

Advies

Bekostiging wijkverpleging 2015

Overheveling extramurale verpleging van de AWBZ
naar de Zvw

april 2014

Inhoud

Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	9
2. Bundeling of vereenvoudiging prestaties	11
2.1 Inleiding	11
2.2 Bestaande prestaties	11
2.3 Vereenvoudiging huidige prestaties en tarieven	12
2.4 Reacties partijen	14
2.5 Advies	14
3. Elementen uit ERAI	15
3.1 Experimenten regelarme instellingen	15
3.2 Reacties partijen	16
3.3 Advies	16
4. Niet toewijsbare zorg	17
4.1 Bekostigingsvarianten niet-toewijsbare zorg	17
4.2 Aandachtspunten niet toewijsbare zorg	20
4.3 Reacties partijen	22
4.4 Advies	23

Vooraf

De NZa adviseert de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over de transitie van de extramurale verpleging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Dit advies is een aanvulling op voorgaande advies van de NZa over de bekostiging wijkverpleging. In voorliggend advies wordt de terugvaloptie nader uitgewerkt waarbij specifiek wordt ingegaan op de mogelijkheden tot vereenvoudiging van bestaande prestaties, de mogelijkheden voor toepassing van ERAI experimenten en als laatste de mogelijkheden voor de bekostiging van niet toewijsbare zorg.

De beschreven mogelijkheden voor de bekostiging zijn in een consultatiebijeenkomst voorgelegd aan belanghebbende partijen. De reacties van partijen zijn opgenomen in het advies. De NZa hecht grote waarde aan het betrekken van belanghebbenden bij de totstandkoming van haar beleid en advies. Wij stellen de constructieve bijdragen van alle betrokkenen dan ook zeer op prijs en willen hen hiervoor hartelijk bedanken.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

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

Managementsamenvatting

Op verzoek van VWS zijn in dit advies de mogelijkheden voor de bekostiging van wijkverpleging per 2015 nader beschreven. Hierbij is specifiek ingegaan op de mogelijkheden voor vereenvoudiging van de bestaande bekostiging waarmee administratieve lasten kunnen worden verminderd, de volumeprikkel kan worden beperkt en een stap richting het nieuwe bekostigingsmodel (per 2016) kan worden gezet.

In een technisch overleg op 6 maart jl. zijn de mogelijkheden voorgelegd aan veldpartijen (Actiz, BTN, VNG, V&VN en ZN). De reacties van partijen zijn eveneens opgenomen in voorliggend advies.

Bundeling of vereenvoudiging bestaande prestaties

Voor de vereenvoudiging van bestaande prestaties zijn de volgende opties denkbaar:

- optie 1: prestaties met hetzelfde tarief samenvoegen;
- optie 2: één gemiddeld tarief voor verpleging en verzorging.

Beide opties zorgen voor een vereenvoudiging van de bekostiging, waarbij de administratieve lasten enigszins afnemen doordat in de praktijk maar een beperkt aantal prestaties geregistreerd hoeft te worden.

De NZa adviseert optie 1 uit te werken in beleid. Doorslaggevend voor deze keuze is het risico op omzetverschuivingen bij de keuze voor een gemiddeld tarief voor verpleging en verzorging.

Elementen uit ERAI

De NZa ziet per 2015 geen mogelijkheden om lopende experimenten regelarme instellingen, waarvan de eindevaluatie nog moet plaatsvinden, een structurele plek te geven in de reguliere regelgeving. Het experiment 'Zorgplan is realisatie' biedt daarentegen een goed alternatief voor de minutenregistratie, mits er een verband aantoonbaar is tussen zorgplan en realisatie. Hiervoor is geen wijziging nodig van de huidige regelgeving van de NZa. Het is aan zorgaanbieders en verzekeraars om een dergelijke werkwijze vorm te geven.

Bekostiging niet toewijsbare zorg

VWS heeft verzocht om aanvullend op het eerste NZa-advies overige mogelijkheden van bekostiging van niet toewijsbare zorg per 2015 te onderzoeken. De volgende opties zijn in dit vervolgadvisie beschreven:

- Opslag op het tarief per uur
- Aparte prestatie met vrij tarief
- Bedrag per ingeschrevene
- Huidige prestatie AIV
- Inzet premiemiddelen voor regionale ondersteuning

Voor de bekostiging van niet toewijsbare zorg is in het eerste NZa-advies een module aanvullend op de bestaande prestaties wijkverpleging aanbevolen (variant 1). Wij zien geen directe aanleiding om af te wijken van dit advies. Om voor te sorteren op populatie gebonden bekostiging is variant 2 een technisch haalbare mogelijkheid.

Een belangrijk punt van aandacht betreft de beperkingen die er zijn met betrekking tot de toezichtbaarheid en handhaafbaarheid van de niet toewijsbare zorg. Dit komt met name voort uit het feit dat niet toewijsbare zorg niet op patiëntniveau herleidbaar is, deze zorg nader omschreven moet worden en er geen verdeelmodel beschikbaar is op basis waarvan de landelijk beschikbare middelen worden ingezet voor

goede en doelmatige zorg. Aandachtspunten in dat kader zijn ook de wijze waarop aan deze zorg en het toezicht daarop invulling moet worden gegeven in het geval van restitutieverzekeringen en het eigen risico. De NZa acht het nodig dat deze zaken tijdig worden uitgewerkt door de diverse betrokkenen, waarbij ook nader dient te worden bezien of en in hoeverre aanvullende regelgeving nodig is om de genoemde aandachtspunten voldoende te borgen.

1. Inleiding

Vorig jaar november heeft de NZa het ministerie van VWS (VWS) geadviseerd over de mogelijke wijze van bekostiging van wijkverpleging in de zorgverzekeringswet (Zvw). In dit advies zijn drie bekostigingsmodellen uitgewerkt: populatiebekostiging, prestatiebekostiging en een hybridemodel. Vanwege het beperkte tijdspad voor de overheveling en de invoering van een nieuw bekostigingssysteem, is hierin tevens een terugvaloptie uitgewerkt. Als terugvaloptie is geadviseerd om per 2015 de huidige prestaties en tarieven te hanteren. Voor de niet toewijsbare zorg kan een module worden afgesproken in aanvulling op de huidige prestaties.

Het is binnen de beschikbare tijd niet mogelijk om een nieuw bekostigingsmodel te realiseren en in te voeren voor de overheveling van verpleging per 2015. VWS heeft daarom verzocht om, uitgaande van bekostiging van verpleging in de Zvw per 2015 op basis van de oude prestaties, alvast de volgende punten te onderzoeken:

- Bundeling of vereenvoudiging van de huidige prestaties waarmee de huidige 'minutenzorg' deels kan verdwijnen.
- De informatie en resultaten die er zijn vanuit de Experimenten Regelarme Instellingen (ERAI) over een alternatieve bekostiging te betrekken bij het aanvullende onderzoek.
- Mogelijkheden om niet individueel toewijsbare schakeltaken op te nemen in de bekostiging voor 2015 (hiervoor is in 2015 maximaal € 40 mln. beschikbaar)
- De relatie tussen de mogelijkheden voor de bekostiging van de schakeltaken en het eigen risico.
- De mogelijkheid om in (de loop van) 2015 te registreren op basis van nieuwe producten.

In voorliggend document worden bovenstaande punten behandeld, zijn de standpunten van veldpartijen weergegeven en is een advies geformuleerd. Uitzondering hierop is de mogelijkheid om te registreren op basis van nieuwe producten. Dit punt kan pas worden verkend nadat het nieuwe bekostigingssysteem is vastgesteld.

2. Bundeling of vereenvoudiging prestaties

2.1 Inleiding

In het advies 'bekostiging wijkverpleging in de Zvw' hebben we geadviseerd een terugvaloptie te hanteren voor de bekostiging van verpleging tijdens de transitie. De terugvaloptie houdt in dat de huidige prestaties en tarieven voor verpleging en verzorging in 2015 worden gecontinueerd.

Inmiddels heeft VWS per brief de opdracht gegeven een analyse uit te voeren naar de mogelijkheden om de bestaande prestaties te vereenvoudigen. De doelen die daarmee worden beoogd, zijn: administratieve lasten voor partijen verminderen, volumeprikkel verminderen en een stap in de richting van het nieuwe bekostigingsmodel (een combinatie van prestatie-, populatie-, en uitkomstbekostiging) zetten.

Hieronder worden de mogelijkheden voor vereenvoudiging van bestaande prestaties beschreven en hoe dit de beoogde doelen kan dienen. Aan de hand hiervan kan een keuze worden gemaakt welke optie verder uitgewerkt wordt in beleidsregels.

2.2 Bestaande prestaties

In de AWBZ en Zvw gelden op dit moment de volgende prestaties met bijbehorend tarief, behorend bij de nieuwe aanspraak wijkverpleging¹:

Prestatie	Basistarief (per uur)
Verpleging	€ 76,02
Verpleging extra	€ 76,02 + € 5,41 beschikbaarheid
Gespecialiseerde verpleging	€ 76,02 + € 6,30 gespecialiseerd
Verpleging: AIV	€ 76,02
Verpleging zorg op afstand aanv.	€ 76,02
Persoonlijke verzorging	€ 51,35
Persoonlijke verzorging extra	€ 51,35 + € 3,65 beschikbaarheid
Persoonlijke verzorging speciaal	€ 51,35 + € 25,37 gespecialiseerd
Pers. Verz. Zorg op afstand aanv.	€ 51,35
Pers. Verz. Farma. telezorg	€ 51,35
MSVT minder complexe zorg	€ 6,86 (tarief per 5 min.)
MSVT complexe zorg	€ 6,86 (tarief per 5 min.)

De functie extramurale begeleiding wordt, met het eventueel noodzakelijke bijbehorende vervoer, gedecentraliseerd naar de Wmo en

¹ Vanaf 2015 zal sprake zijn van een nieuwe aanspraak 'verpleging en verzorging'. Die wordt in art. 2.10 lid 1 van het concept Besluit zorgverzekering omschreven als:

'Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:

a. verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop,
 b. niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12, en
 c. geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 betreft.'

de Jeugdwet. Ook verzorging, in het verlengde van begeleiding, gaat onder de Wmo vallen.

In de beleidsregel 'extramurale AWBZ-zorg' zijn de prestaties *Nachtverzorging* en *Nachtverpleging* opgenomen. Dit betreft zorg geboden aan cliënten in het kader van de ondersteuning van de thuissituatie dan wel de overbrugging van een periode tot een definitieve opname in een instelling. De zorg die wordt geleverd ter ondersteuning van de thuissituatie valt onder de Wmo. Op dit moment wordt nog gewerkt aan de invulling van overbruggingszorg/herstelzorg. Indien voor de nachtverpleging/verzorging sprake is van verpleegkundige handelingen noodzakelijk in verband met een geneeskundig doel kan dat onderdeel uitmaken van de aanspraak wijkverpleging.

2.3 Vereenvoudiging huidige prestaties en tarieven

Er is een tweetal opties voor vereenvoudiging van de bestaande prestaties. De opties worden hieronder beschreven.

– Beschrijving opties

1. Prestaties met hetzelfde tarief samenvoegen.

In deze optie worden de prestaties met (nagenoeg) hetzelfde tarief samengevoegd. De prestatiebeschrijvingen worden verruimd om bovenstaande samenvoegingen te dekken. Daarmee worden eveneens bredere cliëntgerichte handelingen declarabel. Het gaat hierbij onder andere om het afstemmen met andere instanties.

Bij optie 1 worden de volgende prestaties met (nagenoeg) hetzelfde tarief samengevoegd:

- PV + PV Zorg op afstand aanv. + PV Farma. Telezorg + PV AIV
- VP + VP zorg op afstand aanv. + Persoonlijke verzorging speciaal
- MSVT minder complexe zorg + MSVT complexe zorg

2. Eén gemiddeld tarief voor verpleging en verzorging.

In de tweede optie wordt een gewogen gemiddelde berekend van alle prestaties verpleging en verzorging. Hieruit resulteert één prestatie voor wijkverpleging, met één gemiddeld tarief.

In onderstaand schema staat per optie weergegeven welke prestaties er na vereenvoudiging zijn:

Optie 1	Optie 2
VP	Prestatie wijkverpleging
VP extra	
VP speciaal	
PV	MSVT
PV extra	
MSVT	

MSVT wordt in beide opties als aparte prestatie gehouden. Deze prestatie valt reeds onder de Zvw. De huidige bekostigingswijze van MSVT kan voor 2015 zonder aanpassingen worden gecontinueerd.

Criteria beoordeling opties

Per optie zijn de consequenties en haalbaarheid in kaart gebracht. Hierbij is uitgegaan van de doelen die worden beoogd met de vereenvoudiging:

- Administratieve lasten voor partijen verminderen
- Volume prikkel verminderen
- Een stap in de richting van het nieuwe bekostigingsmodel (deels prestatie-, populatie en uitkomstbekostiging) zetten

Daarnaast hebben we de opties getoetst aan twee harde randvoorwaarden:

- Macrokostenbeheersing;
- Omzetverschuivingen tussen zorgaanbieders veroorzaakt door bekostigingswijze, zijn minimaal.

– Beoordeling opties

Optie 1: Prestaties met hetzelfde tarief samenvoegen

Doordat het aantal prestatiecodes waarop wordt gedeclareerd afneemt is er in beperkte mate een afname van administratieve lasten. Er hoeft hierdoor bij de zorginkoop en verantwoording (registratie) niet langer onderscheid gemaakt te worden tussen samengevoegde prestaties. De overige doelen die worden beoogd met vereenvoudiging van de bestaande prestaties worden met deze optie niet gediend. De volumeprikkel neemt hier niet mee af doordat prestaties nog per uur worden gedeclareerd.

Voor de samenvoeging hoeven maar beperkte aanpassingen te worden gedaan op bijvoorbeeld declaratiesystemen. Het is mogelijk om de oude productieafspraken om te zetten op deze prestatiestructuur. De macrokostenbeheersing wordt daarmee goed gefaciliteerd. De omzetverschuivingen tussen zorgaanbieders zijn minimaal. Keuze voor deze optie betekent wel dat door samenvoeging van prestaties (inkoop)informatie verloren gaat. Het onderscheid tussen bijvoorbeeld geleverde persoonlijke verzorging bij de cliënt thuis en persoonlijke verzorging op afstand met behulp van telezorg is niet langer zichtbaar. Uit consultatie van veldpartijen blijkt dat dit niet als onoverkomelijk bezwaar wordt gezien.

Optie 2: Eén gemiddeld tarief voor verpleging en verzorging

Voordeel van het hanteren van één gemiddeld tarief voor verpleging en verzorging is het verminderen van prestatiecodes en daarmee verminderen van administratieve lasten. Hierdoor hoeft bij inkoop en verantwoording (registratie) niet langer onderscheid gemaakt te worden tussen verschillende prestatiecodes. Andere beoogde doelen als het verminderen van de volumeprikkel en een stap zetten richting het nieuwe bekostigingsmodel worden hiermee niet gediend.

Daarbij is er, door te werken met een integraal gemiddeld tarief een risico op vershraling van zorg. De kans bestaat dat aanbieders zich richten op de 'goedkopere' doelgroep. Ze kunnen bijvoorbeeld alleen persoonlijke verzorging aanbieden omdat hiervoor eenzelfde tarief is als voor duurdere gespecialiseerde verpleging.

Evenals bij de eerste optie gaat door samenvoeging van prestaties eventueel bruikbare (inkoop)informatie verloren.

Tot slot geeft deze optie een risico op omzetverschuivingen tussen zorgaanbieders. Zorgaanbieders met een zwaardere mix Verpleging/Verzorging dan waar in het gemiddelde tarief rekening wordt gehouden zullen hier direct de effecten van voelen. Ook aanbieders die bijvoorbeeld relatief veel niet planbare zorg leveren worden in dit

vereenvoudigde model niet langer gehonoreerd met een opslag voor beschikbaarheid. Omzetverschuivingen tussen aanbieders bemoeilijken daarnaast de macrokostenbeheersing door verzekeraars.

2.4 Reacties partijen

Uit consultatie blijkt dat de voorkeur van partijen verdeeld is tussen de twee opties.

Optie 1: Prestaties met hetzelfde tarief samenvoegen

ZN en ActiZ zijn voorstander van het samenvoegen van prestaties volgens optie 1. ActiZ benadrukt de uitvoerbaarheid van deze optie en het belang van de mogelijkheid om gespecialiseerde en niet-planbare zorg te kunnen honoreren. De prestatie verpleging extra willen zij behouden om de systeemvoorzieningen te bekostigen. ActiZ en ZN willen daarnaast graag de prestatie verpleging AIV behouden om huidige innovatieve initiatieven in stand te houden. De prestatie AIV maakt dit volgens hen mogelijk doordat deze geen koppeling met een individuele patiënt vereist. ActiZ en ZN zijn het erover eens dat de prestatie MSVT gedurende de transitiefase ongewijzigd moet blijven. Een wijziging van de prestatie MSVT zou betekenen dat deze na overheveling weer opnieuw moet veranderen.

Optie 2: Eén gemiddeld tarief voor verpleging en verzorging

V&VN, BTN en CVZ zijn voorstander van een gemiddeld tarief voor verpleging en verzorging. V&VN pleit voor verdere vereenvoudiging en daarbij is het samenvoegen van huidige prestaties volgens hen te veel gebaseerd op de functies uit de oude systematiek. BTN noemt de administratieve lastenverlichting als een voordeel van deze optie. ActiZ is geen voorstander voor een gemiddeld tarief omdat daarmee volgens hen geen recht wordt gedaan aan de verschillen in geleverde diensten en personele inzet tussen organisaties. Hierbij speelt het risico dat aanbieders met een complexe cliëntpopulatie of die systeemvoorzieningen aanbieden een te laag tarief ontvangen.

2.5 Advies

De NZa ziet voor de bekostiging per 2015 de mogelijkheid om volgens optie 1 prestaties samen te voegen met (nagenoeg) eenzelfde tarief. Doorslaggevend argument hiervoor is dat de omzetverschuivingen tussen zorgaanbieders als gevolg van wijziging van de prestatie in deze variant afwezig zijn. De NZa acht het onwenselijk dat aanbieders in twee achtereenvolgende jaren (met overheveling per 2015 en met overgang naar het eindmodel in 2016) worden geconfronteerd met (grote) omzetverschuivingen.

Naar aanleiding van het verzoek van ZN en ActiZ om VP AIV (en hiermee mogelijk gemaakte innovatieve initiatieven) te behouden, blijft deze prestatie apart declarabel. Voor wijkverpleging kunnen per 1 januari 2015 de volgende prestaties worden gedeclareerd:

VP	PV
VP extra	PV extra
VP speciaal	
VP AIV	MSVT

3. Elementen uit ERAI

3.1 Experimenten regelarme instellingen

Om de regeldruk in de zorg aan te pakken is in 2013 een aantal experimenten gestart voor regelarme instellingen (ERAI). Deze experimenten zijn nog niet afgerond en de evaluaties zijn nog niet beschikbaar. VWS heeft verzocht te onderzoeken of de informatie en resultaten die er zijn vanuit ERAI voor een alternatieve bekostiging toepasbaar zijn in 2015.

Aan de experimenten neemt een aantal zorgaanbieders van verpleegkundige zorg deel. Zij experimenteren met een vereenvoudiging van de indicatie en declaratie van thuiszorg. Deze experimenten hebben onder meer betrekking op:

- *Indicatiestelling*: de indicatie verloopt bijvoorbeeld via een indicatiemelding aan het CIZ. De zorgverlener indiceert en het CIZ geeft de goedkeuring.
- *Prestaties en declaraties*: in de experimenten wordt met één prestatie of met een lumpsum bedrag geëxperimenteerd.
- *Zorginkoop*: één inkoopmodel voor alle zorgkantoren.
- *Registratie*: verminderen van AGB-codes.

Voor een aantal experimenten geldt dat deze in de Zvw niet langer van toepassing zullen zijn. Dat is bijvoorbeeld het geval voor experimenten die betrekking hebben op de indicering, eigen bijdrage en inkoop door zorgkantoren. Voor de indicatiestelling geldt bijvoorbeeld dat in de Zvw niet langer sprake is van een indicatie door het CIZ, de zorgverlener indiceert zelf. De effecten van de experimenten met indicatiemeldingen worden dan in feite breed uitgerold over de andere zorgaanbieders.

Een aantal experimenten heeft betrekking op declaratieregels en of informatieverstrekking zoals verminderen van AGB-codes en externe verantwoording. Als de evaluatie van deze experimenten positief is, zou dit voor alle aanbieders kunnen worden toegepast in de Zvw in 2015 binnen de eventueel voor dit doel aan te passen reguliere wet- en regelgeving. Positieve effecten door bijvoorbeeld een andere wijze van registratie zouden kunnen worden gecontinueerd mits betrokken partijen hiermee instemmen.

Een beperkt deel van de experimenten heeft betrekking op het samenvoegen van prestaties tot één tarief of het hanteren van één weektarief. De evaluaties van deze experimenten zijn echter nog niet zo ver dat hieraan conclusies kunnen worden verbonden. In voorgaand hoofdstuk is al ingegaan op de mogelijkheden die samenvoeging van prestaties biedt voor de vereenvoudiging van prestaties.

Een deel van de experimenten valt buiten de regelruimte van de NZA. Zo is er bijvoorbeeld sprake van het experiment 'zorgplan is realisatie'. In 2013 is onderzocht in hoeverre een 'minutenregistratie' vanuit de overheid werd voorgeschreven. De voorschrijving van minutenregistratie door de overheid bleek niet het geval. Daarentegen bestaat er wel de eis dat zorg alleen gedeclareerd mag worden wanneer deze daadwerkelijk geleverd is. Het experiment 'zorgplan is realisatie' biedt een alternatief voor de veronderstelde, maar niet door overheid voorgeschreven, minutenregistratie. Belangrijke voorwaarde is wel dat er een verband

aantoonbaar is tussen zorgplan en realisatie. Deze wijze van registratie is in de huidige regelingen van de NZa al mogelijk voor alle aanbieders. Voor toepassing van deze methode van verantwoording is geen wijziging van regelgeving van de NZa noodzakelijk. Wel is het van belang dat aanbieders en verzekeraars hier goede afspraken over maken. VWS heeft een handreiking opgesteld voor eenvoud in de uitvoering². Bij overheveling op basis van de huidige prestaties is deze handreiking nog steeds van kracht.

3.2 Reacties partijen

ZN, ActiZ en BTN zijn voorstander van het breder inzetten van het experiment 'zorgplan is realisatie'. Er wordt ingezien dat hier primair een taak ligt voor de verzekeraars en zorgaanbieders. ActiZ acht het van belang dat de administratieve lastenverlichting hierbij gewaarborgd wordt. ActiZ pleit er daarnaast voor om de overige lopende experimenten in een aantal gevallen te continueren. De argumentatie hiervoor is dat in de experimenten al veel voorgesorteerd wordt op de situatie vanaf 2016.

3.3 Advies

De NZa is van mening dat de mate waarin administratieve lasten worden ondervonden per 2015 voor een groot deel door verzekeraars en aanbieders beïnvloedbaar is. Door het experiment 'zorgplan is realisatie' breder toe te passen, kunnen verzekeraars en aanbieders met afspraken hierover de minutenregistratie voorkomen. De huidige NZa regelgeving vormt geen belemmering voor deze wijze van registreren.

De NZa ziet per 2015 geen mogelijkheden om lopende experimenten, waarvan de eindevaluatie nog moet plaatsvinden, een structurele plek te geven in de reguliere regelgeving. Wel is het eventueel mogelijk om via de beleidsregel Innovatie afwijkende zorg-/bekostigingsvormen te realiseren.

² Hiemstra en de Vries; de minutenregistratie voorbij.

4. Niet toewijsbare zorg

4.1 Bekostigingsvarianten niet-toewijsbare zorg

Niet toewijsbare zorg is in het NZa-advies als volgt gedefinieerd: *"de coördinerende, regisserende en signalerende activiteiten van een (wijk)verpleegkundige voor zover deze niet te koppelen zijn aan één specifieke patiënt. Te denken valt aan activiteiten die gericht zijn op het signaleren van een hulpbehoefte bij patiënten/cliënten die nog niet in zorg zijn, die geen zorgvraag hebben geuit en die ook niet in alle gevallen in zorg worden genomen. Het betreft een kortdurend contact op initiatief van de (wijk)verpleegkundige vanuit haar of zijn preventieve rol, waarbij doorverwijzing naar reguliere zorg-, of hulpverlening kan volgen."*

De volgende bekostigingsvarianten voor niet toewijsbare zorg worden in dit hoofdstuk beschreven:

- Opslag op het tarief per uur
- Aparte prestatie met vrij tarief
- Bedrag per ingeschrevene
- Huidige prestatie AIV
- Inzet premiemiddelen voor regionale ondersteuning (ROS)

Benadrukt wordt dat navolgende uitwerkingen betrekking hebben op de transitieperiode (2015) en niet op de bekostiging van niet-toewijsbare zorg in het beoogde eindmodel.

Opslag op het tarief per uur

Deze variant is beschreven in het advies 'bekostiging wijkverpleging in de Zvw'. Bovenop het maximumtarief dat de geïndiceerde zorgvraag (en de reguliere bijbehorende overhead) dekt, wordt de mogelijkheid geboden om een aanvullende module overeen te komen. Hiervoor moet een overeenkomst bestaan tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. De module is daarmee een optionele aanvulling op de reguliere prestatie en het reguliere maximum uurtarief. Met deze opslag kan een hoger tarief worden overeengekomen dan het tarief voor de reguliere prestatie zonder de module.

Binnen deze module kunnen zorgverzekeraars aanvullende afspraken maken over de bekostiging van het leveren van 'niet toewijsbare zorg' door één of meerdere aanbieders in een specifieke regio. Een zorgaanbieder krijgt daarmee via de gedeclareerde uren een groter bedrag ter beschikking dan noodzakelijk is voor de levering van deze individuele zorg. De extra te besteden middelen kunnen worden aangewend om de niet toewijsbare zorg te bekostigen.

Voordelen

- Eenvoudige bekostigingswijze.
- Directie zorglevering en niet-toewijsbare zorg zijn niet los te koppelen; meer integrale bekostiging van de aanspraak wijkverpleging.

Nadelen

- Mogelijkheden voor levering van niet-toewijsbare zorg zijn gekoppeld aan uren directe zorg (omvang aanbieder). Hier kunnen zorgverzekeraars (binnen de grenzen van het maximumtarief) indien wenselijk wel voor corrigeren.
- Risico dat een mismatch ontstaat tussen de beoogde vergoeding en de werkelijke vergoeding, indien het aantal uren directe zorg verkeerd wordt ingeschat.
- Kostenbeheersing: uitgaven aan niet-toewijsbare zorg fluctueren met directe zorgproductie.

Aparte prestatie met vrij tarief

Per gebied worden één of meer zorgaanbieders gecontracteerd voor het leveren van niet-toewijsbare zorg. In een prestatiebeschrijving wordt beschreven welke zorg hiervoor moet worden geleverd. De hoogte van het tarief is vrij. Ook wordt aan zorgverzekeraar en zorgaanbieder de vrijheid gelaten om overeen te komen hoe de bekostiging in de praktijk wordt vormgegeven (bedrag per verzekerde, per patiënt of per zorgaanbieder).

De verantwoordelijkheid voor een goede verdeling van middelen en inzet ligt in dit model bij de zorgverzekeraars (eventueel via representatie). De zorgverzekeraar zorgt dat in ieder gebied één of meerdere zorgaanbieders zijn aangewezen voor het leveren van niet-toewijsbare zorg, en rekent deze aanbieders af op hun prestaties middels de bekostiging van geleverde prestaties.

Voordelen

- Deze variant biedt maximale vrijheid aan verzekeraars om de inzet van niet-toewijsbare zorg te bekostigen en hier regionaal in te differentiëren.
- Deze variant maakt het mogelijk om te werken met populatiebekostiging (bedrag per zorgaanbieder gebaseerd op populatiekenmerken). Hiermee sorteert deze variant alvast voor op het beoogde eindmodel.

Nadelen

- Kostenbeheersing: beheersbaarheid is alleen mogelijk via convenant met aanvullende maatregelen bij overschrijding. Uitgaven ex ante kunnen goed voorspelbaar zijn (afhankelijk van de bekostigingsvorm die wordt gekozen; bijv. lumpsum per zorgaanbieder).
- Complicaties bij de uitvoering van de risicoverevening tussen zorgverzekeraars indien kosten niet herleidbaar zijn naar een verzekerde.
- De directe zorglevering en niet-toewijsbare zorg zijn los te koppelen; dit betekent geen integrale bekostiging van de aanspraak wijkverpleging.

Bedrag per ingeschrevene

Voor iedere patiënt die direct toewijsbare zorg ontvangt, krijgt de betreffende zorgaanbieder een inschrijftarief. Het inschrijftarief mag alleen worden gedeclareerd indien er een overeenkomst met een verzekeraar is. Naast de uren wijkverpleging die mogen worden gedeclareerd wordt het inschrijftarief gedeclareerd. Dit inschrijftarief dekt de kosten voor levering van niet-toewijsbare zorg.

Voordelen

- Ten opzichte van variant 1 is er geen productierisico op niet-toewijsbare zorg (geen koppeling met directe urenproductie).
- Ten opzichte van variant 1 is er meer mogelijkheid voor vergoeding naar inspanning. In het geval dat een aanbieder relatief weinig reguliere verpleging & verzorging levert, maar bovengemiddeld veel niet toewijsbare zorg, dan is de opslag op het tarief bij variant 1 knellend. Dat is hier niet het geval.

Nadelen

- Administratieve lasten voor de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder rondom ingeschrevenen-bestand.

- Mogelijkheden voor levering van niet-toewijsbare zorg zijn gekoppeld aan het patiëntenbestand waardoor de omvang van een aanbieder de beschikbare middelen voor niet-toewijsbare zorg bepaalt. Het is echter de vraag of er een verband is tussen de omvang van de aanbieder en de mate waarin deze niet-toewijsbare zorg levert. Zorgverzekeraars kunnen hiervoor in het tarief indien wenselijk wel corrigeren.

Huidige prestatie AIV

Tijdens het Technisch Overleg op 6 maart jl. heeft ActiZ gevraagd of het mogelijk is om de bekostiging van niet-toewijsbare zorg te laten verlopen via de huidige prestatie AIV (Advies, Instructie & Voorlichting). Deze prestatie wordt momenteel zowel individueel als niet-individueel ingezet. De AIV-prestatiebeschrijving maakt duidelijk dat AIV wordt ingezet ten behoeve van cliënten met (een kans op) een chronische ziekte en/of een langdurige beperking, in situaties waarin de verpleegkundige met de cliënt uitzoekt hoe aanwezige gezondheidsproblemen het best kunnen worden aangepakt. Deze inzet van AIV zal doorgaans plaatsvinden op basis van verwijzing van de huisarts, de medisch specialist, het ziekenhuis, revalidatiecentrum of verpleeghuis. AIV is een vorm van kortdurende zorg, onder meer op het raakvlak van 'Cure' en 'Care'; en wordt gekenmerkt door enkele consulten per cliënt per jaar (doorgaans niet meer dan 3 à 4).

De huidige prestatiebeschrijving dekt niet het volledige palet aan niet-toewijsbare zorg. Deze zal dus moeten worden opgerekt. Feitelijk ontstaat daarmee een prestatie niet-toewijsbare zorg, die per uur wordt gedeclareerd, zonder dat deze op cliëntniveau herleidbaar is. Dit zou daarom een vorm van invulling van mogelijkheid 2 kunnen zijn: prestatie met vrij tarief.

Voordelen

- Directe koppeling tussen uren inzet op niet-toewijsbare zorg en bekostiging (vergoeding naar inspanning).

Nadelen

- Deze variant kent de grootste productieprikkel op niet-toewijsbare zorg. Ieder extra uur dat aan niet-toewijsbare zorg wordt besteed is declarabel.
- Kostenbeheersing: de kostenbeheersing is in deze variant het minst geborgd door de genoemde productieprikkel.
- Complicaties bij de uitvoering van de risicoverevening tussen zorgverzekeraars indien kosten niet herleidbaar zijn naar een verzekerde.

Inzet premiemiddelen voor regionale ondersteuning

Tijdens het Technisch Overleg op 6 maart jl. heeft ZN aangegeven voorstander te zijn van een regeling vergelijkbaar met de ROS-constructie (Regionale ondersteuningsstructuur).

Met het oog op de versterking van eerstelijnszorg wordt multidisciplinaire samenwerking gestimuleerd door premiemiddelen beschikbaar te stellen. Dit is vastgelegd in de beleidsregel Regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling BR/CU-7087. Zorgverzekeraars dragen zogenaamde modulebedragen af aan ZN, die op haar beurt op basis van het aantal inwoners per regio een herverdeling van deze gelden maakt. De beleidsregel heeft daarnaast als doel een mogelijkheid te bieden om de macro beschikbare premiemiddelen in te zetten voor kwaliteitsontwikkeling van de zorg door huisartsen en verloskundigen (ontwikkeling NHG standaarden). Ten behoeve van de ondersteuning aan individuele hulpverleners kan per verzekerde een maximumbedrag in rekening worden gebracht voor de regionale ondersteuning en/of een maximumbedrag voor kwaliteitsontwikkeling. In het voorstel van ZN zou

een soortgelijke constructie worden opgezet voor niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg.

Voordelen

- Kosten zijn goed beheersbaar, de hoogte van inzet premiegelden kan namelijk vooraf worden bepaald.
- Deze variant maakt het mogelijk om te werken met populatiebekostiging (bedrag per zorgaanbieder gebaseerd op populatiekenmerken). Hiermee sorteert deze variant alvast voor op het beoogde eindmodel.

Nadelen

- Een dergelijke constructie kan op basis van de Wmg niet door de NZa worden voorgeschreven en ook niet worden gehandhaafd. Afspraken tussen zorgverzekeraars en ZN moeten onderling worden gemaakt. De NZa is hierin geen partij. Bovendien is het maken van dergelijke afspraken al inpasbaar in model 2. De bestaande beleidsregel BR/CU-7087 is niet meer dan een weergave van afspraken tussen zorgverzekeraars. De beleidsregel bevat niet een voorgeschreven bekostigingswijze, en geen mogelijkheden tot handhaving. Deze beleidsregel kan daarom niet als voorbeeld dienen.

4.2 Aandachtspunten niet toewijsbare zorg

Volgens de concept wijziging van het Besluit zorgverzekering³ is de signalerende en coördinerende rol van de verpleegkundige in de wijk per 2015 onderdeel van de aanspraak. Deze functie van de wijkverpleegkundige wordt vervat in art. 2.10. eerste lid en onderdeel a: 'Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg (...) verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg (...) of een hoog risico daarop.' In de toelichting worden verpleegkundige taken genoemd als signaleren, coördineren, achter de voordeur van iemand poolshoogte nemen na verontruste signalen en deelname aan een sociaal wijkteam.

In overeenstemming met het eerder uitgebrachte advies wijst de NZa op de beperkingen die er zijn met betrekking tot de toezichtbaarheid en handhaafbaarheid van de niet toewijsbare zorg. De naleving van de zorgplicht door verzekeraars is op dit moment moeilijk te toetsen en moeilijk afdwingbaar. Zo bestaat het risico dat een verzekeraar deze zorg niet inkoop. De beperkingen worden veroorzaakt doordat:

- de zorg niet op patiëntniveau herleidbaar is,
- deze zorg nader omschreven moet worden,
- er geen verdeelmodel beschikbaar is op basis waarvan de landelijk beschikbare middelen worden ingezet voor goede en doelmatige zorg.

De Zvw gaat namelijk uit van een individueel recht op zorg. Maar de genoemde vormen van zorg zijn niet op patiëntniveau herleidbaar of declarabel. Het risico bestaat dat zorgverzekeraars deze zorg niet of niet adequaat zullen inkopen. Zo kan worden afgevraagd of een individuele verzekerde deze collectieve vormen van zorg bij zijn verzekeraar gaat afdwingen (zorgplicht). Ook lijkt het individueel afdwingen van deze collectieve vormen van zorg praktisch gezien moeilijk.

³ Besluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met wijziging van het zorgpakket Zvw 2015, concept d.d. 19 februari 2014, Bijlage bij Kamerstuk 29538 nr. A.

Daarbij komt dat de in de toelichting op het besluit genoemde vormen van niet toewijsbare zorg breed geformuleerd zijn. Daarom moeten zij nog verder vorm krijgen en is onder meer aandacht nodig voor de afbakening met o.a. jeugdzorg en welzijn. Verdere definiëring zou bij voorkeur gebeuren via het Besluit zorgverzekering, maar kan waar dat volstaat ook via een duiding van het Zorginstituut Nederland. Ook ligt er een rol voor veldpartijen om dit nader uit te werken in zorgstandaarden en richtlijnen⁴. Voorts moet in dit verband ook worden gedacht aan het ontwikkelen van standaarden en meetinstrumenten voor kwaliteit ter opneming in het register van het Zorginstituut Nederland. Verdere vormgeving geeft invulling aan de aanspraak op zorg van verzekerden en de zorgplicht van verzekeraars.

Verder is voor de inkoop van niet toewijsbare zorg nog een zekere afstemming tussen verzekeraars nodig om een dekkend zorgaanbod te realiseren (verdeemodel).⁵ Zo kunnen partijen bijvoorbeeld komen tot een verdeemodel op basis waarvan de landelijk beschikbare middelen (regionaal) kunnen worden ingezet/ingekocht. Het heeft de voorkeur dat partijen hierover afspraken maken in een convenant. Aanvullend moet worden gezien of en in hoeverre dat in regelgeving moet worden vertaald. Een en ander moet uiteraard gebeuren binnen de kaders van de Mededingingswet. De vormgeving van een en ander vergt nader onderzoek en overleg met de Autoriteit Consument en Markt (ACM).

Het verdient derhalve aanbeveling om (i) de niet toewijsbare vormen van zorg en (ii) een verdeemodel verder vorm te geven, vóór opname van niet toewijsbare zorg in de bekostiging. Dat komt ten goede aan (a) de naleving van de zorgplicht door verzekeraars, (b) een goede, doelmatige zorginkoop en (c) aan toezicht en handhaving.

Ten slotte is het bij restitutieverzekeringen nog de vraag hoe verzekeraars omgaan met niet toewijsbare zorg. Contractering van zorg is niet verplicht. De zorgplicht van de restitutieverzekeraar strekt namelijk tot het vergoeden van nota's en het desgevraagd bemiddelen naar zorg. In het uiterste geval kunnen restitutieverzekeraars meeliften op niet toewijsbare zorg in het kader van wijkverpleging die door (andere) naturaverzekeraars is ingekocht. Hier ligt een knelpunt. Er moet nader worden bekeken hoe aan de niet toewijsbare zorg en het toezicht daarop invulling moet worden gegeven in het geval van restitutieverzekerden. Ook is de vraag hoe, mocht dit aan de orde zijn, met de vergoeding van ingediende nota's moet worden omgegaan. Ook dient te worden gezien of en in hoeverre op dit punt aanvullende regelgeving nodig is.

Een punt van aandacht is voorts het eigen risico in relatie tot de bekostiging van de niet toewijsbare zorg. In de Zvw geldt een generiek wettelijk eigen risico waar slechts een paar zorgvormen van zijn uitgesloten. In het voorgaande advies werd echter al benoemd dat een verplicht eigen risico en populatiebekostiging niet goed samen gaat. Dit zelfde geldt voor de bekostiging van niet toewijsbare zorg. De combinatie betekent namelijk dat altijd een deel van het eigen risico wordt ingezet voor wijkverpleging, ongeacht of deze zorg wordt gebruikt. Als iemand bij voorbaat al een deel van het eigen risico moet betalen (terwijl deze persoon niet is aangewezen op deze zorg) betreft de maatregel feitelijk een premieverhoging. Deze werkwijze past niet in het concept van het

⁴ Zoals ook het CVZ signaleert in de Concept-verkenning aanspraak wijkverpleging in de Zvw, bijlage 3 bij het eerder advies van de Nza.

⁵ Voorbeeld: in een regio zijn meerdere verzekeraars actief die elk voor zich zorgaanbieders voor hun eigen verzekerden moeten contracteren. Maar stel dat een verzekeraar in een bepaalde regio weinig verzekerden heeft, hoe worden dan de niet toewijsbare taken goed en doelmatig vervuld? Dan is afstemming nodig.

eigen risico. Hoewel zorgverzekeraars op grond van artikel 2.17 lid 2 van het Besluit zorgverzekering de mogelijkheid hebben om de kosten van het gebruik van gecontracteerde zorg geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico te laten vallen, zal dit mogelijk niet in alle gevallen soelaas bieden. Een oplossing kan dan zijn om de kosten van het gebruik van deze zorg via de regelgeving uit te zonderen op het verplicht eigen risico.

4.3 Reacties partijen

Er is geen overeenstemming tussen partijen over de verschillende varianten.

ActiZ en BTN zijn voorstander van variant 1, een opslag op het tarief per uur. ActiZ stelt hierbij de condities dat per gebied meerdere zorgaanbieders worden gecontracteerd om keuzevrijheid van cliënten te garanderen, dat de integraliteit van verpleegkundig handelen het uitgangspunt is bij de vormgeving van prestaties en zorginkoop en dat de ervaringen in 2015 nauwlettend worden gevolgd. ActiZ kiest voor een opslag op het tarief vanwege de administratieve eenvoud van deze optie maar houdt de andere opties wel in overweging voor de lange termijn. Ook BTN benadrukt de noodzaak tot het waarborgen van de keuzevrijheid van de cliënt, en pleit voor constructies waarbij de taken niet bij één aanbieder gelegd worden. Volgens BTN moet het bekostigingsmodel integraliteit bieden. Een knip tussen de coördinerende functie (niet toewijsbare zorgtaken) en de uitvoerende zorgactiviteiten (individueel toewijsbare zorg) biedt geen transparante gezondheidsuitkomsten. De oplossing ligt volgens hen in een integraal tarief waarin ook de preventieve taken worden opgenomen. Voor BTN is het wenselijk een bekostigingsmodel te kiezen voor 2015 dat al voorsorteert op het model van 2016.

Voor V&VN is het ook belangrijk dat zoveel mogelijk wordt toegewerkt naar het toekomstige eindmodel, dat integraal werken wordt gestimuleerd en ondersteund en dat gekozen wordt voor een zo eenvoudig mogelijke oplossing. Ook benadrukken zij dat het mogelijk moet worden gemaakt om vanuit wijkverpleegkundig perspectief verbinding te leggen tussen het Zvw en Wmo- en participatiedomein. V&VN spreekt de voorkeur uit voor het inzetten van de huidige prestatie AIV (variant 4) omdat deze volgens hen de beste mogelijkheden biedt om op eenvoudige wijze toe te werken naar de toekomstige bekostiging. Zij pleiten hierbij wel voor een alternatieve formulering omdat zij in de huidige formulering het risico zien dat de niet-toewijsbare zorg alleen op verwijzing van zorgprofessionals zoals huisartsen en medisch specialisten kan plaatsvinden. V&VN erkent het risico van de productieprikkel bij deze variant. Voor V&VN is het geen optie om deze variant mee te nemen in variant 2 omdat deze laatste volgens hen voorbij gaat aan het integrale werken en zij geen voorstander zijn van het apart contracteren van zorgaanbieders voor niet-toewijsbare zorg.

ZN geeft aan dat de vorm van de prestatie moet aansluiten bij het maken van afspraken met de gemeenten over de extra impuls gelden voor wijkverpleging. Dat betekent dat of een vrije prestatie zo moet worden ingericht dat zij ermee uit de voeten kunnen bij de zorg inkoop of dat de beleidsregel gebruikt wordt waarmee nu ook de regionale ondersteuningsstructuren (ROS) bekostigd worden. ZN benadrukt dat het hierbij puur over 2015 gaat.

Tot slot pleit het Zorginstituut Nederland voor het regelen van de niet-toewijsbare zorg op populatieniveau.

4.4 Advies

In haar eerdere advies heeft de NZa variant 1; opslag op het uurtarief, geadviseerd. Wij zien geen directe aanleiding om af te wijken van dit advies.

Wanneer voorgesorteerd wordt op het eindmodel (dat ten tijde van het eerdere advies nog open stond), waarin niet-toewijsbare zorg populatie gebonden bekostigd wordt, ziet de NZa variant 2 als de technisch meest haalbare optie. Deze variant komt tegemoet aan de wens van veldpartijen om de vergoeding voor niet-toewijsbare zorg niet afhankelijk te maken van de directe zorgproductie. Variant 3 (het inschrijftarief) kan als invulling dienen van deze variant, maar er zijn ook andere mogelijkheden (bijv. lump-sum financiering).

De uitwerking van variant 5 (de inzet van premiemiddelen) valt buiten het reguleringskader van de NZa en is in die zin juridisch niet haalbaar. Variant 4 biedt onvoldoende houvast voor de beheersing van de macro kosten en wordt om die reden niet geadviseerd.

De NZa acht het met het met betrekking tot de niet toewijsbare zorg nodig dat een aantal zaken tijdig worden uitgewerkt door de diverse betrokkenen, waarbij ook nader dient te worden bezien of en in hoeverre aanvullende regelgeving nodig is om de genoemde aandachtspunten voldoende te borgen. Het betreft in ieder geval de verdere afbakening en definiëring van niet toewijsbare zorg, de uitwerking van een landelijk dekkende inkoop, de wijze waarop aan deze zorg en het toezicht daarop invulling moet worden gegeven in het geval van restitutieverzekeringen en het eigen risico.