

Vergaderjaar 2014–2015

**31 765**

**Kwaliteit van zorg**

**Nr. 95**

**BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID,  
WELZIJN EN SPORT**

Ontvangen ter Griffie op 1 oktober 2014.

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Het besluit tot het doen van een **aanwijzing** kan niet eerder worden genomen dan op 31 oktober 2014.

Den Haag, 30 september 2014

Met deze brief doe ik u de tussenevaluatie van het experiment regelarme instellingen (ERAL) toekomen<sup>1</sup> en ga ik in op de wijze waarop lessen worden geborgd en ervaren knelpunten opgelost. Hiermee voldoe ik aan het verzoek van de Vaste Kamercommissie VWS (28 maart 2014) en mijn toezegging tijdens de plenaire behandeling van de Wet langdurige zorg (op 10 september 2014) om deze tussenevaluatie voor het debat over de begroting van VWS te doen toekomen (Handelingen II 2013/14, nr. 107, Wet langdurige zorg).

De zorgaanbieders die deelnemen aan het experiment regelarme instellingen hebben er veel in geïnvesteerd. Zij hebben hun organisatie aangepast, nieuwe zorgvormen ontwikkeld en ingevoerd en de daarmee samenhangende administratieve procedures en registraties ontwikkeld. Deze inspanningen worden door mij bijzonder op prijs gesteld. Ook waardeer ik de inzet van de zorgkantoren en de ZBO's. Zonder hun inzet waren de resultaten niet zo aansprekend als ze nu zijn.

Hierna ga ik in op hetgeen uit de tussenevaluatie naar voren komt en de conclusies die daaruit te trekken zijn. Samenvattend blijkt dat de experimenten veel hebben opgeleverd, zoals een betere kwaliteit van leven voor de cliënt, terwijl minder uren zorg nodig bleken; o.a. door nieuwe werkvormen te introduceren. De vermindering van de administratieve lasten ontstond in hoofdzaak bij zorgaanbieders zelf doordat zij patronen doorbraken die bepalend zijn voor de cultuur. De vermindering van de overheidsregels bleek slechts beperkt nodig te zijn. Wel was inzet vanuit de overheid noodzakelijk om partijen zoals zorgaanbieders, zorgkantoren en ZBO's bij elkaar te brengen en aanpassingen op het gebied van indicatiestelling, bekostiging, kwaliteitsverantwoording, bekostiging en declaratie te entameren. De leerervaringen uit de experimenten zijn benut bij de hervorming van de langdurige zorg. Tot slot bevat deze brief de

<sup>1</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

zakelijke inhoud van de aanwijzing aan de NZa voor de verlenging van het experiment regelarme instellingen als bedoeld in artikel 58 van de Wet marktordening gezondheidszorg.

## **1. Aanleiding: leren van experimenteren**

Na een oproep daartoe van VWS hebben 120 zorgaanbieders in 2011 een voorstel gedaan voor het experiment. De Tweede Kamer is daarover geïnformeerd bij brief van 6 juli 2011 (Kamerstuk 31 765, nr. 50).

De deelnemende zorgaanbieders willen aantonen dat zorg meer cliëntgericht geleverd kan worden, van betere kwaliteit en doelmatiger kan zijn door regeldruk te verminderen. Hoewel de experimenten onderling verschillen, is het samenbindende element dat zorgaanbieders streven naar nieuwe manieren om de zorg en ondersteuning beter te laten aansluiten op wat cliënten daadwerkelijk nodig hebben. Zij geven de professional meer ruimte en vertrouwen. De zorgaanbieders willen dat hun cliënten het middelpunt van aandacht zijn van hun medewerkers en dat deze hun werk kunnen doen zonder overbodige administratieve belasting. Door het wegnemen van onnodige administratieve handelingen neemt de ruimte voor professionals toe waardoor meer kwaliteit van de ondersteuning en zorg ontstaat.

Voor 28 zorgaanbieders zijn in 2012 de noodzakelijke voorbereidingen getroffen. De meeste experimenten zijn in 2013 van start gegaan, een enkeling kon al eerder van start gaan. Deze experimenten zijn aangekondigd in de brief van 23 december 2011 (Kamerstuk 31 765, nr. 53). De (24) huidige experimenten<sup>2</sup> zijn nu bijna anderhalf jaar gaande. Eind vorig jaar zijn die experimenten waarbij dat wenselijk werd geacht verlengd tot 31 december 2014.

Zowel gedurende de voorbereidingen van de experimenten (2012) als de uitvoering (2013/2014) zijn er vele bijeenkomsten geweest en zijn er gesprekken gevoerd met de deelnemers, hun stakeholders en VWS.

De ervaringen en leereffecten van de experimenten zijn waar mogelijk betrokken bij de hervorming van de langdurige zorg. Om ook in de verdere uitwerking van dat beleid te kunnen profiteren van de resultaten van de experimenten tot nu toe, zijn deze in beeld gebracht in een tussenevaluatie. Op basis van de resultaten tot eind vorig jaar en aan de hand van gesprekken tussen zorgaanbieder en medewerkers van het Ministerie van VWS, NZa, ZINL, CAK, CIZ, IGZ, ZN en de zorgkantoren, is een beeld geschetst van de uitkomsten tot dat moment. Daarenboven hebben ActiZ, NZa en CIZ een eigen tussenevaluatie gemaakt. Ook de uitkomsten hiervan zijn meegenomen in de bijgevoegde tussenevaluatie van het experiment regelarme instellingen.

## **2. Tussenresultaten**

De resultaten, zoals die blijken uit de tussenevaluatie gaan verder dan alleen vermindering van de administratieve lasten. De grootste winst uit de experimenten is het vinden van nieuwe vormen van (levering van) ondersteuning en zorg. Hiertoe zijn in de organisatie cultuurveranderingen gestart die leiden tot meer tevreden cliënten én medewerkers alsmede tot betere en andere contacten tussen zorgaanbieders en

---

<sup>2</sup> Bij de start waren er 28 experimenten. Gaandeweg hebben enkele zorgaanbieders besloten het experiment te willen beëindigen, bijvoorbeeld omdat de doelstelling van het experiment reeds gerealiseerd is. Gestopt zijn: Careyn, Thebe, Brabantzorg, Zorggroep Oude en Nieuwe Land. Over Careyn is de kamer apart geïnformeerd (170218-113303-lz, 21 november 2013).

uitvoerende organisaties. Deze verworvenheden leiden soms ook tot lagere kosten.

### *2.1 Aanpak is experimenteel: slimmer en beter door minder regels*

De deelnemers aan het experiment regelarme instellingen hebben hun hoofd boven het maaiveld uitgestoken met hun voorstellen en de realisering daarvan. Bij de start van ERAI waren de deelnemende aanbieders: IJsselheem, Prisma, Cordaan, Activite, Allertzorg, Opella, GGZ Friesland, Zorgboog, Pantein, Vitras, WMV Kwadrantgroep, Stichting Vilente, Careyn, Steinmetz de Compaan, Buurtzorg, Surplus, De Hoven, Abrona, Icare, Philadelphia, JP vd Bent, Thebe, Brabantzorg, Zorggroep Oude en Nieuwe Land, Palet, Stichting Thuiszorg Diensten Centrale, De Drienotenboomen en Transmurale Zorg Den Haag.

Alle zorgaanbieders, ook degenen die besloten om het experiment te beëindigen, hebben zich zeer ingespannen om van hun experiment een succes te maken. Het ging de zorgaanbieders niet zo zeer om minder regels, maar om regels die beter aansloten op de wijze waarop professionals zorg leveren aan cliënten. Ook de wens van sommige zorgaanbieders om tot een andere manier van kwaliteitsmeting en verantwoording te komen, vormde een belangrijke aanleiding.

Deze zorgaanbieders hebben vaak in afstemming met de betrokken instanties, zoals de IGZ en de zorgkantoren, hun processen heringericht, ze hebben andere registraties opgezet, nieuwe manieren van kwaliteit meten geïntroduceerd, enz.

Spiegelbeeldig hieraan was dat ook zorgkantoren en ZBO's een belangrijke inspanning moesten leveren om de voorstellen van de zorgaanbieders te accommoderen. De inspanningen van partijen hingen ook samen met uitgangspunten van het experiment: de cliënt mag geen nadeel van het experiment ondervinden en er mocht geen extra geld gemoeid zijn met de zorgverlening. Het borgen van de rechten (in indicaties) en plichten (in eigen bijdragen) van de cliënt en zijn omgeving (mantelzorgcompliment) vroeg inschikkelijkheid van zowel de zorgaanbieders als de zorgkantoren en de ZBO's.

Het experimenteren heeft bij diverse aanbieders geleid tot aansprekende resultaten zowel op het gebied van kwaliteit als doelmatigheid. Enkele voorbeelden zijn:

- Bij Prisma is de kwaliteit van leven van de cliënten met 10% gestegen;
- Meerdere zorgaanbieders geven aan met minder middelen meer te kunnen bereiken. Palet meldt een reductie in het zorgvolume van 18% met dezelfde resultaten van zorg, ActiVite een reductie van 19% in het aantal uur per cliënt, terwijl Opella ruim 9% meer cliënten kan helpen met hetzelfde budget;
- Bij enkele experimenten is de kwaliteit van leven in beeld gebracht aan de hand van het welbevinden van de cliënt, o.a. De Hoven en Icare.

Een belangrijke conclusie in de tussenevaluatie is dat het wegnemen van administratieve belemmeringen leidt tot betere kwaliteit en doelmatigheid.

Eigen aan experimenteren is dat gaandeweg duidelijk wordt welke elementen effectief zijn. Het vroeg tijd en inzet om de nieuwe werkvormen vorm te geven, medewerkers moesten wennen aan nieuwe vrijheid (zoals zelf indiceren), en de verantwoordelijkheid die daarmee samenhangt. Zorgkantoren en ZBO's moesten leren omgaan met de verschillende werkvormen die de zorgaanbieders hadden gekozen. Minder administra-

tieve lasten voor zorgaanbieders betekende bijna altijd meer (tijdelijke) inspanningen aan de kant van de zorgkantoren en ZBO's.

## *2.2 Cultuuromslag is nodig, en mogelijk: met resultaat*

Het wegnemen van administratieve belemmeringen bleek slechts deels in handen van de overheid. Voor veel deelnemende zorgaanbieders was het experiment regelarme instellingen een aanleiding om de interne regels ter discussie te stellen en te verminderen.

Eén van de redenen voor VWS om te starten met het experiment regelarme instellingen was dat professionals hun vak terug moeten krijgen. De analyse was dat externe en interne regels daarvoor een belemmering vormen. Om de experimenten mogelijk te maken, zijn werkwijzen en regels aangepast. Het meest ingrijpend was evenwel de noodzakelijke cultuurverandering. In meerdere experimenten is duidelijk geworden dat het mogelijk is om oude patronen te doorbreken.

Door de andere werkwijzen kan aan professionals meer ruimte worden gegeven, waardoor zij in plaats van (interne) regels te volgen zich daadwerkelijk kunnen verdiepen in wat de cliënt nodig heeft. De manier van handelen en de communicatie met de cliënt is in veel gevallen ook veranderd. Als er niet op voorhand bij de medewerker een patroon bekend is waarin de zorgvraag beantwoord moet worden, dan levert dat ruimte op voor een open gesprek over de wensen van de cliënt en de mogelijkheden hierin tegemoet te komen. Belangrijk bleek steeds weer de vraag te stellen of een bepaalde afspraak of regel het geluk of welbevinden van de cliënt ten goede komt. In veel gevallen is sprake van een onomkeerbare cultuurverandering in houding en gedrag ontstaan.

De experimenten hebben zichtbaar gemaakt dat er vaak meer ruimte is binnen de wettelijke kaders dan gedacht. Als illustratie: de experimenten vroegen alleen om een aanpassing in het Besluit zorgaanspraken en de beleidsregels van de NZa.

In de praktijk moesten zorgkantoren hun werkwijze aanpassen omdat deze (te) zeer gericht was op het zoeken van zekerheden waardoor de administratieve lasten groter dan nodig waren. Verder zijn afspraken gemaakt met betrekking tot de landelijke inkoopvoorwaarden van de zorgkantoren (werkwijzen, het herijken van afspraken of het aanpassen van gegevensstromen). Voor het overige ging het vooral om aanpassen van werkwijzen door de aanbieders zelf.

## *2.3 Toegang*

Zeventien instellingen hebben in hun experiment een element opgenomen met betrekking tot indicatiestelling. Dit varieert van:

- het indiceren door de zorgprofessional/aanbieder (indicatiemelding door de zorgaanbieder);
- de indicatiestelling voor AWBZ en/of voor de Wmo door de aanbieder;
- een ruimere geldigheidsduur van indicaties; tot
- het afnemen van de BOPZ toets door een professional.

Het is belangrijk onderscheid te maken tussen zorgaanbieders die zelf indiceerden voor extramurale functies en klassen, zij die indiceerden voor intramurale zorg en de aanbieders die beide groepen cliënten indiceren. Juist de zorg die kan worden geboden op basis van een indicatiebesluit in functies en klassen (extramurale zorg in het kader van de AWBZ) zal in het kader van de hervorming langdurige zorg (HZL) niet langer onderdeel uitmaken van het pakket verzekerde zorg in de Wlz. Deze zorg wordt deels ondergebracht in de Wmo 2015 en deels (wijkverpleging, het grootste

deel van de functies verpleging en verzorging uit de AWBZ) in de Zvw. Zowel de gemeentelijke verordeningen als de lagere regelgeving in het kader van de Zvw zijn gebaat bij de kennis die is opgedaan met een andere manieren van toegangbepaling.

Voor de Zvw geldt dat op dit moment door het veld zelf een instrument is ontwikkeld op basis waarvan kan worden vastgesteld of, en zo ja, in welke mate een verzekerde in aanmerking komt voor wijkverpleging. De kennis die is opgedaan door organisaties als o.a. Icare en De Zorgboog komt daarbij van pas. De ontwikkelaars van het instrument zijn in contact gebracht met de experimenterende zorginstellingen, zodat de kennis aanwezig bij de zorgaanbieder benut kan worden.

Gemeenten zijn vrij in het ontwikkelen van criteria die gehanteerd zullen gaan worden om te beoordelen of een inwoner al dan niet in aanmerking komt voor ondersteuning. Veelal zal dat gaan om inwoners die tegelijkertijd ook een zorgvraag hebben neergelegd bij hun zorgverzekeraar. Ervaringen in bijvoorbeeld Leeuwarden in ERAI-verband hebben daarvoor bruikbare gegevens opgeleverd. Die zullen voor alle gemeenten toegankelijk worden gemaakt als voorbeeld hoe een en ander kan worden vormgegeven.

De opgedane ervaringen zijn van belang, omdat de aanbieders die zelf indiceren keuzes hebben gemaakt die aansluiten bij de hervorming van de langdurige zorg. Zij hebben de medewerkers de ruimte gegeven om als professional het gesprek met de cliënt aan te gaan, ruimte te nemen om de vraag achter de vraag te stellen en meer vanuit de klant te redeneren dan vanuit het door een ander opgestelde indicatiebesluit. Zij zoeken het contact met mantelzorgers, familie en de sociale omgeving en gaan daarnaast op zoek naar professionals binnen andere domeinen. In deze gesprekken wordt zoveel mogelijk uitgegaan van de eigen kracht van de cliënt en wordt diens welbevinden als resultaat van de zorginzet geformuleerd. Dat de kwaliteit van de geleverde zorginzet dan ook op andere wijze kan worden weergegeven geef ik hierna aan. Deze manier van werken heeft bovendien aangetoond dat kostenbesparend kan worden gewerkt. Meerdere aanbieders geven in de tussenrapportage aan dat zij een reductie hebben gemeten in het zorgvolume (variërend van 7% tot 18%). Kosten besparen zonder de kwaliteit te verminderen draagt bij aan de houdbaarheid van zorg.

In het wetsvoorstel Wlz is aangegeven hoe de indicatiestelling voor de langdurige zorg zal plaatsvinden. De toegang tot de Wlz vindt plaats in de vorm van een heldere en eenduidige indicatiestelling door het CIZ. De indicatiestelling vindt plaats in persoon. De uitkomsten van het experiment regelarme instellingen laten zien dat gemandateerde indicatiestelling op termijn rechtvaardig kan zijn. Of daarvan in het kader van de herindicaties van indicatiebesluiten met zorgprofiel bij de noodzaak van een ander zorgprofiel sprake kan zijn, zal nader worden bezien.

Geen onderdeel van de nieuwe wetgeving is de mogelijkheid om als zorgaanbieder zelf de BOPZ toets (dan: Wzd-toets) uit te voeren. In de Wet zorg en dwang (Wzd) is deze taak neergelegd bij het CIZ. Ook al heeft de experimenterende organisatie aangetoond dat een Bopz- of Wzd-toets inhoudelijk gezien – onder strikte voorwaarden – goed zelf uit te voeren is, toch wordt in deze specifieke procedure voor een besluit tot opname en verblijf het accent gelegd op de rechtsbescherming voor de cliënt. En die rechtsbescherming is het meest gebaat bij uitvoering door een onafhankelijk orgaan.

## 2.4 Kwaliteitsverantwoording

Uit de tussenevaluatie van het experiment regelarme instellingen komt naar voren dat de verantwoording over kwaliteit van zorg afgeleid zou moeten worden van de feitelijke zorgverlening. Deze experimenten zijn vooral gericht op de intramurale zorg en als zodanig relevant voor de uitvoering van de Wlz. De informatie die wordt vergaard op basis van de bestaande indicatoren staat deels los van het zorgproces. Daarnaast brengen de bestaande indicatoren aanzienlijke administratieve lasten met zich mee.

De experimenten ontwikkelden een andere vorm van meten van kwaliteit en verantwoording. Enkele aanbieders hebben de huidige kwaliteitsmeting vereenvoudigd en anderen hebben een alternatief ontwikkeld. Verder werken Cordaan en Philadelphia met een zorgkantoor samen aan een nieuw instrument voor kwaliteitsmeting en -verantwoording.

Het uitgangspunt bij deze experimenten is dat de kwaliteit ontstaat in de relatie tussen de professional en de cliënt en de (cliënt)veiligheid geborgd is. In de relatie cliënt-professional gaat het niet zozeer om het voorkomen van ongewenste situaties (negatieve kwaliteit) maar vooral om het streven naar welbevinden (positieve kwaliteit). Het meten van cliënttevredenheid in de dialoog tussen cliënt en professional maakt het mogelijk direct verbeteracties in te zetten waar dat nodig is. Volgens de zorgaanbieders leveren de ontwikkelde methodieken een betrouwbaarder beeld van kwaliteit dan het beeld dat ontstaat op basis van bestaande indicatoren.

Door de zorgaanbieders is op dit gebied en ten aanzien van medicatieveiligheid veel aandacht besteed aan scholing van medewerkers. Alle instellingen die een andere manier van kwaliteitsmeting hebben ontwikkeld, geven aan dat de focus is verschoven van het afvinken van lijsten naar het zorgen voor alertheid bij medewerkers en het goed kijken naar de situatie van de klant. Opvallend is dat veel zorgaanbieders er niet van op de hoogte zijn dat zij niet aan de «Hygiëncode voor de voedingsverzorging in zorginstellingen en defensie» hoeven te voldoen, zolang ze geen complexe handelingen (zoals inkoelen van voedsel) verrichten bij het bereiden van maaltijden. Dan kunnen ze overstappen op de «hygiëncode voor de voedingsverzorging in woonvormen.»

De hier boven beschreven ervaringen van de zorgaanbieders hebben als inspiratiebron gediend voor de vormgeving van het Wlz. De experimenten laten zien dat niet enkel vanuit risicobeheersing maar vanuit focus op welbevinden van de klant naar kwaliteit in de zorg gekeken moet worden. Het pleidooi van de zorgaanbieders is de externe verantwoording aan te laten sluiten bij de interne verantwoording over het primaire proces. Voor de Wlz betekent dit dat VWS samen met partijen, waaronder het Zorginstituut Nederland (ZiNL) en de zorgkantoren zal ik bezien op welke wijze de goede resultaten kunnen worden voortgezet dan wel geborgd en de input uit de experimenten breder ingezet kunnen worden. Waar kwaliteitsmetingen en of -systemen eenvoudiger kunnen zou dit het streven moeten zijn. Ik zie op voorhand geen belemmeringen voor de betrokken veldpartijen om op het vlak van transparantie van kwaliteit voort te bouwen op de ervaringen uit het experiment regelarme instellingen. In de schriftelijke antwoorden op vragen gesteld in de eerste termijn van de behandeling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2014 (Kamerstuk 33 750-XVI) heb ik naar aanleiding van de vraag van mevrouw Keijzer (CDA) toegezegd, samen met cliënten, de IGZ en de Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit (NVWA) te gaan verkennen waar op het terrein van kwaliteit, veiligheid en HACCP de feiten liggen en waar de fictie (Kamerstuk 33 750 XVI, nr. 13). Ook heb ik gezegd dat ik de ervaringen uit

de meldingen en het experiment regelarme instellingen hier bij zou betrekken. Ik heb de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NCPF) gevraagd te verkennen waar op het terrein van kwaliteit, veiligheid en HACCP de feiten liggen en waar de fictie. De NPCF onderzoekt welke regels door bewoners/mantelzorgers, verzorgenden en managers van verpleeghuizen als belemmerend worden ervaren voor de eigen regie en kwaliteit van leven. Ook wordt de herkomst van deze regels onderzocht bijvoorbeeld collectieve regels zoals infectiepreventie, HACCP, huisregels of individuele maatregelen. Ik zal u daarvan op de hoogte stellen, zodra een en ander nader in kaart is gebracht.

### *2.5 Bekostiging en declaratie*

Uit de tussenevaluatie komt naar voren dat de bekostiging van zorg zoveel mogelijk in lijn moet zijn met het primaire proces. Meerdere instellingen hebben afspraken gemaakt met het zorgkantoor over een andere manier van bekostiging en/of een andere verantwoording van de ingezette middelen. Dit betreft onder andere het loslaten van onderscheid in functies in de extramurale zorg; het ontwikkelen van dag- of weekprestaties in de extramurale zorg; het maken van lumpsum afspraak op jaarbasis en het inzetten van AWBZ-middelen voor Wmo activiteiten. Enkele zorgaanbieders wilden extramuraal vaker dan een keer per maand de declaraties aanleveren. Enkele zorgaanbieders zijn gedurende het experiment gestopt met het indienen van de declaratie via de AW319 in combinatie met lumpsumafspraken. Het doel van deze afspraken is in algemene zin te bevorderen dat de juiste zorg op de juiste momenten kan worden ingezet, zonder restricties in het type functie of het aantal uren per cliënt of per week. Soms is aan het begin intensievere zorg nodig, om binnen een paar weken af te kunnen bouwen wat leidt tot gemiddeld minder uren zorg per klant.

Een meerderheid van de experimenten geeft aan dat flexibiliteit in de bekostiging tot reductie van zorgvolume heeft geleid. De zorgaanbieders die zijn overgestapt op lumpsumbekostiging voor extramurale zorg rapporteren een flinke reductie in het aantal uur en een stijging van het aantal geholpen cliënten binnen hetzelfde budget van ca. 9%. De vermindering van administratieve lasten die zorgaanbieders rapporteren heeft met name te maken met het opheffen van het onderscheid in functies en/of prestaties.

Met de hervorming van de langdurige zorg wordt een nieuw speelveld gecreëerd ten aanzien van de bekostiging. Ik vind het van belang dat zowel binnen de Wlz, Wmo en Zvw als tussen deze systemen voldoende flexibiliteit wordt aangebracht in de bekostiging om het primaire proces te ondersteunen. Ik zal bij vormgeving van de bekostiging van de Zvw en de Wlz de ervaringen van de experimenterende zorgaanbieders specifiek betrekken. In de tussentijd maak ik het onder de Zvw voor zorgverzekeraars in overleg met de zorgaanbieders mogelijk om de experimenten ten aanzien van de bekostiging door te laten lopen tot de nieuwe bekostiging gereed is. Voor wat betreft de Wlz wil ik de experimenten op het gebied van bekostiging verlengen, zodat de ervaringen gebruikt kunnen worden voor de toekomstige bekostiging in de Wlz.

### *2.6 Berichtenverkeer*

Uit de tussenevaluatie van het experiment regelarme instellingen komt naar voren dat de vereenvoudiging van het berichtenverkeer kan bijdragen aan de vermindering van de administratieve lasten. Enkele extramurale experimenten zijn gestopt met meldingen aan het

zorgkantoor over de aanvang van zorg, mutatie en einde van zorg, omdat deze informatie ook beschikbaar is in de declaratie. De voordelen blijken in praktijk beperkt omdat het een uitzondering op de reguliere werkwijze betreft en zorgaanbieders het voor een gedeelte van hun organisatie doen. Zorgaanbieders pleiten daarom voor een landelijke vereenvoudiging. Een aantal van de experimenten die het berichtenverkeer wilde versimpelen zijn door het Ministerie van VWS betrokken bij de vormgeving van het berichtenverkeer op korte en middellange termijn.

### **3. Borging verworvenheden het experiment regelarme instellingen 2015 en proeftuinen HLZ**

Ik vind het belangrijk de lessen uit het experiment regelarme instellingen mee te nemen in de vormgeving en uitwerking van de langdurige zorg. Hiervoor ben ik voor de verschillende onderdelen ingegaan op de ervaringen in de experimenten en het borgen daarvan. De borging van de resultaten van de experimenten ligt in de eerste plaats in het veld zelf. De regelgeving, zoals de Wlz, Zvw of de Wmo 2015 is veelal niet belemmerend voor de werkwijzen die door de deelnemers aan het experiment regelarme instellingen zijn ontwikkeld. Aangezien er veel mogelijk is zonder dat er regels belemmeren, is continuering en opschaling van het geleerde vooral in handen van het veld zelf.

Met de experimenterende zorgaanbieders en de stakeholders zijn gesprekken gevoerd om per experiment te kijken hoe de geïmplementeerde werkwijzen en bereikte resultaten kunnen worden gecontinueerd vanaf 2015 onder de Wlz, Zvw en Wmo 2015. Daarnaast worden de ervaringen en ontwikkelde instrumenten verspreid via «In voor Zorg!»

Enkele ERAI-experimenten worden «doorontwikkeld» in het kader van de proeftuinen HLZ. In het kader van de HLZ zijn inmiddels 13 proeftuinen HLZ gestart. Het gaat om proeftuinen waarbij gemeente(n), aanbieders en zorgverzekeraars/zorgkantoren samenwerken en waarbij de lokale cliëntenorganisaties ook betrokken zijn. Het betreft initiatieven in de gemeenten Ede, Leeuwarden/Leeuwarderadeel, Eindhoven, Enschede, Den Haag, Utrecht, Rotterdam, Amsterdam, Oss, Hoogeveen en Tilburg en de regio's Gooi en Vechtstreek en de Achterhoek. De proeftuinen verschillen onderling in inhoud en opzet. In ongeveer de helft van de proeftuinen wordt gewerkt met wijkteams. Ook zijn er proeftuinen met aandacht voor specifieke onderwerpen, zoals dementie en ICT (digitaal leefplein).

Doel van de proeftuinen HLZ is veelal het onderzoeken van werkwijzen die het realiseren van een verschuiving van zwaardere naar lichtere zorginzet (waaronder informele zorg) mogelijk maken. De lessen van deze proeftuinen HLZ worden door In voor Zorg! in beeld gebracht en verspreid. Ook de ervaringen van de proeftuinen HLZ worden meegenomen in de verdere uitwerking van de toekomstige langdurige zorg.

Hiervoor ben ik voor de verschillende onderdelen ingegaan op de ervaringen in de experimenten en het borgen daarvan.

### **4. Voorhang aanwijzing verlenging experiment regelarme instellingen**

Deze paragraaf bevat de zakelijke inhoud van de aanwijzing die ik op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (WVG) aan de NZa van plan ben te geven over de verlenging van het experiment regelarme instellingen binnen de kaders van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ, dan wel de nieuwe Wet langdurige zorg (Wlz). Overeenkomstig



artikel 8 van de WMG ga ik tot het geven van de aanwijzing niet eerder over dan nadat dertig dagen zijn verstreken na verzending van deze brief.

Met de aanwijzing geef ik de NZa de opdracht het experiment regelarme instellingen voor de verpleging en verzorging te verlengen onder de Zvw en het experiment regelarme instellingen voor de langdurige zorg te verlengen onder de AWBZ, dan wel de nieuwe Wet langdurige zorg. De verlenging van de ERAI-experimenten onder de Zvw en de Wlz geldt totdat de nieuwe bekostiging onder de Zvw en de Wlz ingevoerd is, met dien verstande dat de duur van het experiment onder de Wlz of Zvw overeenkomstig artikel 57 van de Wmg maximaal 5 jaar bedraagt.

Met deze verlenging kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars de reeds in 2014 lopende ERAI-experimenten betreffende verpleging en verzorging, voor zover die per 1 januari 2015 tot de Zvw behoren, laten doorlopen totdat de nieuwe bekostiging voor verpleging en verzorging gereed zal zijn. Daarmee behouden zorgaanbieders de mogelijkheid om met zorgverzekeraars afspraken te maken om de bekostigingsafspraken in het kader van het experiment regelarme instellingen te continueren onder de Zvw. Voordeel daarvan kan zijn dat zorgaanbieders niet twee keer hoeven te wisselen van bekostigingssysteem (per 1 januari 2015 van ERAI-afspraken naar Zvw prestaties en per 1 januari 2016 naar de definitieve bekostiging van wijkverpleging). Bovendien kunnen deze experimenten voor een waardevolle input zorgen die kan worden gebruikt bij de totstandkoming van de nieuwe bekostiging voor verpleging en verzorging. Zodra de nieuwe bekostiging onder de Zvw voor verpleging en verzorging ingevoerd/van kracht is, eindigt deze experimentmogelijkheid.

Met deze verlenging kunnen zorgaanbieders en zorgkantoren de reeds in 2014 lopende ERAI-experimenten betreffende de bekostiging van de langdurige zorg, voor zover die per 1 januari 2015 tot de AWBZ, dan wel de Wlz, behoort, laten doorlopen. Daarmee behouden deze zorgaanbieders en zorgkantoren de mogelijkheid om andere wijze van bekostiging, zoals meerjaren(lumpsum)afpraak, en afwijkende afspraken omtrent de AO/IC te continueren en waar gewenst uit te breiden. Deze ervaringen kunnen worden gebruikt voor de toekomstige bekostiging in de Wlz. Zodra de nieuwe bekostiging onder de Wlz ingevoerd/van kracht is, eindigt deze experimentmogelijkheid.

## **5. Samen grote inspanningen geleverd**

Na anderhalf jaar is bleken dat de experimenten veel hebben opgeleverd en veel hebben gevraagd van de betrokken aanbieders, zorgkantoren en ZBO's. Hierdoor is nieuwe kennis ontstaan die zowel een rol speelt bij de verdere beleidsvorming als in de zorgverlening zelf. Ik ben alle partijen erkentelijk voor hun inzet.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M.J. van Rijn