten:

VGVK:

- Kindzorg met verblijf (en vervoer) overdag
- Kindzorg met verblijf 's avonds en 's nachts

Pag. 80

VGVK: Het vervoer naar en van het Kinderhospice van/naar huis wordt momenteel door de ouders zelf georganiseerd en dat is dus ook niet opgenomen in de kosten van het kindhospice. Er zijn signalen van sommige ouders die problemen hebben met het vervoer van hun kind naar het kindhospice. Wellicht dat daarvoor ook nog een oplossing moet worden gevonden. Of via op te hogen tarief Kinderhospice, of via aparte vergoeding vanuit ZvW. In beide gevallen lastige (?) triage wie daar wel of niet voor in aanmerking kan komen.

VGVK: zie opmerkingen onder samenvatting!

Geleverde uren zijn wat anders dan geplande uren.

Het is beter eens per maand per dag de geleverde prestaties te declareren. Dan is geen aparte registratie van uren nodig. Daarnaast opgeven wat is geïndiceerd (geleverde aantal en soort prestaties moet passen binnen geïndiceerde aantal en soort prestaties).

Pag. 82:

Een belangrijk uitgangspunt van de expertgroep was een beperking van het aantal prestaties ('hoe minder, hoe beter'). VGVK: dat lijkt me geen algemeen gedane uitspraak van de Expert- en Klankbordleden.

Wij adviseren om te kiezen voor een model met drie prestaties. De voornaamste redenen om drie (en niet vijf) prestaties te adviseren zijn (1) beperking van de productieprikkel, (2) eenvoud voor de verpleegkundige, en (3) lager risico op upcoding.

Dat laatste is natuurlijk ook bij 3 prestaties aan de orde en leidt tot grotere 'voordelen' voor de zorgaanbieder die dat doet dan bij 5 prestaties (grotere tariefverschillen bij 3 prestaties).

Pag. 84:

Bij 5.1.10 1^e alinea: VGVK: zie opmerkingen onder samenvatting. Aanvullend: indien per dag wordt gedeclareerd is er geen/minder reden meer voor de verzekeraars om nog eens een dubbele administratie bij te laten houden over het aantal uren dat wordt geleverd. Dus uiteindelijk minder administratie bij prestatieperiode van een dag i.p.v. 4 weken. Bij declaratieperiode van een dag kan

bovendien eens per maand worden gedeclareerd, aansluitend op de huidige administratie, in plaats van eens per 4 weken.

Bij 5.1.10 3^e alinea

VGVK: niet te volgen redenatie. Je zult onafhankelijk van de periode van de prestatie tóch start en einde zorg moeten bijhouden. Daarbinnen registreer je welke dagen een bepaalde prestatie wordt geleverd (evt. ook hoeveel uren door welke professional) wordt geleverd.

En zorg wordt niet gestopt als een dag geen zorg wordt geleverd.

Deze administratie gebeurt nu ook en voorzetten ervan betekent dus geen grotere administratieve last. Wel als er én geleverde prestaties, én geleverde uren/professionals en geïndiceerde zorgwaarte alle 3 moeten worden aangeleverd.

Pag. 86

VGVK zie eerdere opmerkingen. Wel moet er voldoende informatie zijn als per dagprestatie de zorg wordt geleverd en gedeclareerd.

VGVK: het willen hebben van deze dubbele informatiestroom is juist een uiting van gebrek aan vertrouwen bij de verzekeraars in de zorgaanbieders. Net zoals dat bij de ZZP's wel kan, zal uit afgeleide informatie kunnen worden beoordeeld bij materiële controle of de op basis van de gezamenlijke declaraties te verwachten personele inzet ook strookt met de werkelijke formatie.

Pag. 88

- *In een systeem met drie prestaties zijn de administratieve lasten het kleinst.* VGVK: Onjuiste conclusie
- *Een systeem met drie prestaties verkleint het risico op upcoding.* VGVK: Onjuiste conclusie

Pag. 91:

Wel kunnen zorgverzekeraars met aanbieders die nu al willen starten met uitkomstbeloning gezamenlijk afspraken maken over de omvang van de beloning en de te hanteren indicatoren.

VGVK: Lijkt lastig als een deel wel en een deel niet wil overgaan tot uitkomstbekostiging. Er zou immers een deel van de middelen voor segment 2 vrijgemaakt moeten worden voor bekostiging in segment 3. Segment 2 tarieven gaan dan omlaag, terwijl slechts een deel van de aanbieders dat in segment 3 kan 'terug verdienen'.

Pag. 92

Om de overgang van productiebekostiging naar (gedeeltelijke) uitkomstbekostiging goed te laten verlopen, stellen wij een ingroeitraject voor. In 2016 zal voor segment 3 0-10% van het verpleging en verzorging budget beschikbaar zijn. VGVK: alleen >0% indien in de Kindzorg toepasbare indicatoren worden gehanteerd: dat kunnen dus andere criteria zijn dan die in de volwassenen zorg (voorbeeld: CQI is niet toepasbaar in Kindzorg).

Opmerkingen bij nieuwe teksten (niet eerder becommentarieerd) van het Gupta advies:

Pag. 98, ad 7.1.4

De kinderverpleegkundige ontbreekt in de tekst

Pag. 106

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

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

Gemist wordt de Begeleiding die in de standaardindicatie voor kinderspices is opgenomen!

Vervolgens is op basis van het aantal uren verpleging en verzorging per ZZP19 bepaald hoeveel uren deels overgaan naar de aanspraak verpleging en verzorging. VGVK; is rekening gehouden met het feit dat voor <18 jaar VG1-VG3 naar Jeugdwet is gegaan?

Pag. 124. Aan te passen nieuwe tekst:

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

In de voorgestelde uitwerking voor segment 2 benoemen wij twee aparte prestaties voor verblijf en vervoer bij intensieve kindzorg. In de 'oude' situatie mochten instellingen die intensieve kindzorg leveren verblijf en vervoer declareren via uren PV en VP en BG. En in 2015 via (alleen) uren VP. De corresponderende uren moeten dus uit de prestaties gehaald worden en apart worden gezet in de verblijfs- en vervoerprestaties.

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



Nederlandse Zorgautoriteit
t.a.v. de heer drs M.A. R.

Onderwerp	Kenmerk	Datum
Reactie consultatiedocument 3-segmentenmodel verpleging en verzorging in de Zvw	V&VN/20721880/MdB/RvdV	19 december 2014

Geachte heer R.,

In uw mail van 8 december jl. vraagt u ons te reageren op het "Consultatiedocument 3-segmentenmodel verpleging en verzorging in de Zvw". Van die gelegenheid maken wij graag gebruik.

Bij de ondertekening van het onderhandelaarsakkoord hebben partijen aangegeven dat het wenselijk is dat er wordt gestreefd naar een model van integrale verpleging en verzorging. Uitgangspunt hierbij was dat er een verbinding zou worden gelegd tussen het medische en sociale domein en dat de administratieve lasten zoveel mogelijk beperkt zouden worden. De transitie in de zorg zou dienen als opmaat naar een nieuwe werkelijkheid.

In het voorliggend advies lijkt de NZa een richting te kiezen die hier haaks op staat. Het advies lijkt vooral gebaseerd te zijn op 'oud denken' en houdt weinig rekening met de omvang en cultuuromslag die met de transitie in de zorg bewerkstelligd moet gaan worden. V&VN voorziet dat op deze wijze de wijkverpleegkundige functie niet goed geborgd kan worden.

Hieronder zullen wij onze reactie per segment toelichten

Segment 1

V&VN kan zich niet vinden in het advies om segment 1 en segment 2 los in te kunnen kopen. De transitie in de zorg dient als opmaat voor een nieuwe werkelijkheid, Om tot een sterke eerstelijns te komen dient de wijkverpleegkundige functie stevig te worden gepositioneerd, zodat het sociale,

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
Churchillaan 11, 3527 GV Utrecht
Postbus 8212, 3503 RE Utrecht
T (030) 291 90 50
www.venvn.nl info@venvn.nl

het medische en het verpleegkundig domein met elkaar verbonden worden. De kracht van het wijkverpleegkundige beroep is gelegen in die integrale en verbindende functie. Wijkgerichte activiteiten en cliëntgebonden activiteiten zijn daarbij weliswaar te onderscheiden zijn, maar niet te scheiden.

V&VN kan zich vinden in de omschrijving en begrenzing van segment 1. Een betere optie zou zijn om helemaal geen onderscheid te maken tussen segment 1 en segment 2. Dit voorkomt op een later moment waarschijnlijk eindeloze discussies of de geleverde zorg tot segment 1 of segment 2 behoort.

Dat het ingewikkeld is om zorg in te delen in segment 1 of segment 2 wordt mooi geïllustreerd door de gekozen voorbeelden uit het BMC-rapport. De betreffende voorbeelden laten zien hoe ingewikkeld het soms kan zijn om tot een goede indicatiestelling en zorginzet te komen, waarbij de indicatiestelling nadrukkelijk geen moment opname is, zoals onder de huidige AWBZ, maar een cyclisch proces, waar soms meerdere contactmomenten voor nodig zijn.

De voorbeelden hebben bovendien betrekking op zorg die direct aan een cliënt is toe te wijzen en dus op basis van die definitie is het geen zorg uit segment 1. De gekozen voorbeelden zetten de lezer daarmee op het verkeerde been.

Segment 2

V&VN is voorstander van zo min mogelijk prestaties. Beperking van het aantal prestaties doet recht aan het principe van integrale zorgverlening en beperkt de administratieve lasten. Het formuleren van meer prestaties heeft geen meerwaarde voor de zorg, maar wekt wel deze indruk. V&VN zou graag zien dat het advies van Gupta in deze overgenomen wordt: zijnde drie prestaties en een vangnet voor de eerste periode. Daarmee komt het tegemoet aan de uitgangspunten van het onderhandelaarsakkoord, namelijk het bieden van integrale zorg.

V&VN kan zich vinden in de voorgestelde planningshorizon van vier weken, maar is verbaasd over het voorstel om het principe 'planning is realisatie' los te laten.

In het consultatiedocument is een passage opgenomen met betrekking tot de groep die intensieve zorg nodig heeft. In de klankbordgroep is al aangegeven dat het nog onduidelijk is welk deel van de circa 10.000 cliënten overgaat naar de WLZ en welk deel onder de aanspraak wijkverpleging zal komen te vallen. V&VN kan zich vinden in het voorstel om voor deze groep een aparte toeslag te berekenen. De voorgestelde declaratie wijze lijkt echter vooral op de systematiek van 'uurtje-factuurkje'. V&VN is hiervan geen voorstander.

Ten aanzien van de tariefonderbouwing vraagt V&VN zich af waarop die is gebaseerd. Is hierin bijvoorbeeld de indicatiestelling door de hbo-verpleegkundige meegenomen? En is hierin meegenomen dat vanaf 2015 meer aandacht zal zijn voor het nieuwe werken, zoals bijvoorbeeld ondersteuning van zelfmanagement? De tariefopbouw in het advies lijkt vooral gebaseerd op 'oud-denken', waarbij een zo laag mogelijk deskundigheidsniveau wordt ingezet omdat dit lagere salariskosten met zich meebrengt.

Tevens is er geen rekening gehouden met het gegeven dat hbo-verpleegkundigen met een specialisatie vaak in een hogere salarisschaal zitten dan FWG 45.

Met betrekking tot de prestatiebeschrijvingen vallen vooral de smalle bandbreedtes op. Dit zal ertoe leiden dat cliënten vaker tussen twee prestaties schuiven, met als gevolg extra administratieve lasten doordat er een herindicatie nodig is en een verhoogd risico op upcoding.

Segment 3

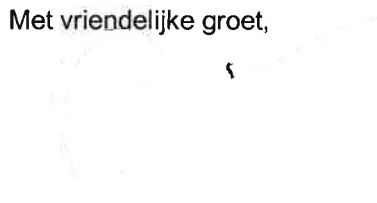
V&VN is positief over de innovatieve mogelijkheden die segment 3 nu biedt. V&VN vindt het hierbij van belang dat het tempo van invoering niet te hoog ligt, zodat zorgaanbieders en professionals de tijd hebben om de vele veranderingen door te voeren en deze te consolideren in het dagelijks werk. Het tijdspad, zoals nu door het NZa voorgesteld, is dan ook te krap. Er is nog te weinig ervaring opgedaan met de aanspraak en daarmee te vroeg om al een definitieve keus te maken voor prestaties en tarieven.

V&VN is voorstander van het monitoren van de invoering en uitvoering van de aanspraak wijkverpleging op een aantal punten:

- Samenhang medisch, sociaal en verpleegkundig domein
- Samenwerking huisarts en verpleegkundigen
- Samenhang WLZ
- Samenhang en afbakening WMO
- Bieden verpleegkundigen de zorg zoals verpleegkundigen dat plegen te bieden? Waaruit blijkt dit? Wat zijn dan indicatoren voor goede verpleegkundige zorg?
- Welke opleidingsniveaus zijn nodig en worden ingezet?

Met betrekking tot de ontwikkeling van indicatoren ten behoeve van de kwaliteit van de zorgverlening, is V&VN van mening dat dit vooral een verantwoordelijkheid van de beroepsgroep is. Deze verantwoordelijkheid kan samen met de andere partijen worden opgepakt.

Met vriendelijke groet,


mw. drs. W.C.M. Zijlstra
directeur

Reactie consultatie 3-segmentenmodel verpleging en verzorging in de Zvw

(Wondzorginnovatie/BBeterZorg Heerlen)

Auteur	BBeterZorg, Heerlen.
Datum	18 december 2014

Algemeen

Allereerst dank voor de mogelijkheid tot het leveren van feedback op uw consultatiedocument inzake het 3-segmentenmodel verpleging en verzorging in de Zvw. Een complex en uitdagend traject. Onze punten van aandacht zijn gering in aantal en wij leggen uit waarom.

De omvang van het consultatiedocument en de impact op diverse delen van de gezondheidszorg is als zeer aanzienlijk te benoemen. Door het gekozen 3-segmentenmodel zullen bestaande structuren wezenlijk veranderen en de verdeling van zorg en financiële middelen zal een volstrekt nieuwe route gaan volgen.

De implicaties van het model zijn zo breed dat het veel tijd en multidisciplinair overleg vergt om mogelijke gevolgen daadwerkelijk te kunnen overzien én duiden. Het model raakt met zijnerschikking van ruim 3 miljard euro (voor 2015) de rollen en belangen van een flink aantal partijen binnen de zorg aan patiënten in de thuissituatie. De activiteiten van onze wondzorgcentra voor complexe wondzorg bestrijken slechts een gering deel hiervan in vergelijking met bijvoorbeeld thuiszorgorganisaties. Dat maakt het plaatsen van algemene conclusies, die van toepassing zijn voor alle leveranciers van verpleging en verzorging op basis van de Zvw, niet eenvoudig.

Rekening houdend met de scope van **BeterZorg** lijkt enige terughoudendheid dan ook op zijn plaats. Wel hebben wij een aantal algemene opmerkingen gemaakt aangaande het model. Voor toelichting en overleg hierover zijn wij steeds ter beschikking.

Het is goed om te vernemen dat u binnenkort een bijeenkomst gaat organiseren om specifiek te kijken naar complexe wondzorg met aanbieders en verzekeraars. De deelnemerslijst van het onderzoek van Capgemini betreffende complexe wondzorg lijkt ons een prima basis voor deelnemerslijst. Vanuit **BeterZorg** bieden wij uiteraard onze medewerking wederom aan.

Punten van aandacht

- a. De opzet en insteek van het model heeft een positieve en klantcentrale opzet die voorziet in een goede samenwerking tussen diverse organisaties en instanties. Dit is een goede zaak. De zorg, van intake t/m uitvoering, staat dicht op de klant en kent relatief on-bureaucratische administratieve processen. Ook de verdeling van taken is in eerste instantie een goede en eenvoudig te hanteren scheiding van (administratieve) werkzaamheden rondom verpleging en verzorging.
- b. Gebaseerd op onze ervaringen lijkt het een grote uitdaging om een onafhankelijke en objectieve geleiding/toeleiding van zorg te kunnen garanderen, zoals dit via segment 1 en segment 2 dient te gebeuren. Mede ingegeven door de marktwerking woedt de strijd om de gunst van cliënten/patiënten thans in volle omvang. Dit heeft zonder twijfel geleid tot verbeteringen van de zorg, zoals de cliënt/patiënt deze ervaart. Echter het heeft eveneens geleid tot een herverdeling van een evenwicht: enerzijds de strategische belangen van zorginstellingen en anderzijds de mate waarin zij dienen te coöpereren om de wensen van cliënten/patiënten te vertalen naar zorg.

In theorie hebben cliënten/patiënten keuzevrijheid betreffende de zorgaanbieder van eerste voorkeur. Echter in de praktijk zal deze mogelijk beïnvloed worden door de zorgorganisaties die werkzaam zijn in segment 1. Door de plaats in de keten hebben deze een belangrijke invloed op de keuze van cliënten/patiënten betreffende hun aanbieder van voorkeur. Het

aantal zorgorganisaties dat onder segment 1 gecontracteerde zorg mag leveren is vele malen kleiner als het aantal zorgaanbieders in segment 2.

- c. Wij missen een inhoudelijke registratie op meso- en macroniveau van het soort zorg waaraan de geboden verpleging/verzorging wordt besteed. Bijvoorbeeld: welk deel van de geleverde verzorging of verpleging wordt besteed aan complexe wondzorg?

Het lijkt voor de monitoring van andere vormen van verpleging of verzorging ook zinvol om te weten aan welke zorgvragen de zorg is besteed. Als dit niet gebeurt, zal het niet mogelijk zijn om eenvoudig en via verifieerbare metingen aan te tonen wat de outcome is van gefinancierde zorg (Dit is dezelfde situatie als in de huidige AWBZ). Mechanismen in de zin van meting, bijsturing, beloning en sanctionering zijn moeilijk toepasbaar.

- d. Voor wondzorg is er een bijzonder belangrijk punt van aandacht: als wonden langer open blijven dan ca. 4 weken, dienen zij onder de aandacht van een wond expertise centrum te worden gebracht. Ook zorgverzekeraars lijken dit steeds belangrijker te vinden. Dat betekent in de praktijk van alledag: Wonden escaleren pas naar het niveau van complexe wond als sluiting/genezing binnen een periode van ca. 4 weken niet mogelijk is gebleken. Als verpleging/verzorging t.b.v. wondzorg niet als zodanig herkenbaar en meetbaar wordt geregistreerd, zal het moeilijk zijn om daadwerkelijk te controleren op doorgeleiding na een periode van ca. 4 weken. Er zijn reden/prikkels voorhanden om complexe wondzorg binnen de eigen (niet op complexe wonden gespecialiseerde) organisatie uit te blijven voeren. In de huidige praktijk kennen complexe wonden dan ook vaak een veel langere, voorliggende behandeltime dan 4 weken, hetgeen de genezingsduur van de wonden ná aanmelding bij een expertisecentrum aanmerkelijk verlengt.
- e. Het principe van belonen van goede resultaten is een zeer zinvolle incentive om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Dit is mede het doel van segment 3. Echter binnen de voorgestelde werkwijze in segment 3 lijkt het mogelijk dat strategisch handelen deze intentie teniet kan doen. Kernvraag: Is het mogelijk om te voorkomen dat de volgende afweging wordt gemaakt: de financiële consequenties, die ontstaan door minder efficiënt en minder outcome-gericht te handelen in segment 2 versus de financiële consequenties die voortkomen uit beloning via segment 3.

Door een sterkere, directere koppeling te maken tussen outcome en beloning lijkt het eenvoudiger om good practise op directe wijze te belonen. Dit zou beter zijn via integrale tarieven en niet via een aparte vergoeding, zoals segment 3 deze voorstaat. Naar onze mening wordt de sterkste en administratief minst belastende incentive gegenereerd door het risico maar ook de voordelen van goede resultaten (via integrale tarieven) rechtstreeks bij een zorgaanbieder te leggen.

- f. Een aanzienlijk deel van de patiënten met complexe wonden wordt doorverwezen via de huisarts (> 50%) en deze patiënten hebben voor de rest geen thuiszorg (lees: verpleging of verzorging). Specifiek voor wondzorg geldt daarom: de indicatiestelling voor wondzorg dient onafhankelijk en objectief mogelijk te zijn door (niveau 5 en hoger opgeleide) wondzorgspecialisten van een expertisecentrum.

Deze centra dienen ook steeds zelfstandig te kunnen declareren, zonder omweg via een hoofdaannemer.

Op zich lijkt dit te kunnen, echter op het gebied van registratie/declaratie van geleverde zorg kan nog een ander knelpunt ontstaan. Als een cliënt namelijk aanspraak maakt op verpleging en verzorging dan kan dit (i.c.m. complexe wondzorg!) 2 varianten betreffen:

1. er is een zorgvraag op het gebied van ADL én complexe wondzorg.
2. er is enkele zorg nodig op het gebied van complexe wondzorg.

Bij variant 1 is het noodzakelijk dat 2 zorgaanbieders simultaan hun verpleging rechtstreeks kunnen declareren bij de verzekeraar. Als dat (systeemtechnisch) niet lukt dan zal wondzorg, in situaties waar variant 1 aan de orde is, steeds via onderaannemerschap bij een hoofdaannemer (veelal de reguliere thuiszorg) moeten geschieden.

Het is naar onze mening niet wenselijk dat een wondexpertise centrum als onderaannemer werkzaam is voor andere zorgaanbieders op het gebied van verpleging en verzorging. Wij geloven zeker in mogelijkheden voor goede onderlinge samenwerking maar ook hier is van belang om te voorkomen dat de zorgvraag van cliënten/patiënten met complexe wonden op gespannen voet komen te staan met belangen van (thuis-)zorgaanbieders die zelf ook (niet-complexe) wondzorg leveren.

Als tijdige doorgeleiding objectief meetbaar en stuurbaar zou zijn dan zou dit knelpunt theoretisch niet/nauwelijks bestaan.

Nederlandse Zorgautoriteit NZa
T.a.v. de heer drs. M.A. R.

Onderwerp : reactie ActiZ consultatiedocument '3 segmentenmodel verpleging en verzorging in de Zvw'

datum

19 december 2014

Geachte heer R. , beste M. ,

ons kenmerk

HB/14u.0744

Maandag 8 december jl. hebben wij het consultatiedocument '3 segmentenmodel verpleging en verzorging in de Zvw' ontvangen met het verzoek om hier een reactie op te geven. Graag voldoen wij aan dit verzoek. ActiZ hecht aan een goede verankering van de wijkverpleegkundige functie in de eerste lijn. Een adequate bekostiging is een belangrijke randvoorwaarde. In deze brief zetten wij onze visie, maar nadrukkelijk ook onze zorgpunten uiteen. Het betreft zaken die wij tijdens de consultatiebijeenkomst op 18 december jl. reeds mondeling hebben ingebracht en toegelicht.

pagina

1/10

Over de wijze waarop wij vorm en inhoud willen geven aan de wijkverpleegkundige functie en over de wijze waarop de bekostiging hieraan in randvoorwaardelijke zin een bijdrage kan leveren, hebben wij de afgelopen maanden meerdere malen van gedachten gewisseld. Een en ander is gedocumenteerd in onze schriftelijke reacties aan Gupta-Strategists. Het is om deze reden dat wij op deze plek om te beginnen onze grote teleurstelling uitspreken over de voorstellen die momenteel voorliggen. Op geen enkele wijze zien wij terug wat door ons –uitvoerig onderbouwd- is bepleit.

Met klem brengen wij daarnaast bij je onder de aandacht dat hetgeen nu voorligt zich niet verhoudt tot de afspraken die de landelijke partijen zijn overeengekomen met de ondertekening van het 'Onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging'. De voorstellen die voorliggen bewijzen de transitie geen dienst en bemoeilijken transformatie. De nu voorliggende plannen bij ActiZ kunnen niet op draagvlak rekenen. Onderstaand lichten wij dit toe.

Inhoudelijke ambities voorop

Met de ondertekening van het 'Onderhandelaarsakkoord transitie verpleging en verzorging' in dit voorjaar hebben wij primair getekend voor het creëren van een nieuwe werkelijkheid voor mensen in Nederland die langer thuis willen blijven wonen. Een goede inrichting van de wijkverpleegkundige functie binnen een versterkte eerste lijn is een belangrijke randvoorwaarde; naast de huisartsenzorg en dicht bij het sociale domein. Het is daarbij de professional die weer aan zet moet komen; hij of zij bepaalt in nauw overleg met de cliënt en de mensen in diens directe nabijheid welke zorg op welk moment geleverd wordt. Met de medeondertekenaars van het 'onderhandelaarsresultaat' hebben wij afgesproken dat dit in termen van bekostiging het einde betekent van een systeem dat is gebaseerd op fragmentatie van functies en prikkels bevat die productie stimuleren (betaling op basis van $p \times q$). Uiteindelijk gaat het om hetgeen 'verpleging en verzorging thuis' in termen van gezondheidswinst en kwaliteit van leven toevoegt. Het is een belangrijke reden om toe te willen groeien naar een bekostigingssystematiek waarbinnen het belonen van outcome een substantieel onderdeel vormt.

Voorgaande hebben wij verwoord in vijf uitgangspunten¹ die wij in een eerdere fase met jullie en met Gupta-Strategists hebben gedeeld. Voorgaande vormt óók de basis voor ons pleidooi om de inhoud van de wijkverpleegkundige functie leidend te laten zijn bij de ontwikkeling van een nieuw bekostigingsmodel. Het consultatiedocument gaat uit van 'een 3-segmenten model'. Voor ActiZ is het 3-segmentenmodel geen 'heilig moeten'; wij verwachten juist van de NZa (kritische) reflectie op (de invulling van) dit model daar waar dit strijdig is met hetgeen waar wij allen voor staan. En derhalve is de vraag over de afbakening van segmenten (pagina 33) voor ons niet relevant.

Een pas op de plaats en een geleidelijke invoering

Wij constateren dat het een onmogelijke opgave is gebleken om uitsluitend vanaf de tekentafel en gebaseerd op een verouderde database een bekostigingsmodel te ontwikkelen dat de noodzakelijke transformatie ondersteunt en ook in 2020 nog passend is. De NZa laat in het consultatiedocument na om randvoorwaarden te schetsen voor de vernieuwing van de wijkverpleging, met name ten aanzien van het wijkgericht werken en de bekostiging van outcome. Daarnaast leidt het voorstel tot extra administratieve lasten voor zorgorganisaties; een productie gedreven bekostiging van cliëntgebonden zorg blijft overeind. Het consultatiedocument als totaliteit straalt uit dat het te vroeg is om een bekostigingsmodel te ontwerpen dat goed aansluit bij de praktijk en de juiste prikkels bevat. Het voorstel van de NZa is zoeken op de tast in het duister.

Een 'pas op de plaats' is daarom noodzakelijk; het is aan ons allen om een zorgvuldig proces vorm te gaan geven met behulp waarvan de noodzakelijke transformatie wél mogelijk wordt gemaakt. De volgende elementen willen wij benadrukken.

- Een nieuw bekostigingsmodel moet ondersteunend zijn aan de inhoudelijke ambities die partijen geformuleerd hebben. In deze fase kunnen uitsluitend de contouren van een nieuw bekostigingsmodel worden geschetst. Een experimentele fase van minimaal twee jaar waarbinnen ervaring met dit

¹ een cliëntgerichte benadering, een integraal aanbod, een autonome positie naast de huisarts, samenhang tussen wijkverpleging en de voorzieningen in het sociale domein, borging van kwaliteit en sturen op outcome. Zie ook Bijlage 1.

nieuwe bekostigingsmodel kan worden opgedaan is noodzakelijk. Ervaringen opgedaan binnen (bijvoorbeeld) proeftuinen e/o pilots moeten duidelijk maken of hetgeen beoogd wordt in de praktijk bewaarheid wordt. Alleen een beproefd systeem kan werkelijkheid worden.

- Het transformatieproces waar wij voor staan is een omvangrijke operatie, dat om een zorgvuldig en geleidelijk invoeringstraject vraagt. Momenteel kunnen aanbieders in de eerste lijn alleen nog maar vermoedens hebben van hetgeen in termen van volume en complexiteit van hulpvragen de komende jaren op hen afkomt. Een 'big bang' scenario gaat ons op dit punt niet helpen; het is zaak dat ook het bekostigingsmodel meegroeit en doorontwikkelt. Een intensief jaarlijks onderhoudstraject is te zijner tijd randvoorwaardelijk.
- Onder andere als gevolg van het bieden van 'ziekenhuis en verpleeghuis verplaatste zorg in de thuissituatie' wordt de wijkverpleegkundige zorg in toenemende mate complex. Ook deze ontwikkelingen, die op (zeer) korte termijn alleen maar zullen toenemen, verdienen een plek in de doorontwikkeling.

Inhoudelijke invulling experimentele fase

Vervolgens dient zich natuurlijk de vraag aan in welke richting wij zouden willen experimenteren. Wat ons betreft blijven dat de vier thema's die wij eerder bij Gupta-Strategists onder de aandacht hebben gebracht. Het betreft de thema's: cliëntgebonden zorg, beschikbaarheidsvoorzieningen, wijkgericht werken, outcome en innovatie. Daarbij geven wij de volgende aandachtspunten mee.

1. Cliëntgebonden zorg

Wij gaan mee met de voorstellen van Gupta-Strategists dat 'cliëntgebonden zorg' alle zorg betreft die toewijsbaar is aan individuele cliënten. Concreet betekent dit bijvoorbeeld dat de indicatiestelling, de cliëntgebonden werkzaamheden of handelingen, het signaleren/regisseren/coördineren ten behoeve van de individuele cliënt integraal onderdeel vormen van de prestatie; deze prestatie zouden wij willen duiden in termen van 'een extramuraal of wijkverpleegkundig zorgzwaartepakket'.

Integrale prestaties op basis van zorgzwaarte

Inhoudelijk kunnen wij ons vinden in de voorstellen om de integrale prestaties – voorlopig, uitsluitend binnen een aantal proeftuinen en in een experimentele fase- te baseren op zorgzwaarte met een planningshorizon van vier weken.

Drie integrale prestaties

Op basis van de gegevens van het CAK constateert Gupta-Strategists dat zowel drie als vijf integrale prestaties mogelijk zijn. De 'variance to the mean' wordt gehanteerd als score op kostenhomogeniteit. Dit is een relatieve maat, waarbij geldt hoe lager hoe beter. Gupta-Strategists geeft aan dat ten opzichte van het scenario met twee prestaties zowel het scenario met drie als met vijf prestaties heel goed scoren; er is geen absolute norm voor wat goed is. Aangezien het voorkomen van onnodige administratieve lastenverzwaring bij professionals een belangrijk vertrekpunt is, is het van belang om het aantal integrale prestaties zo veel als mogelijk te beperken. Om deze reden heeft een zo beperkt aantal kostenhomogene prestaties onze voorkeur. De variant met vijf integrale prestaties kan bij ons daarom niet op draagvlak rekenen. De variant met drie integrale prestaties heeft nadrukkelijk onze voorkeur. Het is ook om

deze reden dat wij ons niet kunnen committeren aan jullie voorstellen met betrekking tot de op pagina 34 uitgewerkte prestatiebeschrijvingen.

Een vangnet om ongewenste omzetschommelingen te compenseren

De variant met drie prestaties pakt in termen van omzetschommelingen per aanbieder nadeliger uit dan de variant met vijf prestaties. Vanzelfsprekend is in een experimentele setting een vangnet noodzakelijk. Meer in het algemeen tekenen wij daarbij aan dat daar waar in de toekomst blijkt dat zorgorganisaties met omzetverliezen geconfronteerd worden als gevolg van invoering van integrale prestaties, omzetschommelingen meerjarig en op een adequate manier dienen te worden gecompenseerd.

Geen toeleiding naar prestaties op basis van geplande versus geleverde zorg en geen nieuwe varianten p x q

Op de voorstellen om op basis van het daadwerkelijk geregistreerde aantal uren per deskundigheidsniveau per patiënt, te komen tot automatische afleiding en declaratie van de bijbehorende prestatie reageren wij afwijzend. Ook de noodzaak voor aanvullende registratie- en declaratiebepalingen wordt door ons niet herkend. De minutenregistraties worden in de voorliggende voorstellen heruitgevonden, met de bekende 'verkeerde prikkels' tot gevolg. Het heeft voor aanbieders geen meerwaarde om de ene variant van 'p x q' in te ruilen voor een andere variant. Inhoudelijk is dit daarbij tegenstrijdig aan de ambities die landelijk zijn geformuleerd, het uitgangspunt om de professionaliteit van de wijkverpleegkundige weer centraal te stellen en de intentie om te willen belonen op outcome. Het voorstel van ActiZ is om de experimentele jaren te benutten om een systematiek te ontwikkelen waarbinnen beloning plaats vindt op basis van outcome. Aan 'eenheid van taal' op basis van een eenduidig classificatiesysteem wordt door ons gewerkt.

Onderzoek naar de groep cliënten met een zeer intensieve zorgvraag

Het onderzoek van Gupta-Strategists maakt duidelijk dat er een grote groep cliënten (circa 10.000 personen) is die veel uren zorg per week krijgt. Het gaat om een groep cliënten die niet gemakkelijk in een kostenhomogene prestatie is onder te brengen. Het voorstel van de onderzoekers is om deze groep te bekostigen via machtigingen, waarbij zij kiezen voor de grens van meer dan 2 uur zorg per dag. In het consultatiedocument wordt voorgesteld om deze zorg aanvullend te bekostigen bovenop de zwaarste prestatie (i.c. de vijfde prestatie).

Wij hebben om meerdere redenen bezwaren gemaakt tegen de keuze voor machtiging en de grens van 2 uur per dag. In de eerste plaats omdat deze gebaseerd is op een vergelijking met het bieden van intramurale zorg. Op inhoud en in termen van doelmatigheid kunnen 'zorg thuis' en 'zorg binnen de muren van een instelling' niet op deze wijze aan elkaar gelijk gesteld worden; er worden 'appels met peren' vergeleken. Daarnaast –en wellicht nog wel belangrijker– is dat ook de toegang tot de Wlz nog helemaal niet uitgekristalliseerd is. In abstracte termen weten wij hoe de aanspraak tot Wlz-zorg beschreven wordt; daarnaast kennen wij de leveringsvormen (ZIN, PGB, VPT, MPT). Hoe de toegang in de praktijk zijn beslag gaat krijgen is nog erg onduidelijk.

Ook de optie die in het consultatiedocument wordt geschetst heeft ons niet overtuigd. Omdat wij in het geheel geen zicht hebben op deze groep cliënten en wij niet het risico

willen nemen dat zo'n grote groep cliënten tussen de wal en het schip gaat vallen (een adequaat risicovereveningssysteem voor de wijkverpleging is immers ook nog niet voor handen) bepleiten wij meer en verdergaand onderzoek naar deze groep. In termen van bekostiging dienen meerdere opties en varianten onderzocht te worden. De keuzes voor bekostiging via machtigingen ingeval van 2 of meer uur zorg per dag dan wel de keuze voor aanvullende bekostiging gerelateerd aan zorgzwaarte bovenop de zwaarste prestatie zijn derhalve onvoldoende onderbouwd.

Onderzoek groep cliënten voor wie korte en intermitterende contacten noodzaak zijn

Wij hebben eerder gesignaleerd is dat zich óók aan de voorkant van de drie prestaties 'een staart' bevindt. Het is de staart van de vele korte en intermitterende contacten. Zo wordt er bijvoorbeeld veel verwacht van het voorkomen van escalatie door de wijkverpleegkundige. Het proactief screenen van kwetsbaarheid, vaak in combinatie met hele kortdurende interventies, leidt tot deze contacten. Deze worden veelal op basis van AIV aangeboden. Het is te verwachten en ook wenselijk dat dit type preventieve interventies in de toekomst toeneemt. Onderzocht zou moeten worden op welke wijze deze 'staart aan de voorkant' op een goede manier geborgd kan worden in de bekostiging.

Goede borging zorg aan specifieke doelgroepen

Nog onvoldoende is duidelijk of en hoe zorg aan specifieke doelgroepen geborgd is. Denk bijvoorbeeld aan PTZ, MSVT, 'complexe wondzorg' of de ketenzorg dementie. Ook dit onderwerp behoeft nader onderzoek.

Kostendekkende tarieven en een vaste tariefstelling

Vanaf het begin is door ons bepleit dat er aandacht moet zijn voor de kostprijs per uur. Duidelijk is dat wanneer de huidige tarieven het vertrekpunt vormen, deze niet kostendekkend zijn. Dat is bijvoorbeeld aan de orde wanneer aan de functie wijkverpleging extra taken worden toegevoegd, zoals indicatiestelling door een verpleegkundige op niveau 5 of het opzetten en onderhouden van netwerken. Ook speelt dit bijvoorbeeld bij de inzet van verpleegkundig specialisten. In de huidige situatie is er vaak één instelling in de regio die verpleegkundig specialisten (HBO+, ook wel niveau 6) in dienst heeft. De verpleegkundig specialisten worden ingezet op niet veel voorkomende indicaties van medisch specialisten en huisartsen. Daarnaast zijn verpleegkundig specialisten in de regio nodig om wijkverpleegkundigen te ondersteunen bij specialistische zorg (wondbehandeling, palliatie, dementie, oncologie, CVA, etc.); zij zorgen voor kennisontwikkeling en opleiding.

In jullie voorstel om de tarieven vooralsnog modelmatig te ontwikkelen kunnen wij ons vinden. Hieraan willen wij wel een aantal condities verbinden. Om te beginnen moet het mogelijk zijn om alle noodzakelijke informatie uit openbare bronnen te halen. Op voorhand zijn wij hier niet van overtuigd. Daarnaast zijn wij van mening dat ook de tarieven aan de praktijk moeten worden getoetst voordat deze kunnen worden vastgesteld. Zodat zeker kan worden gesteld dat deze nieuwe (externe) tarieven kostendekkend te zijn. Tot slot zijn wij van mening dat -aangezien een deel van de bekostiging al variabel is (i.c. het deel outcome)- de integrale prestaties vergezeld dienen te gaan van een vaste tariefstelling.

2. Beschikbaarheidsvoorzieningen

Zoals bekend loopt momenteel een onderzoek naar de bekostiging van de zogenaamde 'beschikbaarheidsvoorzieningen'. Het is zaak om de uitkomsten van dit onderzoek af te wachten. Echter op voorhand kan al wel worden geconstateerd dat een aparte bekostigingstitel voor dit type voorzieningen noodzakelijk is. Dit is geconstateerd bij de ondertekening van het 'onderhandelaarsresultaat' en vormt de aanleiding voor het lopende onderzoek. Het is niet de vraag 'of' een aparte bekostigingstitel noodzakelijk is, maar 'hoe' deze wordt vorm gegeven.

Ook tijdens de expertsessie op 14 november jl. werd duidelijk dat het om (zeer) gespecialiseerde voorzieningen gaat, die alleen rendabel aan te bieden zijn wanneer hiervoor een aparte betaaltitel komt en er voldoende 'massa' is. Met verbazing hebben wij daarom kennis gekomen van de voorstellen om de bekostiging van deze voorzieningen onderdeel te laten worden van de integrale prestaties. Een prikkel voor 'cherry-picking' wordt ingebouwd. De NZa voorstellen hebben tot gevolg dat deze vaak onrendabele en risicovolle voorzieningen op bedrijfseconomische gronden beëindigd zullen gaan worden, hetgeen niet zonder consequenties blijft voor de overige cliëntgebonden zorg.

Het stoort ons dat het kennelijk niet de moeite loont om te wachten op de onderzoeksuitkomsten van het onderzoek dat door de NZa zelf is geëntameerd. Dit maakt dat wij vraagtekens zetten bij de zorgvuldigheid van deze werkwijze.

3. Wijkgericht werken

Evident is dat er momenteel veel discussie is over het wijkgericht werken, deels ook binnen de achterban van ActiZ. Voor een groot gedeelte is deze discussie ingegeven door de wijze waarop verzekeraars deze prestatie in 2015 inkopen. In voorkomende gevallen is immers aan de orde dat:

- ook cliëntgebonden zorg via deze prestatie wordt ingekocht waardoor de ene aanbieder (extra) wordt betaald via de prestatie 'wijkgericht werken', terwijl de andere aanbieder wordt geacht om dit te betalen met behulp van de cliëntgebonden zorg.
- Door verzekeraars aan de organisatorische vormgeving en de wijze waarop verantwoording over de ingezette middelen moet worden afgelegd eisen worden gesteld, die niet op draagvlak bij professionals en aanbieders kunnen rekenen.

Gupta-Strategists stelt voor om wijkgericht werken vorm te geven met behulp van populatiebekostiging op basis van een bedrag per verzekerde. Met betrekking tot de inkoop is hun voorstel om deze werkzaamheden niet bij alle zorgaanbieders in te kopen, maar wel bij aanbieders die óók cliëntgebonden zorg leveren; declaratie van wijkgericht werken kan alleen als er een overeenkomst aan ten grondslag ligt. Gupta-Strategists adviseert om een goede monitor en een gedegen evaluatie op te zetten omdat deze werkwijze zich nog moet bewijzen in de praktijk. Als het model onvoldoende meerwaarde heeft, zou overwogen kunnen worden om wijkgericht werken en cliëntgebonden zorg samen te voegen, dan wel om in relatie tot de inkoop maatregelen te nemen.

Het consultatiedocument '3-segementenmodel verpleging en verzorging in de Zvw' maakt duidelijk dat de NZa een populatiegebonden bekostiging van activiteiten onder een de noemer 'segment 1' feitelijk geen optie vindt. Er worden diverse bezwaren

genoemd die te maken hebben met de uitgangspunten van de Zvw. Vervolgens wordt voorgesteld om er dan 'toch maar' één prestatie met een generieke beschrijving van te maken en hiervoor een vrij tarief te hanteren. Het voorstel is om 'segment 1' los van 'segment 2' in te kopen, waarbij voor 'segment 1' wel een contractvereiste geldt om te kunnen declareren. In termen van toezicht en handhaving trekt de NZa 'de handen van deze prestatie af'. Dat de zorg niet op patiëntniveau herleidbaar of declarabel is, is één van de argumenten.

De consequentie van de voorstellen is dat de prestatie 'wijkgericht werken' straks volledig vrij wordt gegeven. Een relatie met de overige prestaties is geen vereiste meer. De NZa maakt daarbij duidelijk dat een toets op het naleven van de zorgplicht door verzekeraars niet mogelijk is; 'wijkgericht werken' wordt als gevolg hiervan een 'vogelvrije prestatie'. En dat terwijl dit verzekerde zorg binnen de aanspraak betreft. Een eerste vraag die zich aandient betreft de betekenis hiervan voor het toezicht en de handhaving van de prestatie 'wijkgericht werken' die in 2015 operationeel zal zijn. Daarnaast verbaast het ons in hoge mate dat het niet mogelijk is gebleken om (na alle tijd en energie die hieraan is besteed) een constructiever voorstel op papier te zetten. Zelfs een duiding van de gewenste richting ontbreekt. Wij willen hiermee niet gezegd hebben dat dit een gemakkelijke opgave is, maar door de veldpartijen zijn zeker meer mogelijkheden geschetst dan wij nu kunnen lezen.

Niet het kind met het badwater weggooien

Voor ActiZ staat een integrale uitvoering van de wijkverpleegkundige functie voorop. Coördinerende, regisserende en organiserende werkzaamheden ten behoeve van de individuele cliënt vormen integraal onderdeel van het werk van verpleegkundigen. Tegelijkertijd kan niet ontkend worden dat een grote meerwaarde van de huidige prestatie 'wijkgericht werken 2015' is dat voor het eerst sinds jaren (weer) een poging is gedaan om een betaaltitel te zoeken voor zaken die tot op heden niet betaald worden. Denk aan: preventie, present zijn in de wijk, afstemming en samenwerking met collega professionals ten behoeve van cliënt overstijgende projecten of werkzaamheden. Er is als gevolg hiervan erkenning gekomen voor het feit dat het wijkverpleegkundig beroep meer is dan 'het draaien van uren verpleging of persoonlijke verzorging'.

Op de vraag hoe wij deze meerwaarde het beste tot uitdrukking kunnen laten komen in een toekomstig bekostigingsmodel, hebben wij nog geen definitief antwoord. Omdat het jammer is om op voorhand het kind met het badwater weg te gooien, bepleiten wij ook op dit onderdeel tijd en ruimte voor het opdoen van ervaringen waarbij de meerwaarde met behulp van onderzoek in beeld gebracht kan worden.

Enkele overwegingen.

- Ook 'wijkgericht werken' kan worden aangemerkt als 'een voorziening'. Een 'voorziening ten behoeve van een collectief', die echter in de (organisatorische) vormgeving nooit los kan worden gezien van de cliëntgebonden zorg. Al is dat alleen maar omdat het niet de bedoeling kan zijn dat verpleegkundigen hun BIG-registratie verliezen.
- In de bekostiging staan wat ons betreft op dit moment meerdere varianten nog open.

4. Outcome en innovatie

Gupta-Strategists stelt voor dat door zorgverzekeraars, aanbieders en patiëntenorganisaties gezamenlijk een uniforme set 'outcome-indicatoren' wordt opgesteld. Deze set moet nog worden ontwikkeld en totdat een standaard set van indicatoren beschikbaar is, kunnen zorgverzekeraars niet eenzijdig zaken opleggen. Daarnaast wordt voorgesteld om een deel van de middelen te reserveren voor zorgvernieuwing en/of innovatie.

Ook met betrekking tot het onderdeel 'uitkomsten' wordt door de NZa een eigen koers gevaren. Om te beginnen betreft dat de voorstellen om ook proces- en outputindicatoren als optie naar voren te schuiven. Geconstateerd wordt dat er door de Inspectie van de Gezondheidszorg indicatorensets zijn opgesteld, die door veldpartijen als start van resultaatbeloning kunnen worden opgepakt. In de voorstellen wordt vervolgens geschetst dat regulering van dit segment niet nodig is. Het is aan zorgverzekeraars en aanbieders om op dit onderdeel afspraken te maken. Vanaf 2016 zou met deze vorm van bekostiging gestart kunnen worden.

Ook op dit onderdeel constateren wij dat de NZa-voorstellen door ons verworpen worden. Een gerichtheid op 'outcome' is een weg die is ingeslagen; er is geen weg meer terug. De gewenste transformatie kan niet worden gemaakt wanneer bij de ontwikkeling van een nieuw bekostigingsmodel voor de wijkverpleging weer terug wordt gevallen op proces- en outputcriteria, zeker niet als wordt voorgesteld om de risico gestuurde indicatoren van de IGZ hiervoor te gebruiken. Juist voorkomen moet worden dat in het nieuwe bekostigingsmodel de huidige systematiek van op- en afslagen (bonus/malus) opnieuw wordt ingebouwd; dat belemmert de noodzakelijke transformatie. De voorstellen om niet tot regulering over te gaan, hebben tot gevolg dat er een oerwoud aan (door verzekeraars zelf verzonnen) indicatoren zullen ontstaan. Met alle bureaucratie die hiervan het gevolg zal zijn. Een gemiste kans om op outcome te gaan sturen, al met al.

Outcome in termen van gezondheidswinst en kwaliteit van leven

ActiZ is voorstander van (deel)bekostiging op outcome. Voorop staat daarbij wel dat sprake moet zijn van een gerichtheid op gezondheidswinst en kwaliteit van leven, gevalideerde indicatoren en een eenvoudige en werkbare aanpak. Al eerder hebben wij benadrukt dat dit een traject is dat nog in de kinderschoenen staat. ActiZ bepleit om voor de ontwikkeling van outcome-indicatoren de tijd te nemen die hiervoor nodig is. Langzaam opbouwen en geleidelijk doorontwikkelen is ons devies, waarbij wij willen starten op 0%. De twee experimentele jaren kunnen benut worden om een gedegen fundament te leggen.

Nogmaals benadrukken wij dat de te ontwikkelen indicatoren 'beïnvloedbaar' moeten zijn door degene die de zorg aanbiedt. De indicatoren mogen in deze fase in geen geval afhankelijk zijn van inspanningen of resultaten van samenwerkingspartners of derden. Daarbij nogmaals ons pleidooi voor een gezamenlijk traject met verzekeraars, waarbij pilots wenselijk zijn. Alleen in gezamenlijkheid kan de transformatie gestalte krijgen. Ook over de condities waaronder bekostiging op basis van outcome zijn beslag krijgt, maken wij graag te zijner tijd afspraken met zorgverzekeraars.

Tot slot bepleiten wij ruimte voor innovatie. Wij wijzen op de mogelijkheden die hiervoor binnen het nieuwe bekostigingsmodel voor de huisartsen zijn gecreëerd. Innovatie kan bijvoorbeeld betrekking hebben op: e-health of een innovatief idee voor

zorg in de keten. Het belang van ruimte voor innovatie wordt zowel door Gupta-Strategists als door de NZa overgenomen.

Afsluitend

Wij zijn deze schriftelijke reactie gestart met de opmerking dat de nu voorliggende plannen uit het consultatiedocument '3 segmentenmodel verpleging en verzorging' bij ActiZ niet op draagvlak kunnen rekenen. De doelstellingen van het model zoals geschetst op pagina 12² worden met de nu voorliggende plannen alles behalve gerealiseerd. Wij constateren dat het een gemiste kans is dat alle inspanningen van de afgelopen maanden niet hebben geleid tot voorstellen voor een toekomstbestendig bekostigingsmodel voor de wijkverpleging. Dit betreft een grote zorg, die wij breder onder de aandacht zullen brengen.

Wij constateren dat invoering van een nieuw bekostigingsmodel per 2016 als gevolg van voorgaande bijzonder lastig wordt³. Het voorstel van ActiZ is daarbij om wel stappen te zetten zonder 'oude schoenen weg te gooien voordat er nieuwe zijn'. Tijdens de verschillende bijeenkomsten van de klankbordgroep rondom het onderzoek van Gupta-Strategists is duidelijk geworden dat de standpunten van de partijen op wezenlijke aspecten verschillen. Los van visie en belangen heeft dit ook te maken met onvoldoende inzicht en kennis. Dat ook de nu voorliggende voorstellen niet de oplossingsrichting bieden waarop wij gehoopt hadden, sterkt ons in de gedachte dat proeftuinen noodzakelijk zijn. Wat ons betreft zijn dit proeftuinen waarbinnen primair wordt getoetst of de nieuwe bekostiging daadwerkelijk bijdraagt aan gezondheidswinst en kwaliteit van leven voor kwetsbare mensen in de thuissituatie; de uitdaging is om 'de prikkels echt de goede kant op te krijgen'. Wellicht lukt dit beter binnen de context van populatiemanagement dan met behulp van populatiebekostiging. Het verdient aanbeveling om de ervaringen die momenteel worden opgedaan binnen de proeftuinen eerste lijn hierbij te betrekken. Daarnaast biedt een experimentele periode ook de mogelijkheid om de effectiviteit van de wijkverpleegkundige interventies inzichtelijk te maken. Een voorzet voor overige onderzoeksvragen en inrichting van de proeftuinen hebben wij geschetst. Vanzelfsprekend komen wij hier graag een andere keer nader over te spreken.

Met vriendelijke groet,



Aad Koster
Directeur ActiZ

² wegnemen van de volumeprikkel, ruimte voor aanvullende beloningsafspraken op basis van (gezondheids)uitkomsten, bekostiging voorziet in een populatiegebonden deel, bekostiging die voorziet in een structurele plek voor de taken van de wijkverpleegkundige op het vlak van samenwerking in de wijk met professionals uit verschillende disciplines, ruimte voor de wijkverpleegkundige om bij bepalen zorgvraag ook het niveau van zelfredzaamheid en sociale omgeving te betrekken.

³ 1 maart a.s. en niet 1 april a.s. is een 'go/no go moment' voorzien!

Bijlage 1

Uitgangspunten nieuw bekostigingsmodel

Een cliëntgerichte benadering

Het leveren van goede zorg en dienstverlening 'staat of valt' met het hanteren van een cliëntgerichte benadering. Een cliëntgerichte benadering stelt cliënten (in plaats van producten) centraal en leunt nadrukkelijk op de kwaliteit van de professional. ActiZ is van mening dat de toekomstige bekostigingssystematiek van de wijkverpleging prikkels in zich moet dragen, die gericht zijn op versterking van de eigen regie van cliënten en op ondersteuning van hun netwerk. Daarnaast is zeggenschap van belang: zeggenschap over de zorg die ontvangen wordt en keuzevrijheid ten aanzien van de aanbieder.

Een integraal aanbod

Een tweede uitgangspunt bij de ontwikkeling van een nieuwe bekostigingssystematiek betreft het kunnen bieden van een samenhangend en integraal aanbod. Coördinerende, regisserende en organiserende werkzaamheden vormen integraal onderdeel van het werk van verpleegkundigen in de wijk; een knip maakt het primaire proces onwerkbaar. Van de (wijk)verpleegkundig professional wordt verwacht dat deze kan bepalen welke zorg op welk moment nodig is. Wijkverpleegkundige praktijken die los komen te staan van de uitvoerende praktijk hebben derhalve niet onze voorkeur.

Een autonome positie naast de huisarts

Wijkverpleging kent daarbij een autonome positie, naast de huisarts. Verpleegkundigen en verzorgenden moeten binnen de kaders die door de eigen beroepsgroep zijn opgesteld zelfstandig hun werkzaamheden uit kunnen voeren. De (wijk)verpleegkundige en de verzorgende moeten hun werk onafhankelijk kunnen doen; niet aan de orde is dat werkzaamheden uitsluitend onder aansturing van de (huis)arts uitgevoerd mogen worden. Van belang is daarom dat de beroepsgroep ruimte krijgt om het eigen vak te definiëren en uit te voeren.

Samenhang tussen wijkverpleging en de voorzieningen in het sociale domein
Een volgend punt betreft het belang van het borgen van samenhang met de activiteiten binnen het Wmo-domein. Het bieden van integrale zorg aan kwetsbare burgers krijgt (extramuraal) straks vanuit beide kaders vorm. ActiZ hecht er aan dat de financiering van verpleegkundige zorg en de financiering van activiteiten uit het sociale domein nauw op elkaar aansluiten en dat afwenteling tussen beide stelsel wordt voorkomen. De ontwikkeling van integrale arrangementen moet daarbij mogelijk zijn en worden gestimuleerd.

Borging van kwaliteit en sturen op outcome

Borging van kwaliteit is een laatste belangrijk uitgangspunt. Om te beginnen betreft dit het ontwikkelen van zorginhoudelijke standaarden, zo mogelijk gebaseerd op evidence based praktijken en gerelateerd aan een kosteneffectieve inzet van zorg.

Een punt van zorg is dat professionele standaarden en eenheid van taal momenteel ontbreken. Er is geen valide data beschikbaar met behulp waarvan doelgroepen en/of producten beschreven kunnen worden, interventies beoordeeld kunnen worden en doorontwikkeling plaats kan vinden in de richting van een bekostiging op outcome. Onder andere met het oog op contractering vinden wij deze elementen wel van belang.

Alz. NL over 3-segmentenmodel verpleging en verzorging in de ZvW. d.d. 19 december 2014

Algemeen

Oormerken

Casemanagement dementie is onderdeel van integrale prestaties, zie pagina 30. Dit betekent veel vrijheid voor verzekeraars en aanbieders. Te veel. Eind 2014 blijkt al dat verzekeraars verschillend beleid voeren en dat zorgaanbieders verschillend aanbod doen: het aanbod wordt niet geleverd of geleverd door casemanagers dementie, generalistische (wijk)verpleegkundigen, praktijkondersteuners enz. enz. De signalen zijn in Nieuwsuur als thema aan de orde geweest. Patiënten en mantelzorgers herkennen de functie niet als een bekende professional het er een uurtje bij doet. De behoefte aan een vast aanspreekpunt met verstand van zaken en continuïteit tijdens het ziekteproces is de belangrijkste wens/ behoefte van mantelzorgers bij dementie.

De huidige spreiding in de inkoop en in het aanbod is niet conform de Zorgstandaard dementie en sluit niet aan op de behoeften van de mantelzorgers. December 2014 blijkt al dat de invulling van casemanagement overlaten aan de verzekeraars en bestuurders onvoldoende garanties bieden dat casemanagement wordt uitgevoerd conform de Zorgstandaard dementie in aansluiting op de behoeften.

Dementie is progressieve fatale ziekte

Dementie is een progressieve ziekte met schommelingen in de behoefte aan begeleiding die niet alleen door het verloop van de ziekte worden bepaald maar ook door de veerkracht en beschikbaarheid van de mantelzorger.

Op tijd beginnen met ondersteunen (vanaf de diagnose) is belangrijk. Ook aan het begin van de ziekte hebben mensen ondersteuning nodig om het thuis beter en langer vol te houden. Soms is minder ondersteuning nodig, maar dan moeten mensen met dementie niet losgelaten worden. Immers dementie is een progressieve fatale ziekte en uiteindelijk zal de behoefte aan ondersteuning altijd ook weer toenemen.

Daarbij komt dat de veerkracht en belasting van de mantelzorger cruciaal is. het document heeft het alleen over patiënten. Maar valt de mantelzorger uit (bijvoorbeeld door een TIA, hartaanval, gebroken heup, het zijn immers ook meestal ouderen) dan is de zorgzwaarte meteen hoger.

Kortom: Waar zitten mensen met dementie en hun mantelzorgers in de vijf prestaties? Wat zijn de terugvalmogelijkheden als er tijdelijk minder ondersteuning nodig is?

Representatie:

Bij dementie moeten aanbieders samenwerken. Loslaten van representatie bevordert dat niet. Aanbieders vinden het heel intensief en bureaucratisch om zaken te doen met 6 verzekeraars.

Registratie:

Casemanagement vraagt relatief veel indirecte tijd. Dus een tarief dat is gebaseerd op alleen directe tijd dat gaat niet werken. Dit pleit voor verbijzondering van casemanagement dementie.

Denken in periodes van 4 weken is voor casemanagement niet wenselijk. Bij dementie is het nodig om te investeren in en werken met langere termijnen. Mensen leven gemiddeld 8 jaar met de ziekte.

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

Casemanagement dementie conform de Zorgstandaard Dementie omvat ook ondersteuning richting diagnose. De diagnose is een zware tijd die voor de periode daarna bepalend is. Opknippen is niet wenselijk vanuit het perspectief van de patiënt en zijn mantelzorgers. Idealiter worden signalen van sociale wijkteams doorgegeven aan de casemanager dementie en vervolgens kan deze mensen ondersteunen richting diagnostiek. In het belang van de patiënt en de familie is een nauwe relatie

tussen sociaal wijkteam en casemanager dementie gewenst. Opknippen van segment 1 en 2 is ongewenst. Wijkgerichte activiteiten moeten niet los staan van patientenzorg. Ook al omdat andere wijkgebonden activiteiten (dagactiviteiten, begeleiding, inzet vrijwilligers e.d.) cruciaal zijn bij langer thuis wonen met dementie.

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

Voor wijkteams zou verwijzing naar casemanagement dementie (segment 2) vereist moeten zijn.

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

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

Zie vraag 2.

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

Zie algemene opmerkingen onder "dementie is een progressieve ziekte".

Belasting van de mantelzorgers is een belangrijk kenmerk voor de inschatting van de zorgzwaarte bij dementie in de loop van de gemiddeld 8 jaar (is gemiddelde duur van de ziekte). Bovendien is dementie een progressieve fatale ziekte met schommelingen in de loop van de tijd. Waar zitten mensen met dementie en hun mantelzorgers in de vijf prestaties? Wat zijn de terugvalmogelijkheden als er tijdelijk minder ondersteuning nodig is? Dan moeten mensen met dementie niet losgelaten worden. Wat als er tijdelijk veel meer zorg nodig is omdat de mantelzorger acuut wordt opgenomen in het ziekenhuis?

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

Zie algemeen en vraag 5.

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

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

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

Consultatievraag 10: Noodzaakt de (indicatieve) omvang van de groep zeer intensieve patiënten om (een deel) van de 'staart' in een 6e basisprestatie op te nemen? Consultatiedocument 3-segmentenmodel verpleging en verzorging in de Zvw

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

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

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

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

Onduidelijk is waar mensen met dementie onder vallen en hoe de veerkracht dan wel belasting van de mantelzorgers een plek krijgt. zie ook vraag 5 en algemene opmerkingen.

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

Uren casemanagement dementie horen te worden geleverd door een Hbo-Plus. Dus een wijkverpleegkundige met extra opleiding casemanagement dementie. zie zorgstandaard dementie.

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

De productie monitoren op basis van uren casemanagement dementie is onvoldoende. Zonder monitor op inzette kwaliteit kan iedere professional een uurtje casemanagement dementie declareren. Voor patiënten en mantelzorgers is het niet te checken of er casemanagement dementie is geleverd als een bekende professional ook wat casemanagement dementie erbij doet. Dat risico zit erin zonder eisen voor kwaliteit van casemanagement. Hierover zijn we in overleg met VWS en ZN.

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

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

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

De outcome bij dementie is deels voor verpleging en verzorging/ casemanagement dementie bepaald. Ook het aanbod van (begeleiding bij) maaltijden, toezicht, dagactiviteiten, hulpmiddelen, informatie en/ of de geruststellende beschikbaarheid van plaatsen voor crisisopname of opname zijn cruciaal om beter en langer thuis de zorg vol te houden bij dementie. Het onderscheid in de outcome van de verschillende betrokken aanbieders/ professionals is moeilijk te maken. Alzheimer Nederland pleit voor integrale aanpak bij dementie inclusief wmo, zvw en wlz. Gewenste outcome van casemanagement bij dementie is o.a. uitstel van verpleeghuisopname. Dat scheelt kosten in de Wlz.

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

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

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

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

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

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

In het Deltaplan Dementie is een peiler Praktijkverbetering met de sector in ontwikkeling. Aansluiting hierbij ligt voor de hand.

Bij dementie is samenwerking tussen aanbieders van verschillende domeinen cruciaal. 84 dementieketens zijn hiermee bezig. Goede hulp in het eerste deel van de ziekteproces betekent uitstel van verpleeghuisopname. Een integraal bekostigingsmodel ligt meer voor de hand.

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

De Nederlandse Zorgautoriteit
T.a.v. de heer drs. M.A. R.

Oosterhout, 19 december 2014

Kenmerk: DL-141219

Betreft: Consultatiedocument 3-segmentmodel verpleging en verzorging in de Zvw

Geachte heer R.,

Naar aanleiding van uw consultatieverzoek heeft BTN kort uiteen gezet hoe zij kijkt naar de toekomstige ontwikkelingen in de sector en het daarbij behorende bekostigingsmodel.

Vernieuwing

Voor BTN dient het nieuwe bekostigingsmodel te voldoen aan de gestelde ambities van partijen zoals o.a. geformuleerd in het Onderhandelaarsresultaat Verpleging en Verzorging en dient het model vooral toekomstgericht en -bestendig te zijn. Na het doornemen van het consultatiedocument kan BTN niet anders constateren dat gekozen is voor een advies dat gebaseerd is op huidige structuren en ons inziens geen recht doet aan de transformatie waar zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor staan. Als de sector daadwerkelijk een verandering dient te ondergaan door een omslag te maken van productie denken naar cliëntgerichtheid dan zal vooral het bekostigingsmodel daarbij randvoorwaardelijk moeten zijn.

BTN mist in het document de vernieuwingsagenda. Juist de Nza zou het voortouw moeten nemen om op basis van de huidige ontwikkelingen en discussies om te komen met een vernieuwend bekostigingsmodel voor de toekomst waarin ruimte is om resultaatgericht afspraken te maken. Deze nieuwe bekostigingsmethodiek zou een goede basis vormen voor het doorontwikkelen van de sectorgedachte om te komen tot een grote mate van resultaatfinanciering. Het huidige gepresenteerde model geeft ons inziens deze transitie onvoldoende ruimte en werkt soms zelfs belemmerend.

Integraal bekostigingsmodel

Het gepresenteerde document heeft als werktitel 3-segmentenmodel meegekregen. Zoals het woord al aangeeft, wordt gewerkt met segmenten waarmee al op voorhand schotten geplaatst zouden kunnen worden en integraliteit beperkt zou kunnen worden.

BTN pleit voor aanpassing van de naam van het document in "Integraal bekostigingsmodel met resultaatfinanciering". Hierbij is duidelijk dat niet het model leidend is maar dat de invulling van een model gebaseerd is op de visie van integrale benadering.

Vanuit dit uitgangspunt moet er niet meer uitgegaan worden van 3 segmenten maar van bekostiging op 3 gebieden.

BTN denkt dan aan bekostiging van niet cliëntgebonden activiteiten, bekostiging van cliëntgebonden activiteiten en beloning op resultaten. BTN is hierbij van mening dat een zorgaanbieder alleen resultaat kan boeken op uitkomsten als die ook invloed kan uitoefenen op zowel cliëntgebonden en niet cliëntgebonden activiteiten. BTN gaat dus altijd uit van een integrale benadering. Door de keuze te maken om niet cliëntgebonden activiteiten slechts bij een beperkt aantal aanbieders in te kopen, kunnen zorgaanbieders onvoldoende invloed uitoefenen op de resultaten terwijl ontzorgen wel een van de belangrijkste indicatoren zal worden, zoals wij vernomen hebben in de gesprekken die BTN met zorgverzekeraars heeft gevoerd. In uw advies geeft u aan dat voor segment 3, de resultaten, geen contracteerverplichting voor zorgverzekeraars is. Het is voor BTN onbegrijpelijk dat u deze keuze heeft gemaakt. Met uw advies zou een zorgverzekeraar alleen cliëntgebonden activiteiten kunnen contracteren waarmee de integraliteit verdwenen is en enkel en alleen op basis van productie gecontracteerd wordt. De prikkel tot doelmatigheid en innovatie zal hiermee verdwijnen en zullen zorginstellingen terugvallen in de huidige productiemodus. Een situatie die zowel de sector als maatschappij niet wenselijk vindt.

Niet cliëntgebonden activiteiten

BTN is van mening dat de uitwerking van segment 1 in uw document niet past bij de behoefte en het doel wat partijen met elkaar willen bereiken. Namelijk een toegangspoort voor burgers om te bepalen of ondersteuning en/of zorg nodig is en het creëren van samenhang tussen verschillende domeinen als Zvw en Wmo. Nu wordt overal op gekunstelde wijze een sociaal wijkteam inclusief een wijkverpleegkundig opgericht om hieraan te voldoen.

Volgens BTN zouden er andere keuzes gemaakt moeten worden om een goede invulling aan bovenstaande doelstelling te kunnen geven. Net zoals de gemeenten gebruik maken van een Wmo-consulent zouden zorgverzekeraars gebruik moeten maken van een Zvw-consulent. Beide personen werken intensief samen om de ondersteunings/- zorgvraag vast te stellen (geen indicatiestelling), de samenhang tussen beide domeinen vorm te geven en zij hebben een directe verbinding met de huisartsen. De sector vindt het niet wenselijk om een nieuw transferpunt in de wijk te gaan plaatsen waarmee organisatiebelangen de boventoon kunnen voeren. Om dit tegen te gaan zou gedacht kunnen worden aan een "White Label" Zvw-consulent die in dienst is van een zorgverzekeraar of alleen actief is voor deze zorgverzekeraar. Hierbij wordt ook de objectiviteit geborgd. Het is dus geen wijkverpleegkundige in dienst bij een zorgaanbieder die voordeel heeft bij het leveren van de zorg zelf.

De financiële middelen (maximaal € 40 miljoen) zouden dus door de zorgverzekeraar zelf ingezet moeten worden voor de Zvw-consulent. Dit is naar de mening van BTN dus geen onderdeel van het integrale bekostigingsmodel voor zorgaanbieders.

In de huidige situatie verrichten vele zorgorganisaties activiteiten die niet direct toewijsbaar zijn aan individuele cliënten maar wel direct invloed hebben op de gezondheid van burgers waarmee zowel gezondheids- als financiële effecten worden behaald. BTN is van mening dat het verrichten van deze activiteiten gefinancierd moeten worden en verbonden moeten zijn met de financiering van de cliëntgebonden activiteiten en niet apart gesegmenteerd moet worden.

BTN spreekt bewust over (niet) cliëntgebonden activiteiten om dat de inspanningen die door de zorgaanbieders en verpleegkundigen verricht worden, niet altijd direct het label zorg als zijnde het bieden van verzorging en verpleging

hebben. Hierbij moet dan gedacht worden aan het signaleren en organiseren rondom de cliënt, het activeren van het sociale netwerk, het ondersteunen van zorg met e-health voorzieningen of andere infrastructuren zoals keten dementie of beschikbaarheidsvoorzieningen. Dit zijn geen (nieuwe) initiatieven die onder zorgvernieuwing vallen, maar structurele activiteiten ter ondersteuning van de zorg of ter vervanging van professionele zorg.

Cliëntgebonden activiteiten

Indiceren

Met de overheveling van verpleging en verzorging naar de Zvw is ook het besluit genomen dat de indicatiestelling plaats vindt door de wijkverpleegkundige. BTN is blij met de beslissing dat een indicatiestelling niet achter een bureau via een stroomschema plaatsvindt maar dat vooral de context waarin een cliënt zich bevindt, van belang is voor het bepalen van de zorg- en ondersteuningsvraag. BTN is van mening dat de wijze van indicering en de invulling van zorg door de zorgaanbieder nog nadere uitwerking behoeft. Dit is van belang om de discussie over rechtmatig gestelde indicaties en de geleverde zorg vooraf te bepalen en goed te borgen. Op deze wijze kan alleen samen met de zorgverzekeraars inzicht gehouden worden op het algemeen Budgettair Kader.

Prestaties

BTN is van mening dat de basis van integrale bekostiging de afspraak is tussen de zorgaanbieder en de cliënt waar een afspraak gemaakt wordt over het te behalen resultaat en waarbij de zorgaanbieder een offerte maakt voor het realiseren van dit resultaat. Hierbij wordt niet meer gedacht vanuit een PxQ systematiek maar vanuit een vast bedrag (aanneemsom) waar de zorgaanbieder het voor gaat doen. Dit vraagt vertrouwen van alle partijen.

Op de consultatiebijeenkomst heeft BTN gemerkt dat dit vertrouwen nog opgebouwd moet worden. Om in de lijn van de aanneemsom te opereren is BTN voorstander om voor een korte periode te gaan werken met een beperkt aantal prestaties, waarbij BTN vooral wil waken voor strategisch gedrag van zowel de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar. Dit kan volgens de mening van BTN voorkomen worden door met beperkt aantal prestaties en grote bandbreedtes te werken.

Voor de zwaardere cliënten (zorg > 1 jaar) onderschrijft BTN dat het lastig is om deze cliënten in prestaties te kunnen onderbrengen. Dit zou teveel nieuwe prestaties opleveren. BTN vindt het echter wel wenselijk om niet meer op basis van de systematiek PxQ te werken maar ook hier naar een nieuw model toe te werken. Het oprekken van de bandbreedtes zou hiervoor een oplossing kunnen zijn.

BTN is van mening dat de zorgzwaarte een goed uitgangspunt is om de bekostiging vorm te geven. Ze vraagt echter wel aandacht voor de specialistische zorg zoals MSVT. De berekening van de deskundigheidsmix met zorgzwaarte om tot indeling in de prestatie te komen, volstaat niet bij deze specialistische zorg. Een planningshorizon van 4 weken is een goede periode voor de bekostiging.

Deskundigheid

In het advies gaat u uit van de deskundigheidsniveaus 3, 4, 5 en hoger. Er is echter ook sprake van specialistische zorg die alleen uitgevoerd mag worden door niveau 5 en hoger zoals MSVT. Met het % toedelen van de deskundigheid in de opbouw van de 5 prestaties wordt geen recht gedaan aan deze hoge deskundigheid. BTN vraagt hier extra aandacht voor.

Maximum tarieven

Bij resultaatfinanciering passen geen maximale tarieven maar zou juist over minimale tarieven gesproken moeten worden. De zorgaanbieders die geen resultaten boeken en dus geen beloning verdiend hebben, ontvangen het minimum tarief. De overige zorgaanbieders maken afspraken met de zorgverzekeraars op basis van gekozen indicatoren waar een vergoeding voor wordt gegeven. Om te komen tot prikkels is BTN van mening dat de omvang van de beloningslaag substantieel groot moet zijn ten opzichte van de bekostiging van de zorg zelf. Anders zal de resultaatfinanciering een te beperkte invloed hebben waarmee de innovatie doodslaat.

Met deze systematiek heeft het verbruik van het budgettair kader door de niet-gecontracteerde zorgaanbieders de minste effecten en worden de gecontracteerde zorgaanbieders minder benadeeld.

Registratie en declaratie

BTN is van mening dat het resultaat leidend dient te zijn voor de registratie en declaratie. Hiermee bedoelt zij dat het registreren van uren, deskundigheid per individuele cliënt ten behoeve van het kunnen declareren en betaald krijgen van de activiteiten niet meer aan de orde is in het nieuwe model. De zorgaanbieder maakt met de cliënt resultaatafspraken. Deze worden opgenomen in het zorgplan en tussentijds en aan het einde van de zorg geëvalueerd. Hierbij is de systematiek zorgplan = realisatie leidend. Aan de gemaakte afspraken hangt een prijs. Als de zorgaanbieder inventief en effectief is, levert dit voordeel op voor de zorgaanbieder en kost het de zorgaanbieder meer inspanningen dan verwacht gaat dit ten koste van de opbrengst van de zorgaanbieder. Hiermee stelt BTN dus ook dat niet alleen op basis van geleverde zorg betaald wordt maar op basis van de gemaakte afspraken/aanneemsom.

Aandachtspunten

BTN mist in uw rapportage nog een aantal specifieke vormen van zorg c.q. activiteiten die onder de aanspraak wijkverpleging (gaan) vallen. Hierbij moet u denken aan 1^e lijns verblijf dat tijdelijk ondergebracht is onder de Wlz met een subsidieregeling, de ontwikkeling van ziekenhuisverplaatste zorg (2^e lijn) naar de 1^e lijn.

BTN ondersteunt het advies om de beschikbaarheidsvoorzieningen integraal te laten bekostigen. Alle zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor deze voorzieningen. Indien gebruik gemaakt wordt van de faciliteiten van andere zorgaanbieders kan dit middels onderlinge dienstverlening verrekend worden. BTN vraagt aandacht voor de uitwerking van onderlinge dienstverlening. Dit kan alleen ingezet worden als er geen btw in rekening gebracht hoeft te worden, anders schiet deze oplossing zijn doel voorbij.

BTN verwacht dat met de overheveling per 1 januari 2015 duidelijkheid zal ontstaan welke patiënten van de groep zeer intensieve patiënten oftewel de 'staart' (circa 10.000 patiënten) in de Zvw blijven en welk deel van deze patiënten onder de Wlz komen te vallen. BTN verwacht dat deze groep kleiner zal worden, maar vindt het wel belangrijk om goed zicht te krijgen op deze specifieke cliënten in relatie tot de invulling van de prestaties.

Resultaten

BTN is groot voorstander van resultaatgefinancierde bekostiging. Dit kan naar de mening van BTN alleen als er sprake is van een integrale benadering van preventie, leveren zorg en resultaten boeken. Uw advies dat voor de resultaten geen contracteerverplichting geldt, strookt niet met deze integrale benadering. Contractering van alle onderdelen is ons inziens een vereiste.

Bij resultaatfinanciering hoort ook het maken van afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Dat hier vrijheid is in het maken van afspraken is randvoorwaardelijk. Dat er geen regulering door de NZa plaatsvindt, vinden wij logisch.

BTN is voorstander om al een stip op de horizon te zetten met concrete afspraken waar partijen vervolgens naar toe werken. BTN is van mening dat als geen termijn doelstelling bepaald wordt, de te nemen stappen klein zullen zijn en vooral vanuit angst gehandeld wordt in plaats vanuit lef. Met een nieuwe bekostigingssystematiek is het nu juist mogelijk om stappen te maken en zorgaanbieders en verzekeraars te prikkelen waarmee ze gedwongen worden in het perspectief van cliënten / verzekerden te denken en zich dus daadwerkelijk ondernemend op te stellen.

BTN merkt echter dat deze visie voor een groot deel van de betrokken partijen nog een brug te ver is. BTN is wel voorstander om als zorgaanbieders en zorgverzekeraars hierover afspraken willen maken, het mogelijk moet zijn om dit hoge ambitieniveau ook te kunnen afspreken.

BTN stelt dan ook voor om al te starten met een vorm van proeftuinen met resultaatfinanciering waarbij zorgaanbieders en zorgverzekeraars die stappen willen maken dit ook kunnen doen. Hierbij zijn wel een aantal randvoorwaarden aan verbonden:

- Er moeten afspraken gemaakt worden over meerjarencontracten om deze resultaten ook te kunnen laten landen
- Er moeten afspraken gemaakt worden over de indicatoren waarop de resultaten getoetst worden (dit zijn kwantitatieve indicatoren en kwalitatieve indicatoren zoals bijvoorbeeld maatschappelijke opbrengst, uit zorg houden van cliënten)
- Er moeten afspraken gemaakt worden over de financiering van het resultaat, het verdienmodel (shared savings).
- Er moet een benchmark zijn bij zorgverzekeraars op de resultaten en invulling van de zorg en de resultaten moeten openbaar zijn, zichtbaar voor zorgaanbieders voor sturing en verbetering

E-health

BTN onderschrijft dat zorg vernieuwing een plaats moet krijgen bij het onderdeel resultaten. Juist daar kan experimenteren een goede plek krijgen. Zodra e-health ingebed is in het reguliere proces dient het ondergebracht te worden bij cliëntgebonden activiteiten. Bij e-health kan nog steeds sprake zijn van zorgverlening door de zorgverlener maar dan op afstand of op een andere manier.

Indicatoren

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars ontwikkelen gezamenlijk een set indicatoren (menukaart). De resultaten moeten namelijk onderling vergelijkbaar zijn. Uit deze landelijke set worden een beperkt aantal indicatoren tussen de individuele zorgaanbieder en zorgverzekeraar op basis van de cliëntengroepen

van de zorgaanbieder afgesproken als indicatoren voor de resultaatfinanciering. De invulling van de thema's moet plaatsvinden door het veld, gebaseerd op o.a. cliëntgroepen, locale/regionale context. BTN ziet hier voor de NZa geen rol in. Bij de ontwikkeling van indicatoren is het een randvoorwaarde dat deze beïnvloedbaar zijn door de zorgaanbieder. Uitkomstindicatoren die kunnen alleen medeafhankelijk zijn van uitkomsten of resultaten van samenwerkingspartners of derden als de zorgaanbieder ook invloed kan uitoefenen op deze resultaten en als er een formele afspraak tussen de zorgaanbieder en deze partijen gemaakt is. Het kan niet het geval zijn dat een zorgaanbieder die slechts gecontracteerd is voor cliëntgebonden activiteiten afgerekend wordt op het resultaat van de aanbieder die voor niet cliëntgebonden activiteiten is gecontracteerd terwijl hij daar geen invloed op heeft. Of als een zorgaanbieder wordt afgerekend op het resultaat van de samenwerking binnen een sociaal wijkteam als hij daar zelf niet in participeert.

Innoveren

Een belangrijk onderdeel om de transformatie naar een nieuwe toekomst te kunnen maken, is het innoveren door zorgaanbieders. Het element zorgvernieuwing als onderdeel van de beloning stimuleert dit. Dit alleen is echter onvoldoende. Er moet altijd een prikkel tot innovatie zijn, ook met andere concepten dan via de prestatie zorgvernieuwing. Ook hier moet ruimte voor zijn en blijven.

Impactanalyse en implementatie

In uw advies geeft u geen visie op de toekomst. De ultieme invulling van keuzevrijheid van cliënten vindt zijn uitwerking met persoonsvolgende bekostiging. BTN adviseert de NZa om verder te kijken dan de implementatie van een bekostigingsmodel en daarbij juist toekomst gericht te adviseren waarbij persoonsvolgende bekostiging een logische stap is.

BTN begrijpt dat geen of onvoldoende ervaringsgegevens zijn waarop de nieuwe bekostiging gebaseerd kan worden. Historische gegevens bieden onvoldoende houvast omdat er te weinig betrouwbare gegevens zijn voor een goede berekening voor specifiek de aanspraak wijkverpleging. Het baseren van een tariefopbouw op basis van een modelmatige beschrijving geeft echter ook geen goed beeld voor de toekomstige praktijk. BTN adviseert de modelmatige beschrijving te combineren met de ervaringen uit proeftuinen om tot reële tarieven te komen.

BTN vraagt wel aandacht voor de implementatie van het nieuwe bekostigingsmodel in de softwaresystemen. De ervaringen die de sector nu opdoet met de transitie per 1 januari 2015 willen we niet nogmaals beleven bij de overgang naar een nieuwe bekostigingssystematiek.

Proeftuinen

BTN is voorstander om al in 2015 te starten met het beproeven van een nieuw bekostigingsmodel met ambitieuze aanbieders zodat ervaring opgedaan kan worden die gebruikt kan worden voor het verder vormgeven, ontwikkelen en verfijnen van het bekostigingsmodel. Het voordeel is:

- De proeftuinen leveren informatie op over de bruikbaarheid van de theoretische bekostigingssystematiek zodat eventuele tussentijdse aanpassing/bijsturing mogelijk is.

- De proeftuinen bieden informatie om de inkoop van wijkverpleging vanaf 2016 vorm te geven.
- De proeftuinen zorgen voor een betere implementatie van de nieuwe bekostigingssystematiek bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

BTN vraagt de NZa in haar advies richting VWS een project met proeftuinen aan te bevelen.

Wij vertrouwen erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd. BTN kan zich voorstellen dat deze reactie een aantal vragen oproept. Wij zijn graag bereid om met u in gesprek te gaan om onze zienswijze nog nader toe te lichten.

Met vriendelijke groet,

J.C. Verschuren MBA
Bestuurder

Zorginstituut Nederland

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

De Nederlandse Zorgautoriteit
T.a.v. R.S.

0540.2014164703

Zorginstituut Nederland

Kwaliteitsinstituut

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 89 59

Contactpersoon

Datum 22 december 2014
Betreft Consultatiedocument "3 segmentenmodel Verpleging en Verzorging in de Zvw"

Onze referentie

2014164703

Geachte mevrouw S.,

Naar aanleiding van de consultatiebijeenkomst op 18 december jl. hebben wij een tweetal opmerkingen.

De eerste gaat over het in het in paragraaf 4.3. opgenomen advies voor de separate bekostiging voor verblijf en vervoer onder de 18 jaar bij de zogenaamde intensieve kindzorg.

Wij hebben er goede nota van genomen dat deze separate bekostigingstitels niet hun basis zullen vinden in de aanspraak op verpleging en verzorging in de Zvw. Dat betekent dat er gezocht zal worden naar bekostigingstitels op basis van de reguliere aanspraken op verblijf en vervoer.

In dat kader merken wij op dat het in de beschreven situatie niet gaat over 'kortdurend verblijf' in de zin van de Zvw. Dat betekent dat er geen bekostigingstitel op basis van de aanspraak eerstelijnsverblijf (artikel 2.1.2 Bzv) mogelijk is. Graag denken we beging volgend kaar met u mee over het vinden van mogelijke oplossingen voor dit probleem.

Voor de volledigheid vermelden we nog dat voor wat betreft de pedagogische ondersteuning voor deze doelgroep de aanspraak Zvw beperkt van omvang is. Hiervoor verwijzen we u naar onze brief van 13 juni jl. aan mw. Pastoors met kenmerk 2014074268.

Onze tweede opmerking betreft de totstandkoming van uitkomstindicatoren in het derde segment van het voorgestelde model.

Het Zorginstituut deelt de mening dat een uniforme set van structuur-, proces- en uitkomstindicatoren een ultieme voorwaarde is voor de werking van uitkomstbekostiging op basis van resultaatbeloning. (segment 3).

Voor het tot stand komen van een breed gedragen en meetbare set is het noodzakelijk dat de partijen in het veld deze taak toebedeeld krijgen én oppakken. Gezien de complexiteit van de zorg uitkomsten in de verpleging & verzorging in de eigen omgeving, ligt een meerjarig traject hier voor de hand. Vanuit zijn wettelijke taken is een faciliterende en op onderdelen regisserende rol voor Zorginstituut Nederland in deze vanzelfsprekend.

Echter, het ontwikkelen en in gebruik nemen van indicatoren zonder dat deze voortkomen uit een gedragen kwaliteitskader dat aansluit bij de dagelijkse verpleging en verzorging (lees: de vigerende kwaliteitsstandaarden van de beroepsgroep) in de eigen omgeving, brengt risico's met zich mee. Het losstaand ontwikkelen van indicatoren voor een uitkomstbekostiging draagt niet bij aan een robuust systeem waarin kwaliteit van zorg zowel ervaren door een patiënt, als zorginhoudelijk verleend door een zorgverlener centraal staat. Aandacht voor de aansluiting van deze uitkomstindicatoren bij een dergelijk kwaliteitskader verpleging & verzorging in de eigen omgeving in uw advies, is ons inziens een must.

Wij vertrouwen erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd. Uiteraard zijn wij graag bereid om met u in gesprek te gaan om eventuele vragen toe te lichten.

Met vriendelijke groet,

C.G. Mastebroek
U.L. Malanda

Zorginstituut Nederland

Zorginstituut Nederland
Kwaliteitsinstituut

Datum
22 december 2014

Onze referentie
2014164703



Nederlandse Zorgautoriteit
De heer drs. M.A. R.

Sparrenheuvel 16
Postbus 520
3700 AM ZEIST
Telefoon (030) 698 89 11
Telefax (030) 698 83 33
E-mail info@zn.nl

Contactpersoon
Doorkiesnummer
Ons kenmerk B-14-3325-mmaa1
Datum 22 december 2014
Onderwerp Consultatie 3 segmentenmodel verpleging en verzorging in de Zvw

Geachte heer R.,

De minister heeft de NZa verzocht om een nieuw bekostigingsmodel te ontwikkelen voor de extramuraal verpleging en verzorging vanaf 2016. Belangrijke doelstellingen die zij daarbij heeft aangegeven zijn onder andere het wegnemen van een volumeprikkel en het creëren van ruimte voor beloningsafspraken op basis van de uitkomsten van zorg.

Al in september 2013 hebben wij in een brief op het consultatiedocument 'Overheveling extramuraal verpleging naar de Zorgverzekeringswet' aangegeven welk toekomstperspectief de zorgverzekeraars voor ogen hebben met de overhevelingen van de extramuraal verpleging en verzorging naar de Zvw. Mensen willen zolang mogelijk thuis blijven wonen en zolang dat mogelijk is zelf regie blijven voeren over hun leven. Hier dient op ingespeeld te worden door integrale zorg op maat mogelijk te maken en zorg zoveel mogelijk dicht bij huis te leveren. Integrale zorg betekent dat de zorgvraag van de cliënt centraal staat en dat zorgaanbieders/ zorgprofessionals samen werken, zowel binnen de eerste lijn als met de tweede lijn en het sociale domein. Een nieuw bekostigingsmodel voor de wijkverpleegkundige zorg dient daar dan ook op in te spelen. Het is daarvoor van belang dat afgestapt gaat worden van een bekostigingssysteem waarbij betalen voor geleverde productie de kern vormt en dat wordt overgegaan op een systeem waarbij bekostiging op basis van uitkomsten van geleverde zorg in termen van gezondheidswinst en kwaliteit van leven centraal staat. Naast de introductie van een segment 3 voor uitkomstbeloning is daarvoor een segment 2 voor de toewijsbare zorg cruciaal waarbij bekostigd wordt op basis van de zorgvraagzwaarte. Zorgvraagzwaarte

is gerelateerd aan de patiënt en onderscheidt zich daarmee van zorgzwaarte, wat gaat over de zwaarte van de behandeling¹. Dit maakt dat een zorgaanbieder een reëel tarief krijgt, dat aansluit op de casemix binnen de populatie die hij bedient, zonder een productieprikkel te introduceren.

In het consultatiedocument zoals dat nu door de NZa is gepresenteerd zien wij dit onvoldoende terug. De opzet van de nieuwe bekostiging is in onze ogen te veel gebaseerd op de wijze van bekostiging die in de transitiejaar 2015 wordt gehanteerd en mist een gezamenlijk toekomstperspectief of zoals het tijdens de consultatiebijeenkomst op 18 december is genoemd 'een stip op de horizon'. Daarbij komt het feit dat bij de ontwikkeling van het nieuwe bekostigingsmodel nog geen gebruik kan worden gemaakt van de ervaringen met de inkoop wijkverpleging van 2015. Ook is het tijdspad voor een nieuwe bekostiging kort. Wanneer de nieuwe bekostiging het nodig maakt om op een andere EI-standaard over te gaan, is daar een implementatietijd van negen maanden aan gekoppeld. Dit betekent dat een nieuw bekostigingsmodel op 1 april uitgewerkt moet zijn in beleidsregels en tariefbeschikkingen.

Dit leidt er toe dat wij u adviseren om het geschetste pad uit het consultatiedocument niet op te gaan, maar pas over te stappen op een volledig nieuw bekostigingsmodel op basis van zorgvraagzwaarte kan worden geïntroduceerd. In concreto betekent dit dat Zorgverzekeraars Nederland voorstelt om voor 2016 de hoofdlijnen van de bekostiging van 2015 te blijven hanteren. Te overwegen valt om de mogelijkheid toe te voegen te belonen voor uitkomsten van zorg en zorgvernieuwing, middels de introductie van segment 3. Hiervoor is wel nodig dat betrokken partijen gezamenlijk inzetten op het ontwikkelen van indicatoren die uitspraken kunnen doen over de kwaliteit van de geleverde zorg voor de populatie. Proeftuinen in een leeromgeving kunnen daartoe al in 2015 gestart worden en in 2016 kan middels de introductie van segment 3 dit ook in de bekostiging worden ingebouwd.

Gezien bovenstaande willen wij als zorgverzekeraars graag in overleg met de bij de bestuurlijke afspraken betrokken partijen en de NZa over de mogelijk te zetten stappen in de bekostiging van de wijkverpleging voor 2016 en verder.

Wij hopen u hiermee voor dit moment afdoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,
Zorgverzekeraars Nederland

dr. P.F. Hasekamp
algemeen directeur

Bijlage(n): Beantwoording van de consultatievragen

¹ Zie de definitie in Regeling NR/CU-530, Generalistische BasisGGZ



Beantwoording consultatievragen

Segment 1

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

Het loskoppelen van de inkoop van segment 1 en segment 2 lost het probleem op wat ontstaat wanneer voor segment 1 voor populatiebepaling wordt gekozen voor de beschikbaarheidsfunctie in de wijk. Hiermee wordt immers voorkomen dat eventuele inkoop in representatie zijn weerslag heeft op het cliëntgebonden segment 2. De vraag is wel of dit zorginhoudelijk gezien de juiste afweging is, omdat hiermee mogelijk segment 1 verpleegkundigen' ontstaan. Dit zien de zorgverzekeraars als een ongewenste ontwikkeling. Tot slot lijkt het los inkopen van segment 1 te leiden tot BTW problematiek.

Ten aanzien van segment 1 zouden de zorgverzekeraars in overweging willen geven om segment 1 indien de werkwijze voldoende verankerd is, op te heffen en over te laten gaan in segment 2 en/of segment 3. Om deze afwegingen goed te kunnen maken stellen wij, zoals al meerdere keren verwoord, voor om exact in kaart te brengen welke problematiek op met segment 1 dient te worden opgelost en of dit vraagt om een permanente verankering in de bekostiging of niet.

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

Een vrije prestatie biedt de mogelijkheid om in afstemming met gemeenten maatwerk te leveren in de wijken waar behoefte is aan deze zorg. Om opwaartse druk op dit segment te voorkomen is het van belang dat de NZa de feitelijke omvang van dit segment vaststelt gebaseerd op basis van populatiekenmerken.

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

De indicatiestelling, dus het opstellen van een daadwerkelijk zorgplan met de cliënt, is cliëntgebonden zorg en valt daarmee niet in het niet cliëntgebonden deel. Dat is evenwel wat anders dan het voeren van een triagerend gesprek om te bepalen of er een probleem speelt en waar dit probleem thuis hoort, in de Zvw, de Wmo of mogelijk zelfs de Wlz.

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

De aard van de zorg, nl. niet toewijsbaar aan een cliënt en de beschikbaarheidsfunctie die het herbergt, maakt een contractvereiste noodzakelijk. Alleen op die manier is helder welke zorg geleverd wordt tegen welke kosten.

Segment 2

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

Bekostiging op basis van zorgvraagzwaarte is wat zorgverzekeraars voorstaan. Zoals al in de inleiding bij deze brief betekent dit dat wij niet inzetten op de wijze waarop de bekostiging van segment 2 nu is vormgegeven.

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

Van belang is dat er geen vangnetconstructie nodig is bij de introductie van een nieuw bekostigingsmodel. Een vangnetconstructie zorgt ervoor dat bestaande werkwijzen niet hoeven worden aangepast. Vijf prestaties komen hier aan tegemoet, maar daarmee wordt ingezet op een bekostigingsmodel dat in onze ogen in zijn totaliteit niet voldoet aan de behoefte om de volumeprikkels uit de bekostiging te halen. Wanneer een aanbieder voldoende inzicht heeft in de zorgvraagzwaarte van zijn populatie kan zelfs één prestatie in segment 2 mogelijk al afdoende zijn omdat een reëel tarief voor de casemix in zijn populatie kan worden overeengekomen.

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

Toeleiding naar de prestaties op basis van geleverde uren in combinatie met geleverde niveau van zorgverlening herbergt een volumeprikkel en een upcodingsrisico in zich. De zorgvraag is immers daarmee niet bepalend, maar de ingezette zorg. Bekostiging op basis van zorgvraagzwaarte van de populatie, waarbij gestelde diagnoses bepalend zijn, voorkomt dergelijke risico's.

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

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

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

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

Gupta identificeert een groep van 10.000 cliënten met een zeer intensieve zorgvraag. Verzekeraars verwachten dat die groep echter aanzienlijk zal groeien in de nabije toekomst. Hieraan zijn debet de vergrijzing, de maatschappelijke behoefte om zolang mogelijk thuis te blijven wonen, de extramuraliseringslag die wordt gemaakt en de strakke begrenzing van de nieuwe Wlz.

De door de NZa voorgestelde wijze van bekostiging van de zeer intensieve zorgvraag zien wij als systeemtechnisch/ praktisch onuitvoerbaar, omdat het een prestatie 'bovenop' een andere prestatie is. Dit herbergt een groot upcodingsrisico in zich. Het door Gupta voorgestelde scenario of het invoeren van een zesde prestatie lijkt daarmee beter.

Ook hierbij blijft natuurlijk staan dat het gaat om bekostiging op basis van geleverde zorg, terwijl de insteek zou moeten zijn om dit op basis van zorgvraagzwaarte te doen. Wanneer een aanbieder bekend is met de casemix van zijn populatie en daarvoor een reëel tarief ontvangt is separaat bekostigen van de groep met extreme zorgzwaarte mogelijk niet meer nodig.

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

Separate bekostiging van dergelijke voorzieningen past niet in het bekostigingsmodel dat VWS gevraagd heeft vorm te geven. Deze voorzieningen dienen of onderdeel uit te maken van segment 1 of 2. Vanzelfsprekend zal het investeren in dergelijke voorzieningen, eventueel samen met andere aanbieders, ook bijdragen aan de uitkomsten van zorg en daarmee aan de mate waarin daarvoor als zorgaanbieder beloond wordt middels segment 3. Door ook segment 3 hierbij te betrekken wordt een beroep gedaan op het ondernemerschap van de zorgaanbieders. Ons voorstel is dan ook om het lopende onderzoek naar deze voorzieningen af te wachten en op basis daarvan tot een nader voorstel voor de bekostiging te komen.

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

Over de afbakening ten opzichte van segment 1 is hierboven al het nodige aangegeven. De afbakening leidt evenwel niet tot problemen. Ook het onderscheid met segment 3 is in onze ogen, net als in de huisartsenzorg voldoende scherp. We moeten ons wel realiseren dat segment 2 als zodanig niet tot volledig kostendekkend zal kunnen zijn, wil er sprake zijn van voldoende prikkel tot bekostiging op basis van uitkomsten van zorg. Segment 2 en 3 samen zouden hierin moeten voorzien en ook moeten leiden tot dusdanige inkomsten dat ondernemerschap wordt beloond.

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

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

De basisprestatiebeschrijving is helder, maar de gehanteerde grenzen bij de prestatieszwaartes herbergen een productieve- en upcodingsprikkel in zich.

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

Het zetten van stappen naar een goede informatievoorziening zodat beloning voor uitkomsten van zorg mogelijk is, is noodzakelijk. Voor een adequate bekostiging van de toewijsbare zorg in segment 2 is het nodig dat de verpleegkundige diagnose aan de declaratie wordt toegevoegd en dat geleverde zorg en inzet van deskundigheidsniveau worden geregistreerd.

Segment 3

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

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

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

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

Wij onderschrijven de inzet van de NZa om niet te komen tot nadere uitwerking van de omvang van segment 3 evenals de te benoemen thema's. Dit geeft koplopers bij de transformatie de mogelijkheid om sneller naar beloning op uitkomsten te gaan en daarmee kan een stimulans gegeven worden aan de gehele sector.

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

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

Om te stimuleren dat segment 3 ook daadwerkelijk over uitkomsten van zorg gaat, lijkt het goed om niet in te zetten op het belonen van proces- en output indicatoren. Zorgverzekeraars willen inzetten op het (al dan niet middels experimenten) het ontwikkelen op korte termijn van outcome-indicatoren.

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

Wij onderschrijven de voorwaarden en criteria. Wij zien ook mogelijkheden om op basis van praktijkvariatie tot criteria te komen en zullen dat pad, in samenwerking met branchepartijen nader op gaan.

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

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

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

Hiervoor verwijzen wij naar onze brief.

LS,

Hierbij mede namens mijn collega Armand Rondas van het Kenniscentrum Wondbehandeling onze reactie op het 3-segmentenmodel verpleging en verzorging.

Wij kunnen ons in hoofdlijnen vinden in het door u voorgestelde model, zeker als onderdeel van een thuiszorgorganisatie die De Zorggroep onder zich heeft.

Wat wel verder aandacht behoeft is de honorering van de behandelfunctie, naast de wondverpleging, die ons centrum biedt. Deze kan wat ons betreft apart gecontracteerd worden in segment 3, misschien eerst nog als zorginnovatie, wellicht later ook in de prestatiehonorerings (bijvoorbeeld per gesloten wond). Wij begrijpen dat u de zorgverzekeraars indachtig de uitgangspunten van de ZVW veel vrijheid biedt.

Wij begrepen dat u nog een overleg met aanbieders van wondzorg aan het plannen bent. Wij zijn gaarne bereid over de uitwerking hiervan met u van gedachten te wisselen,

Met vriendelijke groeten,

Jan Winter
Concerncontroller
De Zorggroep

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

Antwoord: Lijkt logisch, zorgvormen zijn sterk verschillend. Voor complexe wondzorg moet het mogelijk zijn zorg bij een gespecialiseerde thuiszorgorganisatie in te kopen.

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

Antwoord: Complexe wondzorg past niet in deze prestatie. Een bezoek aan een 1^e lijns wondcentrum voor een juiste diagnose is noodzakelijk.

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

Antwoord: De regiefunctie bij complexe wondzorg past in dit segment. De regiefunctie dient wel vanuit een 1^e lijns wondcentrum te worden ingevuld.

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

Antwoord: Lijkt logisch.

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

Antwoord: Complexe wondzorg bekostiging baseren op zorgzwaarte kan, voorkeur gaat echter uit naar uitkomsten bekostiging. Een planningshorizon van 4 weken is tekort, genezing van chronische wonden duurt altijd langer.

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

Antwoord: Kan voor minder complexe wonden een oplossing zijn mits de patiënt gezien wordt in een 1^e lijns wondcentrum. Uitkomsten bekostiging in segment 3 geniet echter de voorkeur.

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

Antwoord: In geval van complexe wondzorg is het wenselijk direct naar zorguitkomsten te switchen, dat stimuleert efficiënte en effectieve zorg.

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

Antwoord: Lijkt logisch, bij complexe wondzorg is er altijd een kleine groep patiënten met niet genezende wonden die intensieve zorg vragen.

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

Antwoord: zie vraag 8

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

Antwoord: Is voor complexe wondzorg nog niet aan te geven.

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

Antwoord: Lijkt logisch, 1^e lijns wondcentra zorgen i.v.m. kwaliteitseisen in de regel zelf voor beschikbaarheidsvoorzieningen.

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

Antwoord: Lijkt logisch, het effect voor complexe wondzorg is nog niet te overzien.

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

Antwoord: Afbakening is voldoende scherp echter voor complexe wondzorg niet goed werkbaar. Zie vraag 2.

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

Antwoord: Voor complexe wondzorg niet de wenselijke route omdat efficiënt behandelen niet wordt gestimuleerd. Een integraal tarief voor uitkomstgericht werken is beter.

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

Antwoord: zie vraag 14

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

Antwoord: Lijkt voor complexe wondzorg van belang om de kleine groep chronische wondpatiënten met niet genezende wonden in kaart te brengen.

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

Antwoord: Complexe wondzorg is gebaat bij een integraal tarief en uitkomstgericht werken. Het is niet nodig segment 3 te reguleren, marktpartijen kunnen dat zelf vorm geven.

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

Antwoord: Beloning op basis van uitkomsten is voor complexe wondzorg de wenselijke bekostigingsroute. In specifieke gevallen kan zorgvernieuwing helpen voor een korte periode, 6-12 maanden, helpen bij de start van nieuwe initiatieven.

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

Antwoord: Is voor complexe wondzorg goed. Outcome indicatoren kunnen bij complexe wondzorg leidend zijn.

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

Antwoord: Complexe wondzorg leent zich bij uitstek voor themazorg. Het zou dan ook goed zijn dit te benoemen.

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

Antwoord: Voor complexe wondzorg niet van toepassing. Complexe wondzorg leent zich bij uitstek voor segment 3.

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

Antwoord: Lijkt logisch, uitkomsten dienen bij complexe wondzorg leidend te zijn.

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

Antwoord: Voor complexe wondzorg kan per 1 jan 2016 omgeschakeld worden naar uitkomstgericht werken.

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

Antwoord: Is prima, de administratieve last wordt anders onnodig hoog en complex.

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

Antwoord: Graag marktpartijen minimaal 6 maanden voor de ingang van de nieuwe werkwijze informeren.

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

Antwoord: Indien uitkomst gericht werken in combinatie met een integrale bekostiging vanaf het begin goed ondersteund wordt dan zal dit leiden tot een significatie verschuiving van zorg van segment 2 naar segment 3. Het onderhoud aan het bekostigingsmoedel wordt daarmee minder complex aangezien marktpartijen in segment 3 daar zelf de afspraken over maken.

Reactie op Consultatiedocument NZa 3-segmentenmodel verpleging en verzorging in de Zvw

Op 12 december heeft de NZa een zogenaamd Consultatiedocument gepubliceerd over het nieuwe bekostigingsmodel Wijkverpleging, beoogde ingangsdatum 1 januari 2016. Onderstaand de reactie van Coöperatie VGZ, in aansluiting op de reactie van ZN, zoals deze vandaag naar u gestuurd is.

Waarom deze nieuwe bekostiging?

De minister van VWS heeft de NZa gevraagd om advies uit te brengen over de invulling van het 3-segmentenmodel voor de toekomstige bekostiging van extramurale verpleging en verzorging in de Zvw vanaf 2016. De minister heeft daarbij een aantal doelstellingen opgesteld, onder andere het wegnemen van een volumeprikkel, de bekostiging voorziet in een populatiegebonden deel en er moet ruimte zijn voor aanvullende beloningsafspraken op basis van (gezondheids)uitkomsten. daarbij is belangrijk dat de overheveling van de wijkverpleging naar de Zvw – aldus de staatssecretaris – gepaard moet gaan met een cultuuromslag in de zorg. Deze cultuuromslag houdt in dat uitgegaan wordt van de eigen kracht van de patiënt (wat kan de patiënt zelf of wat kan hij leren) en van de mantelzorg of het sociale domein (wat kan de omgeving van de patiënt bijdragen). Daarnaast heeft de wijkverpleegkundige een belangrijke rol in het verbinden van het sociale domein, welzijn en zorg.

Bezwaren Coöperatie VGZ tegen bekostigingsmodel in deze vorm

Coöperatie VGZ vindt dat het model zoals dat op deze wijze voorligt, niet voldoet om de volgende hoofdargumenten:

- Coöperatie VGZ vindt dat met name de voorgestelde invulling van Segment 2 (de zogenaamde toewijsbare zorg) onvoldoende tegemoet komt aan bovengenoemde doelstellingen; wegnemen volumeprikkel en cultuuromslag binnen de zorg met verbinding tussen de verschillende domeinen.
- Het model is qua naamstelling hetzelfde als het nieuwe bekostigingsmodel huisartsen (invoering 2015), maar is qua opbouw en verbinding heel anders. Dit model is vooral monodisciplinair opgebouwd (monodisciplinaire financiering), met geen aandacht voor multidisciplinaire zorg (keten en casemanagement dementie, zorgpaden intensieve kindzorg, palliatief terminale zorg, oncologie etc). Daarnaast is er geen aandacht hoe het bekostigingsmodel kan bijdragen aan de positionering van de wijkverpleegkundige naast de huisarts als poortwachter.
- Het model gaat nu uit van 3 of 5 prestaties, opgebouwd uit *geleverde* uren zorg, met *geleverd* deskundigheidsniveau (verpleegkundige niveau 3, 4 of 5), omdat de NZa de zorgplannen (waar de benodigde zorg en het benodigde deskundigheidsniveau in beschreven is) nog van onvoldoende kwaliteit vindt om hier de declaraties op te baseren. Hierdoor is een enorm risico van opschaling/upcoding; de zorg wordt geleverd door een hoger niveau dan benodigd en kan hierop gewoon gedeclareerd worden.
- Invoering van welk model dan ook (of blijven vasthouden aan het huidige model) moet gepaard gaan met het meeleveren van de verpleegkundige diagnose code. Dan krijgen we informatie over de inhoud van de zorg en kunnen we verbindingen maken met andere (Zvw-)domeinen (bv keten dementie, palliatief, oncologie ed). En kunnen we doelmatigheid en 'verantwoorde' zorg gaan definiëren.

Nog aanvullende bezwaren:

- Niet-geplande zorg (acute zorg) krijgen alle zorgaanbieders in een opslag op het tarief in Segment 2. Wij vinden dit ongewenst. Dit is echt beschikbaarheidszorg, dus hoort in Segment 1. Dit willen we ook apart inkopen, in het verlengde van de SEH/ Huisartsenpost. Wij zijn van mening dat de NZa hier het op dit moment gevoerde onderzoek moet afwachten.
- De NZa geeft geen (financiële) kaders of criteria aan voor Segment 1 en Segment 3. Maar hiermee wordt wel een heel gevaarlijke situatie georganiseerd. Immers, Segment 1 is vooral om wijknetwerken te ondersteunen/ realiseren. Wij – als voorloper – weten niet eens wat het gewenste aantal bij welke wijken is. Hoe moeten andere zorgverzekeraars dit weten?

- Ketenzorgcoördinatie moet als *innovatie* in Segment 3 – maar alleen *tijdelijk* – gefinancierd worden. Dit terwijl wij zien dat die coördinatie essentieel is in goede netwerkvorming en dus ook structureel gefinancierd moet blijven. Feitelijk maakt dit model dit niet mogelijk. In het Algemeen Overleg voortgang decentralisatie medio december in de Tweede Kamer heeft de staatssecretaris nog gegarandeerd dit de zorg op deze wijze gecontinueerd kan worden. Hij zal hier verder op ingaan in zijn brief over dementie, die binnenkort komt.

Op de volgende pagina's worden de 26 consultatievragen beantwoord.

Consultatievragen NZa

1. Wat is uw reactie op het advies van de NZa om segment 1 en 2 los in te kunnen kopen?
Mee eens. Met name het argument van de signalerende taken en rol en de verbinding met het wijknetwerk is ons inziens onvoldoende te maken als alle zorgaanbieders die individuele toewijsbare zorg leveren, ook de niet-toewijsbare taken hebben.
2. Wat is uw mening over de mate van vrijheid waarin de prestatiebeschrijving van segment 1 wordt vormgegeven? Graag motiveren.
Door onvoldoende scherpe afbakening van S1 (zie de ruime formulering) plus het feit dat er ook geen criteria zijn benoemd op basis waarvan de inzet van S1 wordt bepaald, vinden wij dit wel erg vaag en gevaarlijk. Zorgverzekeraars moeten dan maar zelf bepalen wat zij een aanvaardbare inzet van S1 vinden. Gaan we dit dan samen doen? We hebben nu totaal geen instrumentarium gekregen. Is landelijk € 80 mln voldoende of € 160 of is zelfs € 500 mln niet voldoende? Geen idee!!!!
3. In hoeverre deelt u het advies dat de indicatiestelling wordt bepaald in segment 2? Graag motiveren.
Eens, triageren S1, indicatie stellen die tot verpleegkundige diagnose leidt in S2.
4. In hoeverre deelt u het advies van de NZa om een contractvereiste op te nemen voor segment 1?
Mee eens. Anders wordt de wijkgerichte inzet, koppeling met wijknetwerk als ook de huisarts praktisch onmogelijk gemaakt
5. In hoeverre deelt u het advies van de NZa om de bekostiging te baseren op zorgzwaarte, met een planningshorizon van vier weken?
Niet eens, hierbij verwijzen wij naar onze hoofdbezwaren op het bekostigingsmodel in deze vorm.
6. In hoeverre deelt u de keuze voor bekostiging van de zorg in segment 2 op basis van vijf prestaties?
Zie antwoord vraag 5. De genoemde definiëring van de 3 of 5 prestaties biedt ons inziens niet veel uitzicht op het eindperspectief. Dan is het slechts oude wijn in nieuwe zakken, met ook nog veel implementatievraagstukken (nieuwe EI-standaarden ed).
7. Hoe kijkt u aan tegen toeleiding naar de prestaties op basis van geplande versus geleverde uren?
Wij begrijpen de afweging hierin van de NZa. Echter, blijkbaar heeft de NZa nog onvoldoende vertrouwen in het zorgplan als indicatie-instrument. Dan kunnen we beter met elkaar gaan registreren om wel het onderling vertrouwen te krijgen.
8. In hoeverre deelt u het advies om zeer intensieve zorg te bekostigen middels een aanvullende bekostiging, gerelateerd aan de zorgzwaartescore, bovenop de door ons voorgestelde vijfde prestatie?
Wij hebben hier wel enkele vragen bij:
 - *Wordt duidelijk gedefinieerd wat de bandbreedte van de verschillende prestaties zijn (met name dus prestatie 5)?*
 - *Hoe wordt de toeslag dan bepaald? Is dit objectief en eenduidig te bepalen?*
 - *Feitelijk is deze toeslag dus wel variabel per patiënt (per aanbieder). Is dit systeemtechnisch te verwerken? Hoe kunnen zorgverzekeraars dit controleren?*
 - *Waarom is een machtiging/ beoordeling noodzakelijk als voorwaarde?*
9. Hoe kijkt u aan tegen de omvang van de groep zeer intensieve patiënten oftewel de 'staart' (circa 10.000 patiënten)?
Wij verwachten (en hopen) dat deze groep toch wel kleiner wordt na 1 januari 2015 (met de groep Wlz-indiceerbaren er nog af). Anders kun je toch niet echt spreken van een homogeen bekostigingsmodel.
10. Noodzaakt de (indicatieve) omvang van de groep zeer intensieve patiënten om (een deel) van de 'staart' in een 6e basisprestatie op te nemen?

Als het om 10.000 mensen gaat, zou daar toch een aparte uniforme prestatie aan te koppelen moeten zijn. De oplossing die nu gekozen is, is slechts acceptabel op het moment dat het om een relatief klein deel van de populatie gaat.

11. In hoeverre deelt u het advies om de beschikbaarheidsvoorzieningen integraal te bekostigen?
Niet akkoord! Zie ook de discussie over de SEH! Door voor deze oplossing te kiezen, kiezen we voor chaos in het veld. Binnen de AWBZ werd deze zorg selectief ingekocht en dat willen wij voortzetten en zelfs nog strakker inkopen. Dit sluit ook totaal niet aan bij de andere spoedeisende/ onplanbare zorgvragen (SEH, maar ook huisartsenposten en dienstapotheken). Dit vinden wij ook beschikbaarheid, wat voor ons onder Segment 1 (=beschikbaarheid) gefinancierd zou moeten worden!
12. Wat is uw oordeel over ons advies voor de bekostiging van patiënten met een zeer intensieve zorgvraag op basis van een tarief per zorgzwaartepunt? Graag motiveren.
Zie antwoord op vraag 8.
13. In hoeverre is de afbakening met de andere segmenten wat u betreft voldoende scherp/werkbaar?
De afbakening is op papier logisch verwoord. De praktijk zal weerbarstiger zijn. Met name; hoewel de patiënt al wel aanspraak zou kunnen maken op de Wlz, kunnen we de patiënt natuurlijk niet dwingen. Hoe kunnen we voorkomen dat feitelijk Wlz-zorg vanuit de Zvw gefinancierd wordt? De afbakening met de Wmo is wel scherp, het gaat om 'ander soort' zorg. Wanneer kan verzekerden over naar WLZ? Wat is de max in de thuiszorg? Hoe kun je hier het beste afspraken over maken?
14. Welke opmerkingen/aanvullingen heeft u bij de voorgestelde prestatiebeschrijvingen? Graag motiveren.
Geen andere als die hierboven al gemaakt zijn.
15. Welke opmerkingen/aanvullingen heeft u bij de geschetste tariefonderbouwing? Graag motiveren.
Deze onderbouwing van de tarieven is op basis van historie gemaakt, gebaseerd op de registratie bij het CAK? De vraag is of dit de juiste historie is. Daarnaast willen wij dus geen toeslag voor onplanbare zorg (zie vraag 11).
16. In hoeverre deelt u de geschetste noodzaak voor aanvullende registratie- en declaratiebepalingen?
Absoluut noodzakelijk!!!! De verpleegkundige diagnosecode is voor ons essentieel te ontvangen bij de declaratie. De overige registraties moeten wel beschikbaar zijn, maar hoeven niet meegeleverd te worden bij de declaraties.
17. In hoeverre en waarom deelt u ons advies om de omvang van segment 3 niet te reguleren?
Het is onmogelijk om geen afspraken hierover te maken. Hoe kunnen we anders bewaken dat we niet over het budgettair kader heengaan? Bovendien; ook binnen de huisartsenzorg zijn hier afspraken over gemaakt (tot achter de komma), enige lijn hierin lijkt wel wenselijk. Hoewel het percentage natuurlijk wel kan afwijken. Maar; we hebben toch nog geen indicatoren om tot resultaatbeloning over te gaan?
18. Welke opmerkingen/aanvullingen heeft u bij de prestatiebeschrijvingen in segment 3? Graag motiveren.
Prestatiebeschrijving zijn akkoord.
19. Wat is uw oordeel over de mate van vrijheid waarin segment 3 wordt vormgegeven? Graag motiveren.
Met inachtneming antwoord 17 is deze mate van vrijheid wel goed. Wel zullen partijen snelheid moeten maken met het benoemen van indicatoren.
20. In hoeverre wilt u dat de NZa thema's benoemt voor de twee prestaties in segment 3? Graag motiveren.
Zie 19. Het is goed om landelijk een beeld te hebben wat indicatoren zijn om resultaten te meten. Daarop zouden we snelheid moeten maken. Inzicht in kwaliteit van zorg en leven.

21. In hoeverre en waarom deelt u onze zienswijze met betrekking tot voorwaarden en criteria?
Op zich worden wel de goede afwegingen gemaakt, maar het is nu wel redelijk vaag en weinig concreet. Hier kunnen we in de praktijk nog weinig mee. We krijgen weinig instrumenten mee om het goede gesprek aan te gaan met de zorgaanbieders.
22. In hoeverre deelt u het perspectief op de middellange termijn?
Wij missen eigenlijk het eindperspectief, de stip op de horizon. Dan is pas goed af te pellen of dit een stap daar naartoe is.
23. In hoeverre en waarom deelt u onze zienswijze met betrekking tot het tempo, de omvang en verantwoordelijkheid?
Zie ook de antwoorden op de vorige vragen. We moeten in actie komen!
24. Wat is uw oordeel over ons advies om de nieuwe bekostiging in te voeren zonder overgangsmoedel of opbrengstverrekening? Graag motiveren.
Het liefst zien wij invoering zonder overgangsmoedel (zie ook argumentatie NZa), mits het moedel op de goede cijfers en goede analyse is gebaseerd. Wij begrijpen dat zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars een soort garantie zoeken dat de systeemschokken aanvaardbaar zijn.
25. Welke opmerkingen/aanvullingen heeft u bij de stappen tot aan invoering per 01-01-2016 en de aandachtspunten daarbij? Graag motiveren.
Zie hiervoor onze algemene bezwaarpunten bovenaan. Dus wij vinden invoering van het moedel in deze vorm per 1 januari 2016 echt geen stap naar een toekomstbestendig bekostigingsmoedel. Wel willen wij met S3 aan de slag! Laten we hier als partijen in het veld voortgang mee maken.
26. In hoeverre deelt u het geschetste toekomstperspectief op het onderhoud aan het bekostigingsmoedel?
Het bekostigingsmoedel is nog zo ver af van het eindperspectief dat – als het op deze wijze wordt ingevoerd – er steeds systeemschokken moeten plaatsvinden, waarin we als partijen weer historie missen en trendbreuken creëren.

NOTITIE

Betreft: Reactie op NZa consultatiedocument 3-segmentenmodel V&V in de Zvw dec 2014.

Van: Achmea.

Datum: 22 december 2014

Algemeen

Achmea vindt het belangrijk dat het bekostigingsmodel Wijkverpleging:

1. Meer maatwerk mogelijk maakt;
2. Goed aangesloten kan worden op de huisartsenzorg en multidisciplinaire (eerstelijns) zorg;
3. Transparantie vergroot;
4. Upcoding voorkomt evenals onderbehandeling;
5. Het 'wat' leidend is en niet wie het uitvoert;
6. De volumeprikkel zoveel mogelijk weghaalt en een combinatie is van betalen van een inspanning en betalen op behaalde resultaten;
7. De juiste prikkel in zich heeft om de omslag van gedrag te realiseren;
8. Uitvoerbaar is in de systemen.

Segment 1

Vraag 1

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

Positief. Willen zelf inkoopstrategie kunnen bepalen. Zorginhoudelijk kunnen wij ons voorstellen dat de activiteiten in S 1 en S 2 met elkaar verbonden zijn. Via S 3 zou dat inzichtelijk moeten worden vandaar dat wij ons voor kunnen stellen dat S 1 op termijn vervangen wordt voor een indicator in S 3.

Vraag 2

Wat is uw mening over de mate van vrijheid waarin de prestatie voor S 1 wordt vormgegeven? Graag motiveren.

Positief want kan per regio/wijk verschillen. Biedt mogelijkheid voor maatwerk. Er moet niet teveel druk ontstaan om dit segment te groot te maken aangezien alle segmenten communicerende vaten zijn. Veldpartijen geven aan dat S 1 regulier onderdeel van het werk moet zijn en via S 3 bekostigd kan worden.

Vraag 3

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

Delen we want de indicatiestelling is de basis van het individueel zorgplan en dat is weer de basis voor de declaratie. Is aan een individuele cliënt toewijsbaar en de cliënt wordt dan in zorg genomen. Triageren (= hulpvraag verhelderen om te kunnen bepalen of en zo ja, welke soort hulp (Zvw, Wmo of mogelijk zelfs Wlz) het beste geboden kan worden valt wel onder S 1.

Vraag 4

In hoeverre deelt u het advies van de NZa om een contractvereiste op te nemen voor S 1?

Zijn we het mee eens gezien de aard van de zorg.

Segment 2

Vraag 5

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

Wij delen dat gedeeltelijk. Achmea wil breken met de prestaties die in 2015 gelden waar voor een zorgaanbieder de prikkel in zit om zoveel mogelijk volume te leveren en te declareren. Dus deze vervangen door zorgzwaartes is de richting die wij ook voorstaan en de planningshorizon van 4 weken lijkt ook logisch. Achmea is van mening dat de bekostiging in het voorstel van de NZa teveel wordt bepaald door wie het uitvoert i.p.v. wat er wordt gedaan.

Vraag 6

In hoeverre deelt u de keuze voor bekostiging van de zorg in S 2 op basis van 5 prestaties?

Wij willen liever niet werken met een complex vangnet en denken dat 5 codes in deze fase beter werkt voor kleinere aanbieders. Daarvoor is informatie nodig om de casemix per aanbieder te kunnen bepalen en een sterk ontwikkeld S 3. Beide zijn er nu nog niet. Wij twijfelen echter of het huidige voorstel m.b.t S 2 ons meer informatie gaat opleveren dan het model van 2015 omdat we in deze fase nog steeds willen weten wat er daadwerkelijk is geleverd.

Vraag 7

Hoe kijkt u aan tegen toeleiding naar de prestatie op basis van geplande versus geleverde uren?

De toeleiding zou gebaseerd moeten zijn op de indicatiestelling gekoppeld aan de zorgvraag en daarmee in lijn met het advies van Gupta. Voorstel in advies bergt volume prikkel in zich en een hoger risico op upcoding. Zie vraag 5.

Vraag 8

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

Als het de bedoeling is om een prestatie X af te spreken en een andere losse prestatie voor de toeslag dan is dat ongewenst en slecht uitvoerbaar.

In dat soort gevallen zal er een prestatie moeten komen exclusief de toeslag en een andere prestatie inclusief de toeslag.

Als de doelgroep een heel verschillend beeld laat zien ten aanzien van de benodigde zorg zouden wij financiering niet aanvullend op de prestaties willen vormgeven, maar als aparte financiering.

Vraag 9

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

Is een groep die naar de toekomst toe mogelijk groter wordt.

Vraag 10

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

Wat betreft een aparte prestatie, die moet aan de eisen zoals genoemd bij vraag 8 voldoen.

Al met al denken wij de het scenario van Gupta of een aparte zesde prestatie een betere oplossing is.

Vraag 11

In hoeverre deelt u het advies om de beschikbaarheidsvoorziening integraal te bekostigen?

Hier wordt bedoeld op de spoedzorg, onplanbare zorg (nu de prestatie oproepbaar). Voor dit moment kunnen we het daarmee eens zijn mits er geen BTW issue is. Daarop geeft het advies geen inzicht. Er moet onderzocht worden of het wenselijk is dit net als de spoedzorg huisartsen en de SEH te concentreren of dat de aard van de zorg concentratie bij de HAP/SEH niet effectiever maakt. Dit is geen onderdeel van het model zoals VWS dat heeft gevraagd overigens, Het huidige voorstel maakt het mogelijk het monodisciplinair (dus alleen wijkverpleging) te concentreren en via onderlinge dienstverlening te bekostigen. Dat maakt het mogelijk de huidige concentratiegraad in de regio te handhaven alleen bepalen de aanbieders of ze daaraan mee doen. Elke contractant is verantwoordelijk om de spoedzorg te organiseren en dat is positief. In S 3 moet het resultaat ook een plek krijgen.

Vraag 12

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

Net als bij de andere zorgzwaartebepaling telt op dit moment nog teveel wie het uitvoert i.p.v. wat er wordt gedaan met een risico dat de tarieven te hoog worden of een interventie die een hoog deskundigheidsniveau vraagt, wordt uitgevoerd door een laag deskundigheidsniveau wat de kwaliteit en patiëntveiligheid niet ten goede komt.

Vraag 13

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

Is voor nu werkbaar. Er zit een spanningsveld met S 3 op korte termijn want in S 2 bekostigen we een inspanning en zo lang we in S 3 kunnen bekostigen op proces- en output indicatoren, bekostigen we

ook op een inspanning maar dan op een bepaalde werkwijze. Omdat we geen beeld hebben van de kostprijs (en ook op korte termijn niet krijgen zo geeft de NZa al aan in haar advies) en dus de hoogte van tarieven in S 2 lastig te bepalen zijn, althans zodanig dat de prikkel op het juiste niveau wordt vastgesteld via S 3, zal het model op korte termijn niet optimaal kunnen functioneren gezien de dubbeling met S 2.

De vraag is of het huidige advies van de NZa voldoende gaat bijdragen aan de verdere doorontwikkeling die nodig is omdat S 2 nog in hoge mate wordt bepaald door volume (uurtje, factuurtje). Naar de toekomst toe zou de werkwijze er niet of minder toe moeten doen maar gaat het om de mate van toegevoegde waarde voor de cliënt (dus uitkomsten) die bepalend zou moeten zijn voor de verdeling van de financiële middelen. Het is aan het veld om vaart te zetten om op dit onderdeel snel een omslag naar bekostiging op outcome indicatoren vorm te gaan geven.

Vraag 14

Welke opmerkingen/aanvullingen heeft u bij de voorgestelde prestatiebeschrijvingen? Graag motiveren.

Er zijn een paar randvoorwaarden voor een goed prestatiegebouw. Dat zijn enerzijds dat je er de gewenste inkoop mee vorm kunt geven (eventueel ook meerjarenafspraken), maar het moet ook voldoende onderscheidend vermogen bieden om de aanspraak en polisvoorwaarden mee te kunnen afhandelen.

Nu zijn er nog geen beperkingen in de aanspraak en is alles aanspraak, hoe lang blijft dat zo. Hetzelfde geldt voor polisvoorwaarden. Als wij iets willen machtigen of andere beperkende voorwaarden opnemen dan moet dat wel eenduidig aan de prestaties te koppelen zijn.

Ook moeten de declaratiebepalingen eenduidig aan een prestatiecode te koppelen zijn en niet meerdere bepalingen die niet stroken onder één prestatie.

Hoe weegt beeldschermcommunicatie/zorg op afstand mee?

Vraag 15

Welke opmerking/aanvullingen heeft u bij de geschetste tariefonderbouwing? Graag motiveren.

Tarieven zijn gebaseerd op cijfers 2012 dus AWBZ cijfers. Gaat om grote instellingen met het nodige vastgoed. Nu wordt er zorg geleverd in de eerste lijn. Daarvoor geldt naar verwachting een andere kostprijs. Hoe zit het met het verdisconteren van beeldscherm zorg en zorg op afstand. Die zitten waarschijnlijk nog weinig in de cijfers van 2012. Kunnen ons voorstellen dat we voor dit moment het met deze cijfers moeten doen maar er zal een herijking plaats moeten gaan vinden.

Vraag 16

In hoeverre deelt u de geschetste noodzaak voor aanvullende registratie- en declaratiebepalingen?

Mee eens want nodig voor bepalen adequate bekostiging in S2, patiëntinformatie en ten behoeve van S 3. We willen dat de verplichting een plek krijgt binnen de NZa beleidsregels maar hoeft wat ons

betreft niet gekoppeld te zijn aan de declaraties. Kan ook via andere wijze verplicht aangeleverd worden.

Aanvullende opmerking

De vraag is gerechtvaardigd waarom voor S 2 in 2016 en mogelijk ook 2017 het model van 2015 niet wordt gehandhaafd zodat alle energie gestoken kan worden in de ontwikkeling van S 3, het ontwikkelen van de indicatiestelling en het verzamelen van bruikbare data. De wijze van bekostigen staat los van de wijze van inkopen.

Segment 3

Vraag 17

In hoeverre en waarom deelt u ons advies om de omvang van S 3 niet te reguleren.

Op zich zijn we voorstander van veel vrijheid en dus weinig regulering maar de vrijheid van de een beperkt de vrijheid van de ander nu we als zorgverzekeraars geen eigen kader hebben maar een gezamenlijk macrokader. Vrijheid moet ook niet ontaarden in vrijblijvendheid. Het bepalen van een minimum percentage voor S 3 kan helpen om alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars te stimuleren te investeren in S 3. Bovendien heeft de mate waarin de ongecontracteerde zorg beslag legt op de ruimte in S 2 en daarmee op S 1 en S 3 een negatieve invloed.

Vraag 18

Welke opmerkingen/aanvullingen heeft u op de prestatiebeschrijvingen in S 3? Graag motiveren.

Geen.

Vraag 19

Wat is u w oordeel over de mate van vrijheid waarin S 3 wordt vorm gegeven? Graag motiveren

Achmea wil veel vrijheid en er zijn aspecten die niet via het bekostigingsmodel geregeld hoeven te worden maar via het inkoopmodel geregeld kunnen worden en als het gaat om het ontwikkelen van een landelijke indicatorenset samen met het zorgveld. Aansluiting bij de huisartsenzorg en andere multidisciplinaire (eerstelijns) zorg is van belang. Daarbij willen we snel toe naar outcome indicatoren. Zie verder echter wel ons antwoord bij vraag 17.

Vraag 20

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

Is op dit moment niet nodig.

Overig

Vraag 21

In hoeverre en waarom deelt u onze zienswijze met betrekking tot voorwaarden en criteria?

S 3 is middel om de financiële ruimte te herverdelen naar aanbieders die het 'beter' doen i.p.v. alleen degene die meer doen. Prikkel moet dus zo liggen dat het beter doen meer loont dan meer doen. Dat is een wankel evenwicht. Teveel bekostigen via S 1 en S 2 geeft geen prikkel om het beter te doen en teveel via S 3 heeft het risico in zich dat het middel niet leidt tot het doel dat wij voor ogen hebben, wegens perverse effecten.

Wij onderschrijven het belang van een uniforme set van indicatoren die samen met het veld ontwikkeld moeten gaan worden.

Vraag 22

In hoeverre deelt u het perspectief op de middellange termijn?

Er moet een stimulans komen om de omslag te gaan maken van proces- en output indicatoren naar echte uitkomstindicatoren (outcome). Bijvoorbeeld in 2018 is minimaal x % van de resultaatsbeloning in S3 gekoppeld aan outcome. We moeten dat gezamenlijk (zorgverzekeraars, zorgaanbieder en patiëntenorganisaties) gaan oppakken en die wil lijkt er op dit moment te zijn. De vraag is of een verdragende partij nu niet veel invloed heeft nu een stok achter de deur ontbreekt.

Vraag 23

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

Er is veel vrijheid als het gaat om het tempo en de omvang. Daar mag wat meer ambitie uit spreken zodat vrijheid niet ontaard in vrijblijvendheid ook gezien de eerder door ons gegeven antwoorden namelijk dat de vrijheid van de een van invloed is op de ander nu er vanuit een gezamenlijk macrokader gewerkt wordt. We herkennen de gezamenlijk verantwoordelijkheid.

Vraag 24

Wat is uw oordeel over ons advies om de nieuwe bekostiging in te voeren zonder overgangsmiddel of opbrengstverrekening? Graag motiveren.

Overgangsmodellen zijn altijd extra complex en hebben daarom niet de voorkeur.

Vraag 25

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

Herkenbare aandachtspunten met de aanvulling van m.n. onze opmerkingen bij segment 2. Verder een praktische aanvulling. Om het uit te kunnen voeren hebben wij de concept beleidsregels eerder nodig dan 1-7-2015, zeker nu wij op 1 april ons inkoopbeleid al moeten publiceren. Aanpassing van de systemen kost minimaal 9 maanden.

Vraag 26

In hoeverre deelt u het geschetste toekomstperspectief op het onderhoud van het bekostigingsmodel?

Mee eens met de aanvulling dat we toe willen naar minder zorgzwaartepakketten dan de 5 of 6 die nu worden voorgesteld o.a. om het risico op upcoding verder tegen te gaan. Dat kan als er voldoende transparantie is aanvullend op de declaratie en we in staat zijn om per zorgaanbieder de casemix en daarmee de prijs kunnen bepalen zodat we niet te veel en ook niet te weinig betalen en de prikkels in het systeem dus juist zijn. Eveneens met de aanvulling dat een onderzoek naar de aansluiting van de beschikbaarheidsfunctie van wijkverpleging (spoedzorg) en de SEH/HAP wenselijk is.

Aanvullende opmerking

In het rapport is meermaals opgenomen dat een eigen risico voor wijkverpleging niet wenselijk is voor de uitvoerbaarheid van populatiebekostiging in S1. Onder voorbehoud van de inkoopstrategie en methodiek van S2, willen wij meegeven dat eigen risico ook voor S2 ongunstig kan uitpakken.

Reactie VNG NZa-Consultatiedocument '3-segmentenmodel verpleging en verzorging in de Zvw'.

23-12-2014

In het toekomstig bekostigingsmodel moet de integraliteit van zorg en ondersteuning vanuit zorgverzekeraars en gemeenten het uitgangspunt zijn en de bekostiging moet daarin ondersteunend zijn. Het consultatiedocument van de NZA biedt volgens de VNG onvoldoende basis voor het behalen van deze doelen. Wij zijn geen voorstander van het invoeren van een nieuw bekostigingsmodel dat net als het overgangsmodel in 2015 een tussenstap lijkt te zijn.

Zoals bepleit in de gezamenlijke reactie van V&VN, BTN, VNG en ActiZ vraagt de ontwikkeling van een toekomstbestendig bekostigingsmodel een intensiever proces waarin ervaringen worden opgedaan met de aansluiting en samenwerking op en met het sociale domein en met bekostigingsvormen die bijdragen aan gezondheidswinst en kwaliteit van leven voor kwetsbare mensen in de thuissituatie. Deze ervaringen (opgedaan in proeftuinen) geven de noodzakelijke input voor het toekomstige bekostigingsmodel.

Voor de VNG is het een voorwaarde dat het deel van de bekostiging waarmee signalerende en preventieve activiteiten bekostigd worden (s1) vorm wordt gegeven op basis van populatiebekostiging. Volgens de NZa stuit populatiebekostiging in de Zvw op diverse inpassingsproblemen. Wanneer ervoor gekozen wordt populatiebekostiging toe te passen in de Zvw adviseert de NZa segment 1 zo vorm te geven dat het veel vrijheid geeft aan zorgverzekeraars zoals hen te laten bepalen hoe en bij wie zij segment 1 inkopen. Segment 1 en segment 2 zijn volgens de VNG echter inhoudelijk onlosmakelijk met elkaar verbonden. Wij zijn daarom tegen het contracteren van segment 1 bij aanbieders die geen segment 2 leveren. Ondanks de verbondenheid zien wij het voorlopig noodzakelijk om deze segmenten apart te blijven financieren. Aparte financiering betekent echter geen aparte functie. Pas als na een gedegen evaluatie blijkt dat de samenwerking en afstemming tussen het sociale en medische domein vorm heeft gekregen is het volgens ons mogelijk om segment 1 samen te voegen met segment 2 of 3.

Voor gemeenten is beschrijving en bekostiging segment 2 vooral belangrijk in samenhang met segment 1. Wat betreft casemanagement dementie willen wij hier benadrukken dat het hele traject vanaf niet-pluis-fase tot overdracht aan verpleeghuis bekostigd moet worden door de zorgverzekeraar.

Als we naar model van 2 segmenten willen op de langere duur dan is het noodzakelijk om hier gezamenlijke uitkomstindicatoren te benoemen waarbij goede samenwerking tussen zorg en sociaal domein gestimuleerd wordt. Gemeenten willen daarom betrokken zijn bij het definiëren van de uitkomstindicatoren.

Tot slot is het voor ons een voorwaarde dat er een representatieve zorgverzekeraar is met wie gemeenten afspraken kunnen maken over het populatiegebonden (s1) en (gezondheids)uitkomsten deel (s3).

Schriftelijke reactie Menzis op consultatiedocument NZa

Conclusie

Of we hiermee de beoogde omslag naar ontzorgen snel en effectief kunnen realiseren is sterk de vraag. Wordt door de wijziging van financiering de zorg ook beter? Voorstel Menzis is de nieuwe bekostiging een jaar uit te stellen. Dat geeft ruimte voor het zodanig uitwerken van bekostiging dat we daadwerkelijk een omslag kunnen realiseren weg van het productiegerichte denken. En nieuwe bekostiging zou eventueel pas moeten na 1e evaluatie SCP: want wat levert een en ander op en wat gaat niet goed, kan/moet anders.

Bij de specifieke uitwerking per segment is een aantal kanttekeningen te maken. Dat is hieronder uitgewerkt.

Ad segment 1

Eigenlijk willen we van S1 af. We zouden willen belonen op de resultaten die de activiteiten in S1 opleveren. Echter: de resultaten van 'wijkgericht' zijn nog niet concreet te formuleren, evenals de activiteiten zelf. Hierover is nog veel discussie.

Wat betreft wel of geen S1 als separate bekostiging is een aantal afwegingen mogelijk. Die volgen hieronder. Ze zijn geschaard onder argumenten pro S1 als separate bekostiging respectievelijk argumenten contra S1. De complexiteit van deze discussie is voor ons mede een afweging om de bekostiging voor 2016 nog gelijk te houden.

Argumenten pro S1 (als separate bekostiging)

- Representatie sluit aan bij het gedachtegoed van de schakelfunctie. Een netwerk in de wijk, waarin partijen elkaar kennen en slagvaardig samenwerken op de as zorg en welzijn. Maar uitkomsten zijn niet goed meetbaar (er wordt gewerkt aan een monitoringssysteem maar dat is mn kwalitatief). Wat kopen we nu precies in? Er is nog heel veel mist over effectiviteit van inzet op dit domein van verbinding sociaal/medisch en preventie.
- S1 taken sneeuwen onder in het reguliere werk binnen S2 en verpleegkundigen hebben niet altijd de competenties om S1 taken uit te voeren;
- Herkenbare (en in aantal beperkte) aanspreekpunten voor huisartsen en gemeenten, helpt bij verbinding tussen huisartsen en verpleegkundigen
- Biedt mogelijkheid voor introductie van selectief contracteren/coöperaties/concessies op beperkte schaal zonder al te veel weerstand i.v.m beperking keuzemogelijkheden/inkomsten e.d.
- op termijn zou je willen doorgroeien naar S3 bekostiging voor s1 activiteiten. Maar dan moet je wel helder hebben welke resultaten geboekt kunnen worden.
- representatie past het best bij infrastructurele/collectieve karakter van S1

Argumenten contra S1 (als separate bekostiging)

- Aanvankelijk waren de S1 taken bedoeld als intensivering van wijkverpleging, met name de beschikbaarheidsfunctie. Dat wil zeggen dat de WV-er ook beschikbaar is voor klanten waarbij het niet direct duidelijk is welke zorg ze nodig hebben en de WV-er een gesprek heeft met deze klant. Vervolgens indiceert WV-er voor WV of legt de verbinding met de gemeente voor andere hulp. Deze functie wordt nu met S1 veel breder ingevuld: Er dreigen gemeentelijke taken onder S1 te komen te vallen. Aanbieders zien S1 bovendien als een toelidingsinstrument om klanten te krijgen.
- En met de verwachte uitbreiding van het budget S1 van 40 naar 80 naar 200 mln in drie jaar dreigt hier ook budget naar toe te gaan dat beter kan worden besteed aan S2. Daar hoort de beschikbaarheidsfunctie immers gewoon bij. Met S1 dreigen we op deze wijze een nieuw systeem op te zetten. Door het zo te scheiden van S2, wordt daarnaast nog eens de prikkel bij S2 WV-ers geleidelijk aan ontnomen om oog te hebben voor preventie.
- Van belang is hoe groot deze beschikbaarheidsfunctie is tov de andere werkzaamheden van de WV-er. In onze ogen is dat max twintig procent. Het onderdeel van de beschikbaarheidsfunctie om op buurtniveau een regisseursfunctie te hebben, is nog veel kleiner. Dit zou ook bereikt kunnen worden door alles onder S2 te vatten en dat selectief in te kopen en per buurt slechts enkele aanbieders te contracteren.
- onderscheid tussen S1 en S2 is niet goed te maken, werkt verwarrend.
- werkt vertragend op weg naar gewenste eindmodel, namelijk beperkt aantal aanbieders die verantwoordelijkheid krijgen voor totale pakket.

Ad segment 2

Menzis heeft steeds aangegeven niet gelukkig te zijn met de categorieën in s2. Uitgangspunt in het bestuurlijk akkoord is bekostiging op basis van de voor de groep specifieke kenmerken. In de uitwerking gaat het om 5 categorieën. Deze categorieën worden echter bepaald door inzet van een deskundigheidsniveau en het geleverde aantal uren. Dit levert risico's op voor upcoding, vraagt om een registratiesystematiek en –afspraken. Daarnaast geeft het weinig inzicht omdat het resultaat (in welke van de 5 categorieën kom je terecht, bepaald wordt door de combinatie van benodigde deskundigheid en het geleverde aantal uren). Het gaat opnieuw uit van inputfinanciering en dus heeft het geen toegevoegde waarde/ levert niets op, maar maakt het juist allemaal veel ingewikkelder, controles zijn moeilijker. Het draagt niet bij aan de gewenste cultuuromslag en versterkt de positie van de wijkverpleegkundige niet. Is juist opnieuw een perverse prikkel om meer zorg te leveren.

Behoud van het onderscheid vp/pv geeft continuïteit, voorkomt veel vragen vanuit het veld, optuigen van registratiesystemen, en voorkomt ook minder transparantie.

Automatiseringssystemen hoeven niet te worden gewijzigd, we krijgen/nemen meer tijd om te overdenken wat in de toekomst meer gewenst is.

Relevant is ook om te monitoren op verschillende doelgroepen en daar gezamenlijke definities voor te maken. Zo kunnen we aanbieders beter vergelijken op doelmatigheid.

Relevant is ook de eis te stellen voor een classificatiesysteem (aanbieder kan zelf kiezen welk) als hulpmiddel bij indicatie, evaluatie en welke aandachtspunten bij de klant prioriteit hebben. Bijvoorbeeld OMAHA.

Ad segment 3

De resultaatbeloning geeft mogelijkheid om afspraken te maken over ofwel uitkomsten ofwel resultaten in de vorm van doelmatigheid. Zorgverzekeraars krijgen hierin in feite alle ruimte om afspraken te maken met het veld. Dit helpt ons om ons inkoopbeleid te kunnen realiseren. Sturing op doelmatigheid in s2 is ook welkom. Kortom: positief.

Punt van aandacht in S3 is dat er enige mate van overeenstemming tussen aanbieders en verzekeraar moet zijn over de indicatoren die gebruikt worden. Nu is er weinig voorhanden, de NZa verwijst naar indicatoren van de IGZ. Risico is dat we met het veld zoeken naar consensus over indicatoren, dat dit een lange weg is die de kans op scherpe sturing op resultaat kleiner maakt. Let wel: er is ruimte om per zorgverzekeraar afspraken te maken met aanbieders, maar de realiteit is wel dat hiervoor ook draagvlak moet zijn bij de aanbieders.

Ad het vrijlaten van de verhoudingen tussen de segmenten

Positief. Ondersteunend om beoogde cultuurverandering te realiseren.

NZA
Per email: cure@nza.nl

datum Utrecht, 11 december 2014
ons kenmerk 2014-134
voor informatie
uw kenmerk
onderwerp 3-segmentenmodel verpleging en verzorging in
de Zvw

Geachte heer, mevrouw

Met deze brief reageren wij op het consultatiedocument 3-segmentenmodel verpleging en verzorging in de Zvw. Hoofddoel van het consultatiedocument is de concrete invulling van het 3-segmenten model wijkverpleging. Het 3-segmenten model beoogt de huidige volume prikkel weg te nemen en ruimte te bieden voor beloning op uitkomsten en innovatie. Vanuit patiëntperspectief is belangrijk dat het bekostigingsmodel zo opgebouwd en onderbouwd is dat toegankelijkheid, keuzevrijheid, continuïteit en kwaliteit geborgd worden.

Onze reactie bestaat uit drie onderdelen:

- reactie op 3 segmentenmodel
- verblijf en vervoer intensieve kindzorg is belangrijk aandachtspunt
- reactie op consultatievragen

Reactie op 3-segmentenmodel

Segment 1

In tegenstelling tot het voorliggende consultatiedocument heeft het de voorkeur van patiëntenfederatie NPCF om S1 niet apart te bekostigen maar via populatiegerichte indicatoren in S3. De reden voor deze keuze is als volgt. Vanuit patiëntperspectief is het belangrijk dat wijkverpleegkundige de ruimte heeft voor de zorg voor mensen die zorg mijden of die niet in staat zijn om zelf hulp te vragen en de ruimte om individuele signalen te bundelen tot signalen op populatieniveau. Populatiebekostiging lijkt daarbij het meest passend. Bijkomende reden is dat S1 in het overgangsbekostigingsmodel 2015 veel weerstand heeft opgeleverd. Overigens is de NPCF van mening dat het populatiebekostigingsmodel zich moet bewijzen in de praktijk. De uitkomsten van de populatiegerichte en integrale zorg moeten centraal staan. Lessen en ervaringen uit het buitenland met populatie-bekostigingsmethoden moeten nader onderzocht worden. Wanneer er geen meerwaarde is dan moet het mogelijk zijn om van het model af te stappen.

Segment 2

De NPCF heeft, overeenkomstig het voorliggende consultatiedocument, de voorkeur voor vijf prestaties ingedeeld op zorgzwaarte. De reden voor deze voorkeur is omdat bij minder

prestaties het risico op onderbehandeling groter is.

Segment 3

In het voorliggende consultatiedocument worden twee prestaties in segment 3 voorgesteld: resultaatbeloning en zorgvernieuwing. Segment 3 biedt hiermee ook ruimte voor innovatieve zorgvernieuwing. Dit is een belangrijk element vanuit patiëntperspectief. Ten aanzien van het definiëren van uitkomstmaten is het van belang dat deze geformuleerd worden als patiënt gedefinieerde uitkomstmaten (onder meer PROMS en kwaliteit van leven). Hierbij is meer dan alleen betrokkenheid vanuit patiëntperspectief noodzakelijk, zij moeten hierbij centraal staan.

Verblijf en vervoer intensieve kindzorg is belangrijk aandachtspunt

Op dit moment is nog niet duidelijk of verblijf en/of vervoer bij intensieve kindzorg wel of geen onderdeel uit moet maken van de nieuwe bekostiging. Indien wel, dan komen er twee aparte prestaties: (1) verblijf overdag en (2) verblijf 's avond en 's nachts. NPCF pleit ervoor dat voor beide verblijven (zowel 1 als 2) het vervoer wordt geregeld. Het is voor ouders van kinderen die gebruik maken van logeerfuncties een enorme last, en daarmee drempel, om het vervoer te zelf te moeten regelen. Zij zijn dan de hele dag bezig met wegbrengen van hun kind en terugrijden naar huis (kinderhospices zijn meestal niet om de hoek). Naast het vervoer moet vaak veel apparatuur en spullen mee met het kind.

Reactie op consultatievragen

Vanuit patiëntperspectief reageren wij hieronder op een aantal vragen uit het consultatiedocument.

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

Vanuit patiëntperspectief is het belangrijk dat verpleging en verzorging integraal wordt uitgevoerd. Het opsplitsen van de wijkverpleegkundige functie staat hier haaks op.

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

Indicatiestelling is een proces dat bestaat uit vraagverheldering, diagnose, planning van resultaten en interventies, organisatie, uitvoer en evaluatie van zorg. Voor mensen die zorg mijden of die niet in staat zijn om zelf hulp te vragen zal dit proces niet in totaliteit bepaald worden in segment 2 maar deels in segment 1.

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

Deze keuze wordt gedeeld omdat bij minder prestaties het risico op onderbehandeling groter is.

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

Patiëntenfederatie NPCF is van mening dat beschikbaarheidsvoorzieningen een cruciaal onderdeel zijn voor wijkverpleegkundige zorg. Het aanvullende deelonderzoek naar de aard en omvang van de beschikbaarheidsvoorzieningen is nog niet afgerond. Met de nu beschikbare informatie kan naar mening van de NPCF niet uitgesloten worden dat integrale bekostiging van

beschikbaarheidsvoorzieningen leidt tot risico's op wegvallen van beschikbaarheidsvoorzieningen.

Met vriendelijke groet,
patiëntenfederatie NPCF

Wilna Wind
Directeur- bestuurder

Gezamenlijke verklaring NZa consultatie '3 segmentenmodel verpleging en verzorging in de Zvw'

Een gerichtheid op gezondheidswinst en kwaliteit van leven

Met de ondertekening van het 'Onderhandelaarsakkoord transitie verpleging en verzorging' in het voorjaar van dit jaar is primair getekend voor het creëren van een nieuwe werkelijkheid voor mensen in Nederland die langer thuis willen blijven wonen. Een goede inrichting van de wijkverpleegkundige functie binnen een versterkte eerste lijn is een belangrijke randvoorwaarde; naast de huisartsenzorg en dicht bij het sociale domein. Het is daarbij de professional die weer aan zet moet komen; hij of zij bepaalt in nauw overleg met de cliënt en de mensen in diens directe nabijheid welke zorg op welk moment geleverd wordt. Afgesproken is dat dit in termen van bekostiging het einde betekent van een systeem dat is gebaseerd op fragmentatie van functies en betaling op basis van $p \times q$. Uiteindelijk gaat het om hetgeen 'verpleging en verzorging thuis' in termen van gezondheidswinst en kwaliteit van leven toevoegt. Het is een belangrijke reden om toe te willen groeien naar een bekostigingssystematiek waarbinnen het belonen van outcome een substantieel onderdeel vormt.

Proeftuinen en geleidelijk doorontwikkelen

V&VN, BTN, VNG en ActiZ constateren dat het -ondanks alle inspanningen die zijn verricht- helaas een onmogelijke opgave is gebleken om een toekomstbestendig bekostigingsmodel voor de wijkverpleging te ontwikkelen dat vanaf 2016 operationeel is.

De ontwikkeling van een toekomstbestendig bekostigingsmodel vraagt om een gezamenlijk en zorgvuldig proces. Partijen zijn van mening dat het daarbij van belang is om wel stappen te zetten. Gepleit wordt om zo snel als mogelijk en bij voorkeur al in 2015 te starten met proeftuinen waarbinnen ervaring opgedaan kan worden met bekostigingsvormen die daadwerkelijk bijdragen aan gezondheidswinst en kwaliteit van leven voor kwetsbare mensen in de thuissituatie. De uitdaging is om 'de prikkels echt de goede kant op te krijgen'.

Vanzelfsprekend vormen coördinerende, regisserende en organiserende werkzaamheden integraal onderdeel van het werk van wijkverpleegkundigen; deze kunnen niet los gezien worden van de directe zorgverlening. Daarnaast is een goede aansluiting en samenwerking tussen het zorgdomein en het sociale domein een belangrijke randvoorwaarde. Partijen hechten er aan om op deze wijze met de noodzakelijke transformatie te starten; inzichten kunnen worden benut bij het maken van definitieve keuzes.