

**Advies**

# **Bekostiging verpleging en verzorging in de Zorgverzekeringswet**

Op weg naar integrale  
zorgbekostiging met  
resultaatbeloning



## Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>15</b>
1.1 Aanleiding	15
1.2 Aanspraak en terminologie	15
1.3 Opdracht	16
1.4 Inzet Gupta Strategists	17
1.5 Afbakening	17
1.6 Samenhang met andere projecten	17
1.7 Leeswijzer	18
<b>2. Bekostigingsmodel verpleging en verzorging</b>	<b>19</b>
<b>3. Zorgbekostiging</b>	<b>22</b>
3.1 Inleiding	22
3.2 Prestatiestructuur	22
3.3 Prestatiebeschrijvingen	26
3.4 Toeleiding naar de prestaties	28
3.5 Tarieven	28
3.6 Doorontwikkeling bekostigingsmodel	29
3.6.1 De prestatie­structuur	29
3.6.2 De tarieven	30
3.7 Registratie- en declaratiebepalingen	30
3.8 Onderzochte alternatieven	31
3.9 Conclusie	32
<b>4. Patiëntgebonden opslagen</b>	<b>33</b>
4.1 Inleiding	33
4.2 Resultaatindicatoren	33
4.3 Prestatiebeschrijvingen	34
4.4 Tariefsoort	35
4.5 Inkoop	35
4.6 Restitutiepolissen	35
4.7 Voorwaarden en criteria	36
4.8 Tempo, omvang en verantwoordelijkheid	37
4.9 Conclusie	38
<b>5. Populatiegebonden toeslagen</b>	<b>39</b>
5.1 Inleiding	39
5.2 Populatiebekostiging	39
5.2.1 Problemen en risico's inpassen populatiebekostiging in de Zvw	39
5.2.2 Advies NZa populatiebekostiging in de Zvw	40
5.3 Prestatiebeschrijvingen en tariefsoort	40
5.3.1 Toeslag niet-toewijsbare zorg	40
5.3.2 Toeslag onplanbare zorg (regionaal)	41
5.4 Inkoop	42
5.5 Aandachtspunten	43
5.6 Conclusie	43
<b>6. Aandachtspunten met betrekking tot fraudegevoeligheid</b>	<b>45</b>
6.1 Inleiding	45
6.2 Zorglevering: prikkels tot onder- en overbehandeling	45
6.3 Declaraties door zorgaanbieders	47
6.4 Controle door zorgverzekeraars	47
6.5 Mogelijkheden tot toezicht en handhaving NZa	48

6.6	Conclusie	48
<b>7.</b>	<b>Invoering nieuwe bekostiging</b>	<b>50</b>
7.1	Ambitieuze tijdlijn	50
7.2	Uitwerking beleid, prestaties en tarieven	51
7.3	Aandachtspunten voor VWS	52
7.4	Aandachtspunten voor veldpartijen	52
	<b>Bijlage 1. Impactanalyse</b>	<b>54</b>
	<b>Bijlage 2. Samenvatting reacties consultatiepartijen</b>	<b>56</b>

## Vooraf

De NZa heeft op 28 november 2013 de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) geadviseerd over de overheveling van de extramurale verpleging en verzorging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) per 2015. In dat advies hebben wij geadviseerd over een nieuw bekostigingsmodel en aangegeven om voor 2015 een terugvaloptie te kiezen. Dit laatste om verzekeraars en aanbieders meer tijd te geven om zich voor te bereiden op een nieuwe inkoop en bekostigingssystematiek en vanwege uitvoeringstechnische redenen. In mei 2014 heeft de minister van ons aanvullend een advies ontvangen over deze terugvaloptie waarbij specifiek is ingegaan op de mogelijkheden tot vereenvoudiging van bestaande prestaties, de mogelijkheden voor toepassing van het Experiment Regelarme Instellingen (ERAI) en als laatste de mogelijkheden voor de bekostiging van niet-toewijsbare zorg voor het jaar 2015.

Voorliggend advies is een aanvulling op de twee eerdere adviezen. Wij beantwoorden de vraag van de minister van VWS over het toekomstige bekostigingsmodel voor verpleging en verzorging in de Zvw vanaf 2016. In dit advies presenteren wij daartoe de eerste invulling van het bekostigingsmodel en de overige zaken die relevant zijn voor de invoering van dit model voor de toekomstige bekostiging van verpleging en verzorging in de Zvw.

In opdracht van de NZa heeft Gupta Strategists (Gupta) een onderzoek gedaan naar de omvang en inhoud van het bekostigingsmodel. Belanghebbende partijen hebben input kunnen leveren tijdens de bijeenkomsten georganiseerd door Gupta. Als u het document leest, ziet u dat wij op essentiële punten gemotiveerd afwijken van het advies van Gupta.

Bij de invulling van het model hebben wij een aantal vragen via een consultatieronde voorgelegd aan experts in het veld, zoals ziektekostenverzekeraars, zorgaanbieders, branchepartijen en overheidsorganisaties. De uitkomsten van de consultatie zijn meegewogen in dit definitieve advies.

De NZa hecht grote waarde aan het betrekken van belanghebbenden en deskundigen 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.

Nederlandse Zorgautoriteit,

drs. M.A. Ruys  
voorzitter Raad van Bestuur a.i.



## Managementsamenvatting

### *Inleiding*

De minister van VWS (de minister) 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:

- Segment 1: wijkgericht werken, niet op voorhand aan een individueel zorgtraject toe te rekenen, populatiebekostiging;
- Segment 2: de feitelijke zorglevering, beperkt aantal prestaties, zorgzwaartepakketten;
- Segment 3: resultaatbekostiging, belonen op resultaten behaald in segment 1 en 2.

De minister heeft ons verzocht het 3-segmentenmodel verder uit te werken om invoering mogelijk te maken. In dit advies adviseren wij over de nadere invulling van het bekostigingsmodel. Aanvullend heeft de minister hierop nog enkele specifieke voorwaarden aan het model gesteld. Zo moet het model niet langer een productieprikkel bevatten, zoals in de bekostiging van extramurale verpleging en verzorging in de AWBZ wel het geval was. Het bekostigingsmodel moet juist prikkels bevatten tot ontzorgen en het bevorderen van zelfredzaamheid. Ook moet er ruimte zijn voor aanvullende beloningsafspraken op basis van uitkomsten.

Ter onderbouwing van ons advies hebben wij adviesbureau Gupta Strategists gevraagd om de uitwerking van het 3-segmentenmodel te onderzoeken. Deze uitwerking is in nauwe samenspraak met veldpartijen ontwikkeld. Het definitieve advies van Gupta is ter informatie bij het advies meegezonden aan VWS.

Op basis van het advies van Gupta hebben we een concept advies uitgewerkt en deze aan partijen voorgelegd (consultatiebijeenkomst). Uit de consultatieronde is gebleken dat partijen in het eerder geschetste 3-segmentenmodel niet de gewenste ruimte zien voor de toekomst (zie voor een totaal overzicht van de reacties van partijen bijlage 2). Met name het onderscheid tussen segment 1 en 2 stuitte op kritiek. Wij hebben het model daarom heroverwogen en waar mogelijk aangepast.

We realiseren ons dat het voorgestelde model op een aantal punten afwijkt van de wensen van partijen. Er is om die reden aangegeven op welke punten doorontwikkeling mogelijk en wenselijk is. Om zorgvuldige invoering en doorontwikkeling mogelijk te maken is het van belang dat het model geïmplementeerd wordt en benodigde informatie geregistreerd. Het door ons geadviseerde model kan gezien worden als een tussenstap om te komen tot een toekomstbestendig eindmodel.

Figuur 1 op de volgende pagina geeft het model weer zoals wij dit voor 2016 voorstellen.

**Figuur 1: Bekostigingsmodel 2016**



Bron: NZa

*Toelichting bekostigingsmodel*

Centraal in dit model staat de bekostiging van zorg op basis van de ingezette uren en deskundigheidsmix (zorgzwaarte). De zorg wordt bekostigd door middel van vijf zorgpakketten. Voor zorg bij een zeer intensieve zorgvraag is het mogelijk om aanvullend op het pakket de toeslag 'Zeer intensieve zorgvraag' te declareren.

Hiermee wordt een stap naar integrale bekostiging gezet. We gaan van het huidige bekostigingsmodel met declaratie van verschillende uurprestaties per patiënt, naar declaratie van een zorgpakket per patiënt. De toeleiding naar deze zorgpakketten is op basis van daadwerkelijk ingezette uren en deskundigheid.

De geregistreerde uren en deskundigheidsmix worden voor de afleiding gebruikt maar daarnaast zijn deze gegevens ook van belang voor de transparantie richting zowel zorgverzekeraars als patiënten. Deze informatie is daarnaast ook noodzakelijk voor het tariefonderhoud en doorontwikkeling van het model richting het eindperspectief (zie hierna).

Gezien de wens in het veld om de administratieve lasten door registratie te verlagen hebben we gekeken of de wijze van afleiding en registratie op dit moment anders kan worden vormgegeven. Specifiek is hierbij gekeken naar declaratie op basis van uitsluitend indicatie, zonder verdere registratieverplichtingen. Dit is volgens ons juridisch niet houdbaar omdat uit de Wmg volgt dat het niet is toegestaan om een tarief in rekening te brengen voor een prestatie die niet daadwerkelijk geleverd is. Daarnaast schrijft de wet ook minimale registratieverplichtingen voor.

Over de concrete uitwerking van de vastlegging zal de NZa nog nader met veldpartijen in gesprek gaan.



De zorgpakketten kennen een maximumtarief, dat door de NZa wordt vastgesteld. Het tarief is opgebouwd uit de volgende drie hoofdcomponenten: prijs per uur, deskundigheidsmix en het aantal uren. Zorgverzekeraars en zorgaanbieder komen een prijs per prestatie van maximaal deze tariefwaarde overeen.

Naast de zorgbekostiging bevat het model twee patiëntgebonden opslagen en twee populatiegebonden toeslagen.

#### *Patiëntgebonden opslagen*

Patiëntgebonden opslagen bieden ruimte voor een grotere focus op de bekostiging/beloning van resultaten en het stimuleren van innovatie. Er geldt voor die prestaties een beperkte prestatieregulering met vrije tarieven. Ons advies is de vaststelling van twee opslagen op individueel niveau (een bedrag per patiënt): de eerste prestatie is *resultaatbeloning*, en de tweede prestatie is *zorgvernieuwing*. Beide opslagen kennen een vrij tarief. De omvang van de patiëntgebonden opslagen wordt niet door de NZa vastgesteld. Het is aan verzekeraars om hierover heldere afspraken te maken, binnen het macro budgettaire kader voor verpleging en verzorging. Daarnaast adviseren wij een contractvereiste voor de beide prestaties op te nemen.

#### *Populatiegebonden toeslagen*

Populatiebekostiging past in beginsel niet binnen de Zvw omdat het op gespannen voet staat met de uitgangspunten van de Zvw. Als de keuze wordt gemaakt voor populatiebekostiging binnen de Zvw dan kan dat het beste vorm worden gegeven met een prestatie voor de populatiegebonden toeslagen waarbij veel vrijheid wordt gegeven aan zorgverzekeraars om de vorm van de prestatie te bepalen (per verzekerde, lumpsum, etc.) en de hoogte van het tarief (vrij tarief).

De eerste populatiegebonden toeslag betreft de *niet-toewijsbare zorg*. Met de toeslag voor de niet-toewijsbare zorg worden taken bekostigd die niet direct toewijsbaar zijn aan een individueel zorgtraject van een patiënt. Het betreffen signalerende en preventieve taken, de samenwerking met sociale wijkteams of een vergelijkbaar verband en het signaleren van een mogelijke zorgvraag, waarbij de werkzaamheden vallen binnen de Zvw. De NZa zal een declaratievoorwaarde koppelen aan deze toeslag. Een zorgaanbieder mag deze toeslag alleen declareren indien hij tevens individueel toewijsbare verpleging en verzorging levert en declareert. De integraliteit voor de niet-toewijsbare zorg wordt op deze manier geborgd.

De tweede populatiegebonden toeslag betreft de regionale organisatie van *onplanbare zorg*. Deze toeslag kan een zorgverzekeraar afspreken met een zorgaanbieder die onplanbare zorg binnen een regio organiseert (beschikbaarheid, oproepbaarheid, zorglevering) voor andere zorgaanbieders. Zorgaanbieders die onplanbare zorg voor hun eigen patiënten zelf leveren (en dus geen gebruik maken van een regionale organisatie) bekostigen deze zorg uit de vijf zorgpakketten.

De NZa adviseert om voor beide toeslagen een contractvereiste op te nemen. Zorgverzekeraars kunnen zo met de inkoop sturen op een doelmatige zorgverlening en selectief inkopen. Beide toeslagen kennen een vrij tarief.

Aandachtspunt is de toezichtbaarheid en handhaafbaarheid van de populatiegebonden toeslagen. De zorg is niet op patiëntniveau herleidbaar en declarabel. Daarnaast is er geen verdeelmodel beschikbaar. In veel gevallen wordt geen concrete zorgvraag geuit door patiënten. Hierdoor is de naleving van de zorgplicht moeilijk te toetsen

en kande NZa inkoop door (restitutie)verzekeraars van niet-toewijsbare zorg en onplanbare zorg (regionaal) lastig afdwingen. Tenslotte gaan populatiebekostiging en een wettelijk verplicht eigen risico niet goed samen.

Het gezamenlijk organiseren van de inkoop middels representatie of een volgmodel lijkt het meest passende inkoopmodel voor de populatiegebonden toeslagen vanwege de gewenste afstemming en samenwerking binnen een wijk of regio. De NZa adviseert niet over inkoop via representatie of een volgmodel omdat de Autoriteit Consument & Markt (ACM) hierover gaat.. Het is daarom van belang dat VWS en ACM de mogelijkheden en onmogelijkheden van gezamenlijke inkoop afstemmen.

Met dit model worden alle vormen van de verpleegkundige zorg in de eigen omgeving bekostigd. Hieronder valt dus ook verpleegkundige zorg aan specifieke doelgroepen en specialistische vormen van verpleging. Denk hierbij aan ketenzorg dementie, intensieve kindzorg (IKZ) en complexe wondzorg. Het gaat gaat bij IKZ alleen om de verpleegkundige en verzorgende zorglevering. De bekostiging van verblijf en vervoer moet nog nader worden uitgewerkt op basis van duiding door het Zorginstituut en aanwijzing van VWS.

Voor ketenzorg dementie, IKZ en complexe wondzorg geldt in alle gevallen dat de direct aan de patiënt bestede tijd via de zorgpakketten kan worden bekostigd. Hierbij gaat het zowel om de verpleegkundige handelingen als bijvoorbeeld de regiefunctie die bij wondzorg of ketenzorg wordt vervuld. De toeslagen bieden daarnaast veel vrijheid om aanvullende afspraken te maken zodat er bijvoorbeeld een extra vergoeding voor behaalde resultaten kan worden geboden.

Het totaal aan zorg dat met dit model wordt bekostigd, zorgbekostiging inclusief alle opslagen en toeslagen, valt onder het budgettair kader verpleging en verzorging. Dit betekent dat de verschillende onderdelen als communicerende vaten werken. Een grotere financiële omvang van het ene onderdeel beperkt de omvang van andere onderdelen.

#### *Invoering bekostigingsmodel*

Tijdens de consultatie hebben enkele veldpartijen aangegeven de invoering van de nieuwe bekostiging uit te willen stellen. De hiervoor aangedragen redenen zijn drieledig:

1. De wens van met name zorgaanbieders om eerst te starten met proeftuinen. In deze proeftuinen willen partijen verder werken aan de 'stip aan de horizon'; een resultaatgerichte bekostiging, waarbij de zorg niet gesegmenteerd, maar integraal wordt ingekocht.
2. De wens van met name verzekeraars om de bekostiging te enten op casemix/zorgvraagzwaarte/patiëntkenmerken.
3. De inschatting van veldpartijen dat voor zorgvuldige invoering van het nieuwe bekostigingsmodel meer tijd nodig is, met name in het aanpassen van declaratiestandaarden en IT-systemen.

De NZa is geen voorstander van het uitstellen van de invoering van de bekostiging om ruimte te bieden aan (kleinschalige) proeftuinen, waarin geëxperimenteerd kan worden. Waar geëxperimenteerd gaat worden is onduidelijk. Daarnaast is het risico van deze aanpak dat nog jaren wordt gewerkt met de huidige bekostiging, omdat de resultaten van dergelijke proeftuinen niet op korte termijn beschikbaar komen. Daarbij is er in het nieuwe model voldoende ruimte voor partijen om te experimenteren met bijvoorbeeld resultaatbeloning of vernieuwende zorgvormen.

De wens om de bekostiging te enten op patiëntkenmerken delen wij. Uit de analyses is echter gebleken dat dit op basis van de huidige data niet mogelijk is door het ontbreken van voldoende correlatie. Als uit de registraties binnen de zorgpakketten blijkt dat er criteria zijn op basis waarvan de toeleiding naar pakketten (deels) kan worden verklaard (bijvoorbeeld ziektebeeld/beperking of omgeving/mantelzorgers), kan de prestatiestructuur hiermee op termijn verrijkt worden (zie hierna). Hiertoe is het dus juist van belang om te starten met de nieuwe bekostiging en dergelijke informatie te gaan verzamelen.

Ten aanzien van de invoering is de NZa van mening dat de door VWS gewenst invoeringsdatum van 1 januari 2016 ambitieus, maar haalbaar is. Wij zullen daartoe zorgen dat belangrijke informatie voor de implementatie in declaratiestandaarden en IT-systemen uiterlijk 1 juli 2015 beschikbaar is. De haalbaarheid is sterk afhankelijk van politieke besluitvorming. Het is van belang dat VWS tijdig (maart 2015) een reactie geeft op voorliggend advies en besluit hoe verder te gaan.

Uiteraard is het mogelijk om met het oog op een zorgvuldige invoering te kiezen voor implementatie van het nieuwe model per 1 januari 2017. Mocht VWS hiertoe besluiten, dan is het van belang dat bij dit besluit wél duidelijkheid wordt gegeven over het bekostigingsmodel, zodat hier gestructureerd naar kan worden toegewerkt qua implementatie. Uitstel zonder duidelijkheid over het model is volgens de NZa ongewenst. In dat geval is het risico groot dat we, zowel de NZa als veldpartijen, over een jaar alsnog geconfronteerd worden met een ambitieus tijdpad.

#### *Toekomst bekostigingsmodel*

In voorliggend advies hebben wij de belangen van veldpartijen nadrukkelijk afgewogen. Het bekostigingsmodel biedt veel vrijheid en flexibiliteit voor zorgaanbieders en verzekeraars om goede afspraken te maken. Verdere doorontwikkeling is volgens de NZa wel degelijk mogelijk en gewenst. De snelheid en richting van de doorontwikkeling van het model hangt sterk af van de inzet van partijen. Dit moet dan ook in samenspraak met partijen worden gedaan.

Na invoering van het geadviseerde model per 2016 adviseert de NZa om op de volgende onderdelen door te ontwikkelen richting een eindmodel, te weten:

- Verder uitbouwen van resultaatbekostiging;
- Integreeren van de bekostiging van toewijsbare en niet-toewijsbare zorg;
- Doorontwikkeling prestatiestructuur;
- Herijken van de tarieven;
- Waar mogelijk en wenselijk afbouwen van de registratie-eisen.

#### *Verder uitbouwen van resultaatbekostiging*

De resultaatbeloning, ook wel uitkomstbekostiging, staat nog in de kinderschoenen en vergt een nadere invulling. Partijen geven aan dat er op dit moment geen bruikbare uniforme landelijke set van uitkomstindicatoren beschikbaar is. Het is de komende tijd belangrijk dat veldpartijen hier actief op inzetten. Ook de omvang van de uitkomstbekostiging kan de komende tijd ontwikkelen. Hoe groter het aandeel van de resultaatbekostiging in de totale omzet van een zorgaanbieder, hoe groter de prikkelwerking.

#### *Integreeren toewijsbare en niet-toewijsbare zorg*

We delen de wens van het veld om in de toekomst de zorg vallend onder de toeslag 'Niet-toewijsbare zorg' meer te verbinden met de zorgbekostiging en/of resultaatbekostiging. Voor 2016 achten wij dit niet wenselijk. Om de wijkgerichte activiteiten daadwerkelijk een impuls te geven is het naar mening van de NZa van belang dat hier gericht op kan

worden ingekocht. Op termijn kan de niet-toewijsbare zorg wellicht meer geïntegreerd worden bekostigd.

#### *Doorontwikkelen prestatiestructuur*

De geadviseerde productstructuur is op twee variabelen geënt: ureninzet en deskundigheidsniveau. De medische herkenbaarheid van deze structuur is beperkt. In hetzelfde pakket kunnen patiënten worden behandeld door aanbieders met veel ureninzet en een lage professionele deskundigheid naast patiënten die zorg ontvangen van aanbieders met een hoge professionele deskundigheid, maar lage ureninzet.

Op basis van de registratiedata is het op termijn wellicht mogelijk om enkele prestaties op te splitsen, zodat de herkenbaarheid van de prestaties wordt vergroot. Dit is op basis van de huidige data niet mogelijk gebleken door het ontbreken van voldoende correlatie. Als uit extra registratie blijkt dat er criteria zijn op basis waarvan de toeleiding naar pakketten (deels) kan worden verklaard (bijvoorbeeld ziektebeeld/beperking of omgeving/mantelzorgers), kan de prestatiestructuur hiermee verrijkt worden en kan op termijn wellicht op casemix ingekocht worden. Het is hiervoor van belang dat voldoende gegevens beschikbaar zijn om statistische analyses (correlaties) te kunnen verrichten. Wanneer er gegevens over casemix beschikbaar zijn kan de omslag plaatsvinden waarop niet meer wordt afgeleid op basis van de ingezette uren en deskundigheid maar op basis van de patiëntkenmerken. Op dat moment kan ook afgewogen worden om de registratieverplichtingen te verminderen.

Een ander gebied van mogelijke doorontwikkeling betreft de bekostiging van patiënten met een zeer intensieve zorgvraag. De omvang van de opslag voor dergelijke patiënten varieert met het aantal zorgzwaartepunten voor de betreffende patiënt. De verwachting is dat de omvang van deze 'staart' kleiner zal zijn dan in de huidige analyses. De hiervoor gebruikte dataset bevat namelijk nog Wlz-indiceerbaren (die wellicht overstappen naar de Wlz) en verblijf voor Intensieve kindzorg (werd voorheen bekostigd door het declareren van uren verpleging en verzorging). Op basis van de registraties kan deze 'staart' wellicht op termijn ook worden vervat in een kostenhomogene prestatie.

Tot slot is het op termijn wellicht mogelijk om het aantal zorgpakketten te verminderen. De geadviseerde prestatiestructuur bestaat uit vijf zorgpakketten. Op termijn kunnen deze mogelijk worden ingedikt naar minder prestaties. Mede omdat we nu al zien dat de CV-waarde bij drie prestaties ook al voldoen aan de normen die wij hier aan stellen. Gezien de impact op zorgaanbieders is hier in 2016 niet voor gekozen, maar dit zou op termijn wellicht wel een optie zijn.

#### *Herijken van de tarieven*

Op termijn, zodra voldoende betrouwbare registratiedata beschikbaar is gekomen, is het mogelijk om de tarieven te herijken. Of hierbij gekozen wordt voor een breed kostenonderzoek (historische kosten) of voor een herijking van de parameters in de tarieven (modelmatige aanpak) moet te zijner tijd worden afgewogen.

De NZa zal ook analyseren of de marktcondities in de sector verpleging en verzorging over enkele jaren zodanig zijn, dat het wellicht mogelijk is om de tariefregulering juist af te bouwen (richting vrije prijzen). Hierbij wordt onder andere gekeken naar de contracteergraad, marktmachtverhoudingen en de mate van risicodragendheid van zorgverzekeraars.

#### *Afbouwen van de registratie-eisen*

Overwogen kan worden om de registratieeisen te verminderen als de afleiding naar prestaties kan plaatsvinden op basis van patiëntkenmerken. Deze afbouw is ook te koppelen aan de ontwikkelingen binnen de resultaatbekostiging; als zorgverzekeraars beter kunnen belonen voor resultaten (= output/outcome), zal wellicht minder hoeven te worden gesteund op registraties (= input).

*Aandachtspunten met betrekking tot fraudegevoeligheden*

Het nieuwe systeem heeft niet de constante overbehandelingsprikkel die het oude systeem had, omdat er niet meer per uur bekostigd wordt. Het nieuwe systeem bevat echter wel een duidelijke financiële prikkel om meer zorg te leveren dan noodzakelijk als de patiënt daarmee in een hoger pakket terecht komt. Daarnaast ontstaat er ook een nieuw risico: het nieuwe bekostigingssysteem kent een onderbehandelingsprikkel, zowel binnen één zorgpakket als voor de zorg die bekostigd wordt met een populatiegebonden toeslag.

Wij kunnen niet voorspellen of de overbehandelingsprikkel in het nieuwe systeem in de praktijk kleiner, groter of gelijk is aan de overbehandelingsprikkel van het oude systeem. Wel speelt mee dat de wijkverpleegkundige in het nieuwe systeem zelf bepaalt hoeveel zorg een patiënt nodig heeft.

Primair zullen zorgverzekeraars moeten controleren of zorgaanbieders correct declareren en doelmatig zorg leveren. Het toezicht op declaraties van de populatiegebonden toeslag niet-toewijsbare zorg zal voor zorgverzekeraars lastiger zijn vorm te geven, omdat deze niet herleidbaar is tot een individu en daarmee niet logisch past binnen het systeem van de Zvw.

Voor het inperken van bovengenoemde risico's is het zeer belangrijk dat de zorgverzekeraars voldoende informatie krijgen om controles uit te voeren naar de declaraties van zorgaanbieders. Daarom is het noodzakelijk dat er goede afspraken gemaakt worden over de minimale dataset die de zorgaanbieders moeten registreren en bij de declaratie aan de zorgverzekeraars leveren en over welke gegevens de zorgverzekeraars vervolgens aan de patiënt sturen.

*Invoering nieuwe bekostiging*

Met dit document adviseren wij de minister over het toekomstige bekostigingsmodel voor verpleging en verzorging in de Zvw. Door alle partijen moet echter nog veel werk verzet worden. Wij verwachten daarom eind maart 2015 een go/no go brief van VWS, waarin een reactie op ons advies gegeven wordt en afhankelijk hiervan zullen wij de praktische uitwerking verder vorm geven. De hele set van beleidsregels, regelingen en tariefbeschikkingen wordt naar verwachting vóór 1 juli 2015, onder voorbehoud van politieke besluitvorming vastgesteld.

Voor de zorgpakketten moeten maximumtarieven worden bepaald. Met partijen wordt nader technisch uitgewerkt hoe de maximumtarieven per pakket tot stand komen.

Om de conceptbeleidsregels voor 1 juli 2015 te kunnen vaststellen, is het van belang dat VWS in maart 2015 een reactie op dit advies geeft. Daarnaast dient VWS duidelijkheid te geven over verblijf, vervoer en pedagogische ondersteuning in relatie tot intensieve kindzorg.

Voor veldpartijen, zorgaanbieders en zorgverzekeraars, is het van belang dat zij 2015 gebruiken om de IT-systemen aan te passen aan de nieuwe bekostiging in 2016. Daarnaast dient het personeel bij zorgaanbieders

geïnstreerd te worden welke registratie- en declaratiebepalingen van kracht zijn. Tot slot is het voor de resultaatbeloning van belang dat indicatoren vormgegeven en ontwikkeld worden.

## 1. Inleiding

### 1.1 Aanleiding

Op 1 januari 2015 zijn de extramurale AWBZ-functies verpleging en verzorging (grotendeels) overgegaan in de aanspraak verpleging en verzorging in de Zvw. Dit betekent dat vanaf 2015 de verpleging en verzorging in de eigen omgeving, ook wel "wijkverpleging" genoemd, vanuit de Zvw wordt bekostigd. In dit advies hanteren wij hiervoor het wettelijke begrip 'verpleging en verzorging'.

2015 wordt gezien als overgangsjaar tot de implementatie van de nieuwe bekostiging voor verpleging en verzorging in de Zvw. In 2015 is de verpleging en verzorging in de Zvw nog bekostigd met prestaties die grotendeels overeenkomen met de prestaties voor verpleging en verzorging zoals voorheen in de AWBZ. Ter vereenvoudiging is wel besloten een aantal voormalige AWBZ-prestaties samen te voegen. Daarnaast zijn voor de niet-toewijsbare wijkgerichte functie, de regiefunctie voor complexe wondzorg en voor ketenzorg dementie nieuwe prestaties vastgesteld met een vrij tarief.<sup>1</sup>

In 2016 wordt de nieuwe bekostiging ingevoerd. Hierover heeft de NZa in november 2013 een eerste advies uitgebracht.<sup>2</sup> In dit advies heeft de NZa twee modellen voorgelegd, een model op basis van integrale prestaties en een model op basis van populatiebekostiging. Tijdens de consultatie van deze twee modellen bleek echter dat veldpartijen de modellen twee uitersten op een continuüm vonden. De meeste partijen zagen grote voordelen in een systeem waarin prestatiebekostiging zou worden aangevuld met elementen van populatiebekostiging. Op basis van het grote draagvlak onder veldpartijen heeft de NZa dat 'hybride' model toegevoegd in het advies naast de eerste twee modellen. Na overleg met partijen heeft het ministerie van VWS uiteindelijk besloten het toekomstige bekostigingsmodel vorm te geven volgens een 3-segmentenmodel:

- Segment 1: wijkgericht werken, niet op voorhand aan een individueel zorgtraject toe te rekenen, populatiebekostiging;
- Segment 2: de feitelijke zorglevering, beperkt aantal prestaties, zorgzwaartepakketten;
- Segment 3: resultaatbekostiging, belonen op resultaten behaald in segment 1 en 2.

De minister heeft ons verzocht het 3-segmentenmodel verder uit te werken om invoering mogelijk te maken. In dit advies adviseren wij over de nadere invulling van het bekostigingsmodel.

### 1.2 Aanspraak en terminologie

Hoe verhoudt de bekostiging van de prestaties zich tot de aanspraak 'verpleging en verzorging' zoals verwoord in artikel 2.10 Besluit Zorgverzekering (Bzv)? Centraal staat dat sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'. De zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden omvat een spectrum aan zorg dat loopt van de ondersteuning van de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) tot

<sup>1</sup> Advies Bekostiging wijkverpleging 2015 (NZa, mei 2014).

<sup>2</sup> Advies Bekostiging wijkverpleging in de Zorgverzekeringswet – Overheveling extramurale verpleging van de AWBZ naar de Zvw (NZa, november 2013).



en met de specialistische verpleging. Naast deze handelingen komen ook de rollen/taken van de verpleegkundige zorg in beeld zoals signaleren, coachen, coördineren, preventie en ondersteunen bij zelfredzaamheid. Deze vorm van zorgverlening, waarbij de interactie tussen de omgeving en de individuele patiënt als uitgangspunt wordt genomen, is een onlosmakelijk onderdeel van het verpleegkundig arsenaal. Dit arsenaal omvat een breed spectrum aan rollen en taken. Wat de verpleegkundige aan zorgverlening inzet hangt af van het doel en de context van de zorgverlening. Een patiënt is gebaat bij zorgverlening, die tegemoetkomt aan zijn/haar specifieke zorgbehoefte. Een verpleegkundige, die belt met de gemeente om zaken in gang te zetten voor zijn/haar patiënt die in zorg is, verleent zorg zoals 'verpleegkundigen plegen te bieden'. Juist de coördinerende taak van de verpleegkundige kan immers de brug vormen tussen het medische en sociale domein.

Waar de zorgverlening niet op voorhand te koppelen is aan een individueel zorgtraject, spreken wij in dit advies over de niet individueel toewijsbare verpleging en verzorging.

Met de term verpleegkundige(n) bedoelen wij het totaal aan diverse professionals die zorg bieden 'zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'. De term omvat diverse opleidingsniveaus en specialisaties, waaronder verzorgenden, verpleegkundigen en ook wijkverpleegkundigen. De competenties van verpleegkundigen, verzorgenden en wijkverpleegkundigen, zijn opgenomen in documenten van de beroepsvereniging, de V&VN<sup>3</sup>; het 'Expertisegebied wijkverpleegkundige' wordt gezien als een aanvulling op het Beroepsprofiel verpleegkundige.

### 1.3 Opdracht

De minister van VWS heeft de NZa verzocht om een advies uit te brengen over het toekomstige bekostigingsmodel voor verpleging en verzorging.<sup>4</sup> Specifiek is gevraagd om in te gaan op de precieze omvang en inhoud van de drie bekostigingslagen, rekening houdend met het beschikbare budgettaire kader voor verpleging en verzorging. Tevens is ons verzocht een fraudetoets bij het uiteindelijke bekostigingsmodel op te nemen in het advies.

Bij de advisering wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de doelstellingen van de nieuwe bekostiging zoals verwoord door de minister in haar brief aan de Tweede Kamer van 19 mei 2014.<sup>5</sup> De doelstellingen van het model zijn:

- Het wegnemen van de volume prikkel, zoals aanwezig in de extramurale AWBZ-bekostiging.
- De bekostiging voorziet in ruimte voor aanvullende beloningsafspraken op basis van (gezondheids)uitkomsten.
- De bekostiging voorziet in een populatiegebonden deel.
- De bekostiging biedt een structurele plek voor de taken van de verpleegkundige op het vlak van samenwerking in de wijk met professionals uit de verschillende disciplines/domeinen.
- Er is voldoende ruimte voor de verpleegkundige om bij het bepalen van de zorgvraag van de cliënt ook het niveau van zelfredzaamheid en de sociale omgeving te betrekken.

<sup>3</sup> V&VN: Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland.

<sup>4</sup> Aanbiedingsbrief aanwijzing verpleging, kenmerk: 378012-121397-MC (16 juli 2014).

<sup>5</sup> Brief Tweede Kamer. Bekostiging wijkverpleging, 19 mei 2014. Kenmerk 372641-120912-CZ.



Aanvullend heeft de minister ons de volgende aandachtspunten meegegeven:<sup>6</sup>

- De wisselwerking tussen de 3 bekostigingslagen;
- De mogelijk ongewenste prikkels als gevolg van de verschillende elementen van bekostiging;
- De mogelijk ongewenste gedragseffecten;
- De noodzaak van een zorgvuldige invoering voor het waarborgen van de continuïteit van zorg;
- De onafhankelijke doorverwijzing door de verpleegkundige.

## 1.4 Inzet Gupta Strategists

Ter onderbouwing van ons advies hebben wij na een gunningstraject adviesbureau Gupta Strategists gevraagd om de uitwerking van het 3-segmentenmodel te onderzoeken. Het hoofddoel van dit onderzoek was een bruikbare en hanteerbare uitwerking van het 3-segmenten bekostigingsmodel. Middels een bijpassend triagemodel kan toeleiding naar de prestaties mogelijk worden gemaakt. Gupta's advies is in nauwe samenspraak met veldpartijen ontwikkeld.

Naast het hoofddoel waren per segment specifieke subdoelen meegegeven aan het onderzoeksbureau.

Het onderzoek van Gupta liep van 1 september 2014 tot 1 december 2014. Gedurende deze periode vond deskresearch, data analyse en afstemming met veldpartijen plaats. Dit laatste gebeurde in de vorm van interviews met experts, expertbijeenkomsten en klankbordgroep bijeenkomsten.

Het uiteindelijke advies van Gupta zal ter informatie bij het advies worden meegezonden aan VWS.

## 1.5 Afbakening

In ons advies gaan wij in op de bekostiging van de zorg vallend onder de aanspraak verpleging en verzorging in de Zvw, artikel 2.10 Bzv. Dit betekent dat de bekostiging voor verblijf en vervoer bij intensieve kindzorg niet nader in dit advies is uitgewerkt. Dit zal nader worden uitgewerkt op basis van de duiding van het Zinl. en aanwijzing van VWS.

Hoewel verpleging en verzorging vaak gelieerd is aan andere geneeskundige zorglevering, beperken wij ons in dit rapport tot het bekostigen van de zorg 'zoals verpleegkundigen plegen te bieden' in de eigen omgeving. De bekostiging van de verpleging en verzorging aan een patiënt in een instelling voor medisch-specialistische zorg zoals in een ziekenhuis of aan een patiënt in een Wlz-instelling loopt via integrale prestaties, diagnosebehandelcombinaties (DBC's), respectievelijk zorgzwaartepakketten (ZZP's).

## 1.6 Samenhang met andere projecten

Dit rapport is als zelfstandig leesbaar document opgesteld. Op onderdelen wordt voor achtergronden verwezen naar andere onderzoeken en adviezen die door de NZa zijn uitgebracht. Tevens wordt

---

<sup>6</sup> Brief Tweede Kamer. Bekostiging wijkverpleging. 19 mei 2014. Kenmerk 372641-120912-CZ.

verwezen naar een onderzoek uitgevoerd door externen. Het gaat hierbij om de volgende onderzoeken en adviezen:

*NZa onderzoeken en adviezen:*

- Advies Bekostiging wijkverpleging in de Zorgverzekeringswet: met dit advies van november 2013 heeft de NZa het ministerie van VWS geadviseerd over de overheveling van extramurale verpleging en verzorging van de AWBZ naar de Zvw. Hierin zijn verschillende bekostigingsmodellen uitgewerkt en is ook geadviseerd over de bekostiging in 2015.
- Advies Bekostiging wijkverpleging in 2015: in dit advies is in navolging op het advies van november 2013 nader geadviseerd over de bekostiging van wijkverpleging in 2015.

*Onderzoek en advies externen:*

- Onderzoek 3-segmentenmodel verpleging en verzorging voor de NZa (Gupta Strategists, december 2014).

## **1.7 Leeswijzer**

In hoofdstuk 2 schetsen wij de contouren van het door ons geadviseerde toekomstige bekostigingsmodel voor verpleging en verzorging. Hierbij gaan we specifiek in op het model in 2016, maar ook op de mogelijkheden voor doorontwikkeling van het model voor de toekomst.

In hoofdstuk 3, hoofdstuk 4 en hoofdstuk 5 adviseren wij over de nadere uitwerking van de verschillende onderdelen van het bekostigingsmodel.

Hoofdstuk 6 beschrijft de aandachtspunten met betrekking tot de fraudegevoeligheid van het geadviseerde bekostigingsmodel.

Hoofdstuk 7 gaat in op de impactanalyse en implementatie van het bekostigingsmodel.

## 2. Bekostigingsmodel verpleging en verzorging

In dit hoofdstuk schetsen wij de contouren van het bekostigingsmodel voor verpleging en verzorging dat wij adviseren in te voeren per 2016. Hierbij gaan wij ook in op de toekomst van het model.

Uit de consultatieronde is gebleken dat partijen in het eerder geschetste 3-segmentenmodel in het consultatiedocument niet de gewenste ruimte zien voor de toekomst (zie voor een totaal overzicht van de reacties van partijen bijlage 2). Met name het onderscheid tussen segment 1 en 2 stuitte op kritiek. Wij hebben het model daarom heroverwogen en waar mogelijk aangepast. Figuur 1 geeft het model weer zoals wij dit voor 2016 voorstellen.

**Figuur 2: Bekostigingsmodel 2016**



Bron: NZa

Centraal in dit model staat de bekostiging van zorg op basis van de ingezette uren en deskundigheidsmix (zorgzwaarte). De zorg wordt bekostigd door middel van vijf zorgpakketten. Voor zorg bij een zeer intensieve zorgvraag is het mogelijk om aanvullend op het pakket de toeslag 'Zeer intensieve zorgvraag' te declareren.

Hiermee wordt een stap naar integrale bekostiging gezet. We gaan van het huidige bekostigingsmodel met declaratie van verschillende uurprestaties per patiënt, naar declaratie van een zorgpakket per patiënt. De toeleiding naar deze zorgpakketten is op basis van daadwerkelijk ingezette uren en deskundigheid.

De geregistreerde uren en deskundigheidsmix worden voor de afleiding gebruikt maar daarnaast zijn deze gegevens ook van belang voor de transparantie richting zowel zorgverzekeraars als patiënten. Deze

informatie is daarnaast ook noodzakelijk voor het tariefonderhoud en doorontwikkeling van het model richting het eindperspectief (zie hierna). Over de concrete uitwerking van deze vastlegging zal de NZa nog nader met veldpartijen in gesprek gaan.

Naast de zorgbekostiging bevat het model twee patiëntgebonden opslagen en twee populatiegebonden toeslagen.

#### *Patiëntgebonden opslagen*

Patiëntgebonden opslagen bieden ruimte voor een grotere focus op de bekostiging/beloning van resultaten en het stimuleren van innovatie. Er geldt voor die prestaties een beperkte prestatieregulering met vrije tarieven. Ons advies is de vaststelling van twee opslagen op individueel niveau (een bedrag per patiënt): de eerste prestatie is resultaatbeloning, en de tweede prestatie is zorgvernieuwing. Beide opslagen kennen een vrij tarief. De omvang van de patiëntgebonden opslagen wordt niet door de NZa vastgesteld. Het is aan verzekeraars om hierover heldere afspraken te maken, binnen het macro budgettaire kader voor verpleging en verzorging. Daarnaast adviseren wij een contractvereiste voor de beide prestaties op te nemen.

#### *Populatiegebonden toeslagen*

Populatiebekostiging past in beginsel niet binnen de Zvw omdat het op gespannen voet staat met de uitgangspunten van de Zvw. Als de keuze wordt gemaakt voor populatiebekostiging binnen de Zvw dan kan dat het beste vorm worden gegeven met een prestatie voor de populatiegebonden toeslagen waarbij veel vrijheid wordt gegeven aan zorgverzekeraars om de vorm van de prestatie te bepalen (per verzekerde, lumpsum, etc.) en de hoogte van het tarief (vrij tarief).

De eerste populatiegebonden toeslag betreft de niet-toewijsbare zorg. Met de toeslag voor de niet-toewijsbare zorg worden taken bekostigd die niet direct toewijsbaar zijn aan een individueel zorgtraject van een patiënt. Het betreffen signalerende en preventieve taken, de samenwerking met sociale wijkteams of een vergelijkbaar verband en het signaleren van een mogelijke zorgvraag, waarbij de werkzaamheden vallen binnen de Zvw. De NZa zal een declaratievoorwaarde koppelen aan deze toeslag. Een zorgaanbieder mag deze toeslag alleen declareren indien hij tevens individueel toewijsbare verpleging en verzorging levert en declareert. De integraliteit voor de niet-toewijsbare zorg wordt op deze manier geborgd.

De tweede populatiegebonden toeslag betreft de regionale organisatie van onplanbare zorg. Deze toeslag kan een zorgverzekeraar afspreken met een zorgaanbieder die onplanbare zorg binnen een regio organiseert (beschikbaarheid, oproepbaarheid, zorglevering) voor andere zorgaanbieders. Zorgaanbieders die onplanbare zorg voor hun eigen patiënten zelf leveren (en dus geen gebruik maken van een regionale organisatie) bekostigen deze zorg uit de vijf zorgpakketten.

Met dit model worden alle vormen van de verpleegkundige zorg in de eigen omgeving bekostigd. Hieronder valt dus ook verpleegkundige zorg aan specifieke doelgroepen en specialistische vormen van verpleging. Denk hierbij aan ketenzorg dementie, intensieve kindzorg (IKZ) en complexe wondzorg. Het gaat gaat bij IKZ alleen om de verpleegkundige en verzorgende zorglevering.

Voor ketenzorg dementie, IKZ en complexe wondzorg geldt in alle gevallen dat de direct aan de patiënt bestede tijd via de zorgpakketten kan worden bekostigd. Hierbij gaat het zowel om de verpleegkundige handelingen als bijvoorbeeld de regiefunctie die bij wondzorg of

ketenzorg wordt vervuld. De toeslagen bieden daarnaast veel vrijheid om aanvullende afspraken te maken zodat er bijvoorbeeld een extra vergoeding voor behaalde resultaten kan worden geboden. Met dit model is sprake van bekostiging op basis van de zorgbehoefte van de patiënt. Door dit in te voeren wordt een grote stap naar integrale bekostiging gezet. We gaan met het bestaande bekostigingsmodel van declaratie van uren, naar een nieuw bekostigingsmodel met declaratie van pakketten. Pakketten die in de toekomst, na doorontwikkeling, niet meer op basis van geleverde uren, maar op basis van vastgestelde zorgvraagzwaarte worden afgeleid. De productieprikkel neemt met dit nieuwe systeem sterk af en heeft een doelmatigheidsprikkel in zich.

In de volgende hoofdstukken geven wij ons advies over de nadere uitwerking van de verschillende onderdelen van het model.

### 3. Zorgbekostiging

#### 3.1 Inleiding

Verpleegkundige zorg bestaat in de eerste plaats uit zorgverlening; het verrichten van verpleegkundige en verzorgende werkzaamheden in de volle omvang zoals 'verpleegkundigen die plegen te bieden'. Het gaat hier om zorg die direct is toe te wijzen aan een individueel zorgtraject van een patiënt. Dit is de kern van het bekostigingsmodel.

#### 3.2 Prestatiestructuur

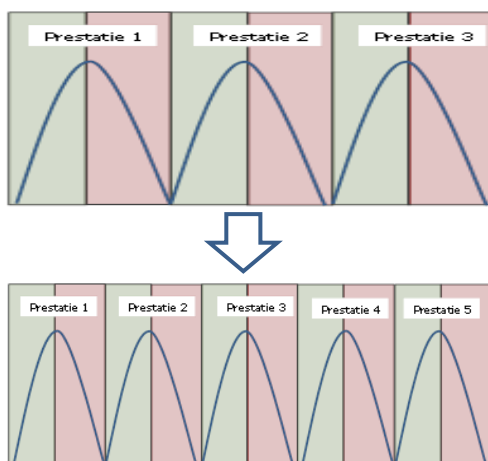
De zorglevering wordt bekostigd middels een beperkt aantal zorgpakketten. De NZa adviseert deze bekostiging vorm te geven met vijf zorgpakketten. Hiermee wordt de declaratie van verschillende uurprestaties per patiënt met bijbehorende volumeprikkel, zoals in het huidige bekostigingsmodel, losgelaten. De declaratie van een zorgpakket per patiënt betekent een stap richting integrale bekostiging en introduceert een belangrijke doelmatigheidsprikkel. De zorgpakketten bieden ruimte om de zorg, binnen de bandbreedte van de prestatie, op vernieuwende wijze vorm te geven.

Ook specifieke zorg, zoals casemanagement dementie, palliatief terminale zorg, intensieve kindzorg, complexe wondzorg en medisch-specialistische zorg in de thuissituatie (MSVT), maken onderdeel uit van de zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Deze zorg zal dan ook onderdeel zijn van de prestaties in 2016.

Bij de bepaling van het aantal zorgpakketten houdt de NZa rekening met de criteria kostenhomogeniteit en hanteerbaarheid. Omdat 2016 het eerste jaar is waarin met deze nieuwe bekostiging wordt gewerkt, vinden wij het ook van belang dat de impact op de (omzet van de) zorgaanbieders wordt meegewogen.

De NZa adviseert de zorg te bekostigen middels vijf zorgpakketten. Uit analyse blijkt dat de kostenhomogeniteit van de prestaties minder goed is voor drie prestaties (het advies van Gupta) ten opzichte van vijf prestaties. In figuur 2 is de verklaring hiervoor vereenvoudigd visueel weergegeven: hoe meer prestaties, hoe kleiner de spreiding. Een kleinere spreiding geeft een betere kostenhomogeniteit.

**Figuur 2 – Kostenhomogeniteit neemt toe bij meer prestaties**



Bron: NZa

De kostenhomogeniteit heeft directe consequenties voor de impact die een dergelijk systeem zal hebben op de omzet van zorgaanbieders. Uit de impactanalyse (zie bijlage 1) blijkt dat meer dan 10% van de zorgaanbieders in een model met drie prestaties omzetschommelingen van meer dan 5% tegemoet kan zien (positief en negatief). In een model met vijf prestaties is dit naar verwachting slechts 2% van de zorgaanbieders.

De impactanalyse maakt duidelijk dat de nieuwe bekostiging naar verwachting beperkte impact heeft op de omzet van zorgaanbieders. De NZa adviseert daarom om het nieuwe bekostigingsmodel per 2016 in te voeren, zonder vangnet. We realiseren ons dat dit voor een beperkt deel van de aanbieders betekent dat zij te maken krijgen met een omzetschommeling als gevolg van de nieuwe bekostiging. De verwachting is dat aanbieders en verzekeraars bij de inkoop hierover afspraken kunnen maken binnen de vast te stellen tarieven en prestaties om dit op te vangen.

Ook als gekozen wordt voor drie prestaties, adviseren wij geen constructie met een vangnet, omdat dit veel administratieve lasten met zich meebrengt. Er zal immers een vergelijking tussen de 'oude' en de nieuwe bekostiging gemaakt moeten worden, waardoor zowel op basis van de oude als de nieuwe bekostiging de zorg geregistreerd moet worden. Ook past een dergelijk vangnet niet goed in het systeem van de Zvw, omdat sprake is van een opbrengstverrekening<sup>7</sup>. Deze is niet herleidbaar naar de patiënt en daarmee niet naar de individuele zorgverzekeraars, waardoor marktaandelen per verzekeraar bepaald moeten worden om dit te kunnen verrekenen.

Uit analyses blijkt dat de zorgpakketten kostentechnisch niet toereikend zijn voor alle patiënten. Daarom adviseert de NZa om voor zeer intensieve patiënten, onder een aantal voorwaarden, bovenop de hoogste prestatie een opslag declarabel te maken.

Hieronder is een overzicht gegeven van de resulterende prestatiestructuur. De wijze waarop de prestaties zijn bepaald, is hierna toegelicht.

---

<sup>7</sup> Het verschil tussen de oude en nieuwe bekostiging.

**Figuur 3. Overzicht van de zorgpakketten**



Bron: NZa

### 3.2.1 De zorgpakketten

De zorgpakketten zijn gebaseerd op een zorgzwaartescore. In deze zorgzwaartescore wordt het aantal uren dat een patiënt in zorg is vermenigvuldigd met het deskundigheidsniveau van de professional die de zorg geleverd heeft.

Prestatiedefinitie op basis van complexiteit van de zorgvraag is te verkiezen boven indeling op basis van specifieke patiëntgroepen (bijv. palliatieve patiënten, chronische patiënten, kwetsbare ouderen etc.) om de volgende redenen:

- Indelen van patiënten in specifieke diagnosegroepen is complex omdat een patiënt in meerdere groepen kan vallen, omdat deze vaak meerdere ziektebeelden heeft.
- Het zorggebruik binnen een patiëntengroep is niet homogeen, zo blijkt uit analyse van declaratiegegevens (loopt uiteen van weinig tot veel).
- Hoe meer patiëntgroepen, hoe meer risico op ruis in vergelijkingen tussen aanbieders door de kleinere aantallen per groep. Prestaties zijn daardoor snel instabiel en kunnen leiden tot grote verschillen tussen aanbieders. Bijvoorbeeld omdat een zorgaanbieder binnen een bepaalde categorie voornamelijk patiënten heeft met hoge zorgzwaarte.
- Patiëntgroepen zijn limitatief en bieden mogelijk geen ruimte voor te substitueren zorg vanuit de tweede lijn voor patiënten waarvoor geen groep is bepaald.

Daarom adviseren we een prestatiestructuur met een beperkt aantal zorgpakketten op basis van zorgzwaarte (uren x deskundigheid). In onderstaande tabel wordt een rekenvoorbeeld gegeven voor een individuele patiënt. De rekenfactor voor de verschillende deskundigheidsniveaus is door Gupta afgeleid van de huidige PV- en VP-tarieven. Er worden drie deskundigheidsniveau's onderscheiden.



**Tabel 1. Voorbeeld berekening zorgzwaartescore**

Deskundigheidsniveau	Uren	Rekenfactor	Zorgzwaartescore
Niveau 3	14	1	14
Niveau 4	7	1,42	9,94
Niveau 5	0	1,61	0
<b>Zorgzwaartescore</b>			<b>23,94</b>

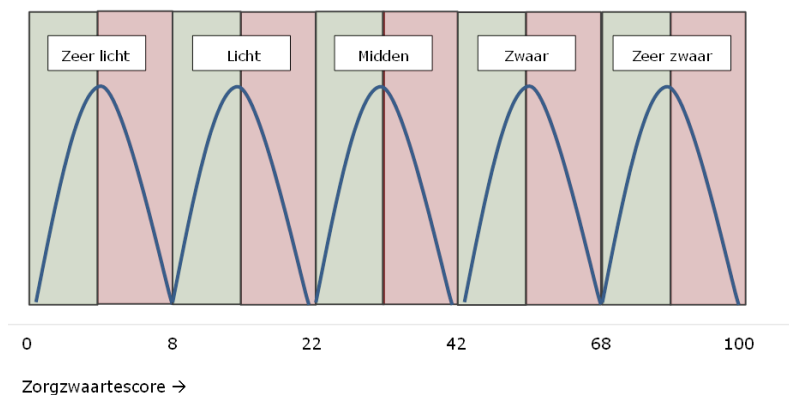
Bron: Rapport Gupta

De zorgzwaartescore bepaalt uiteindelijk welke prestatie gedeclareerd kan worden. Bij een zorgzwaartescore van 0 tot 5 wordt prestatie 1 gedeclareerd en bij een zorgzwaartescore vanaf 5 tot 13 wordt prestatie 2 gedeclareerd, etc. De patiënt komt in bovenstaande rekenvoorbeeld uit in pakket 3 (van 13 tot 25).

Onderstaand figuur geeft dit grafisch weer. In de figuur is voor de eenvoud uitgegaan van een normaal verdeling, in de praktijk hoeft dit niet altijd zo te zijn.

Doordat sprake is van een zorgzwaartescore wordt voor zowel een patiënt met een relatief lage inzet aan uren en een relatief hoge inzet aan deskundigheid dezelfde prestatie gedeclareerd als voor een patiënt met een relatief hoge inzet aan uren en lage inzet aan deskundigheid, zolang het binnen de bandbreedte van de zorgzwaartescore valt.

**Figuur 4. Zorgzwaartescore per zorgpakket**



Bron: NZa

De tarieven voor de vijf zorgpakketten worden gebaseerd op basis van het gemiddeld aantal uren zorg en de gemiddelde deskundigheidsmix. In paragraaf 3.5 wordt dit verder toegelicht.

De NZa adviseert de grenzen van de pakketten ruimer te stellen dan in de rapportage van Gupta is aangegeven. Reden hiervoor is dat met de grenzen van Gupta bijna 20% van de totale omzet buiten de zorgpakketten valt. Het gaat om patiënten met een hogere zorgzwaartescore dan de bovengrens van het hoogste pakket. In onderstaand figuur is de vergelijking gemaakt met een zorgzwaartescore tot 61,5 (advies Gupta) en een score van 100.

**Figuur 5. Bovengrens zorgzwaartescore 61,5 versus 100**

Prestaties		CV	VMR
<i>Scenario 5 prestaties: [0 – 61,5]</i>			
1	0 – 5	47,9%	31,9
2	5 – 13	27,1%	31,1
3	13 – 25	19,5%	33,8
4	25 – 41	14,8%	34,1
5	41 - 61,5	11,9%	34,7
staart	61,5 - 1000	42,1%	805,5
<i>Scenario 5 prestaties: [0 – 100]</i>			
1	0 - 8	49,8%	51,9
2	8 - 22	27,6%	53,2
3	22 - 42	18,9%	52,8
4	42 - 68	14,0%	50,0
5	68 - 100	11,6%	53,7
staart	100 - 1000	37,9%	982,9

Bron: Nza

Figuur 5 maakt duidelijk dat CV-waarden en VMR, een statistische maat voor kostenhomogeniteit, vergelijkbaar zijn. Hierdoor neemt de 'staart' aanzienlijk in omvang af naar minder dan 10%.

De NZa adviseert daarom om uit te gaan van vijf zorgpakketten met een zorgzwaartescore oplopend tot 100.

### 3.2.2 Opslag voor zeer intensieve zorg

Naast deze vijf prestaties adviseren we om een aanvullende opslag vast te stellen voor patiënten met een zeer hoge zorgvraag (zorgzwaarte score hoger dan 100).

Deze opslag wordt berekend middels een tarief per zorgzwaartepunt. De NZa zal hiervoor een maximumtarief vaststellen. De zorgzwaartepunten bovenop de bovengrens van de vijfde prestatie (zorgzwaartescore 100) vermenigvuldigd met een gemiddeld tarief per zorgzwaartepunt leidt tot een te declareren bedrag.

*Voorbeeld:*

voor een patiënt met een zorgzwaartescore van 115 declareert de zorgaanbieder de vijfde prestatie + een opslag voor zeer intensieve zorg. De hoogte van deze opslag is 15 (115-100) maal het overeengekomen tarief per zorgzwaartepunt.

## 3.3 Prestatiebeschrijvingen

### 3.3.1 Afbakening met andere domeinen

Voor de beschrijving van de prestaties is het van belang dat de afbakening met de andere domeinen helder is. Verpleging en verzorging wordt niet alleen onder de Zvw geleverd maar ook onder de Wet langdurige zorg (Wlz). Verzorging kan daarnaast ook in het sociale domein (Wmo) geleverd worden.

Voor de afbakening met de Wlz zijn de toegangscriteria voor de Wlz bepalend. In hoofdlijnen komt het erop neer dat een patiënt recht heeft op zorg op grond van de Wlz indien hij/zij vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap blijvend behoefte heeft aan:

- permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel; of
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen.

De toegang tot de Wlz loopt via indicatiestelling door het CIZ.

De afbakening met de Wmo wordt bepaald doordat in de Zvw sprake moet zijn van een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop.

### 3.3.2 Afbakening met de opslagen

Voor de zorginkoop en declaratie dient het onderscheid tussen de verschillende prestaties binnen het bekostigingsmodel eenduidig te zijn.

De zorgpakketten en populatiegebonden toeslagen onderscheiden zich van elkaar op het punt van toewijsbaarheid van zorg. Activiteiten, die onder de populatiegebonden toeslagen vallen zijn op voorhand niet direct toewijsbaar aan een zorgtraject van een patiënt. Bij de zorgpakketten worden de daadwerkelijke verpleegkundige en verzorgende activiteiten bekostigd die rechtstreeks zijn toe te wijzen aan de patiënten in zorg. Hierbij moet sprake zijn van een 'indicatie' voor verpleging en verzorging.

Het verschil tussen de zorgpakketten en de patiëntgebonden opslagen is dat bij de zorgpakketten de daadwerkelijke zorglevering wordt bekostigd. Bij de patiëntgebonden opslagen wordt geen directe zorg bekostigd. Hier wordt aanvullend beloond voor het behalen van resultaten. Uitzondering vormt de prestatie 'zorgvernieuwing'. Hier kunnen investeringen voor innovatieve vormen van zorg worden bekostigd.

### 3.3.3 Advies prestatiebeschrijvingen

	<b>Prestaties</b>	<b>Omschrijving</b>
	Zorgpakketten verpleging en verzorging  (basisomschrijving voor de <b>vijf</b> zorgpakketten, vervolgens specifieke toevoegingen per type prestatie)	Uitvoeren van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, met als doel het versterken van de zelfredzaamheid van de patiënt. Het herstel van gezondheid, of voorkomen van verergering van ziekte of aandoening door onder andere verlichting van lijden en ongemak staat hierbij centraal. Deze verpleging, inclusief het eventueel geheel of gedeeltelijk overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging (met ingebrip van enige begeleiding die hiermee onlosmakelijk is verbonden), houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. De zorg omvat een spectrum aan zorg die loopt van de ADL-ondersteuning tot en met de specialistische verpleging. Naast deze handelingen komen ook de rollen/taken van de verpleegkundige zorg in beeld: signaleren, coachen, coördineren, preventie en ondersteunen bij zelfredzaamheid. Ook het verhelderen van de zorgvraag en het opstellen van het zorgplan zijn hier onderdeel van. De handelingen zijn direct toewijsbaar aan de patiënt. Het gehele arsenaal van verpleegkundige zorg, geënt op de zorgbehoefte van de individuele patiënt, omvat de basisomschrijving 'verpleging en verzorging'.
1	Zeer licht	Deze prestatie is bestemd voor patiënten met een zeer lage zorgzwaartescore, te weten van 0 tot 8.
2	Licht	Deze prestatie is bestemd voor patiënten met een

		lage zorgzwaartecore, te weten van 8 tot 22.
3	Midden	Deze prestatie is bestemd voor patiënten met een gemiddelde zorgzwaartecore, te weten van 22 tot 42.
4	Zwaar	Deze prestatie is bestemd voor patiënten met een hoge zorgzwaartecore, te weten van 42 tot 68.
5	Zeer Zwaar	Deze prestatie is bestemd voor patiënten met een zeer hoge zorgzwaartecore, te weten van 68 tot 100.
6	Toeslag zeer intensieve zorgvraag	Deze prestatie is bestemd voor patiënten met een zeer hoge zorgzwaartecore, te weten hoger dan 100.

### 3.4 Toeleiding naar de prestaties

De toeleiding naar de prestaties vindt plaats op basis van de geleverde uren zorg en het ingezette deskundigheidsniveau. Het aantal geleverde uren maal de ingezette deskundigheid is bepalend voor de zorgzwaartecore. De zorgzwaartecore leidt uiteindelijk naar een prestatie variërend van zeer licht tot zeer zwaar. Ook de onplanbare zorg voor eigen patiënten wordt hierin meegenomen, voor zover dit niet is uitbesteed aan een 'regionale' voorziening. Mocht dit zijn uitbesteed aan een regionale voorziening dan is hier een aparte toeslag voor. Zie hiervoor hoofdstuk 5.

Deze afleiding vindt elke vier weken plaats. Aan het eind van elke periode (vier weken) wordt voor elke patiënt de prestatie (automatisch) afgeleid op basis van de zorgzwaarte in die periode. Dit betekent dat ook voor patiënten, die korter dan vier weken in zorg zijn, de afleiding plaats vindt na vier weken.

In paragraaf 3.6 wordt ingegaan op de doorontwikkeling van de productstructuur. Voor het doorontwikkelen van de productstructuur, zoals deze nu wordt voorgesteld, is de registratie van de geleverde uren en ingezette deskundigheidsmix noodzakelijk. Op basis van de daadwerkelijk geleverde zorg kan de indeling en de grenzen van de prestaties op termijn worden doorontwikkeld. Deze informatie wordt tevens gebruikt voor de afleiding naar de prestaties.

### 3.5 Tarieven

De zorgpakketten kennen een maximumtarief, dat door de NZa wordt vastgesteld. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders komen een prijs per prestatie van maximaal deze tariefwaarde overeen. Met partijen wordt nader technisch uitgewerkt hoe de tarieven per pakket tot stand gaan komen.

Het tarief bestaat uit drie hoofdcomponenten te weten:

- Prijs per uur
- Deskundigheidsmix
- Aantal uren

Voor patiënten met een zeer intensieve zorgvraag wordt een tarief per zorgzwaartepunt bepaald. Dit tarief is een directe afgeleide van de tarieven van de zorgpakketten. Het tarief gedeeld door de gemiddelde zorgzwaartecore geeft het tarief per zorgzwaartepunt. Daarnaast kent dit tarief per zorgzwaartepunt een correctie.

Voor patiënten met een intensieve zorgvraag wordt de vijfde prestatie ('zeer zwaar') gedeclareerd met daarboven op een opslag per zorgzwaartepunt. Deze opslag kan gedeclareerd worden wanneer de zorgzwaartescore boven de 100 ligt. Voor deze cliënten wordt binnen de vijfde prestatie verlies geleden, omdat deze prestatie gebaseerd is op het gemiddelde aantal uren en de gemiddelde deskundigheidsmix. De zeer zware cliënten gebruiken per definitie meer zorg dan het gemiddelde. Het verlies wordt gecompenseerd door een opslag, die verwerkt is in het tarief per zorgzwaartepunt.

### 3.6 Doorontwikkeling bekostigingsmodel

Wij zien in dit model voldoende mogelijkheden om al per 2016 van start te gaan met bekostiging en resultaatbeloning. Het model biedt veel vrijheid om in de zorginkoop specifieke en regionale/lokale afspraken te maken. Zoals gesteld is het daarnaast mogelijk om op termijn, op basis van ervaringen met deze bekostiging en aanvullende registratie, verder door te ontwikkelen richting het gewenste eindmodel.

Na invoering van het geadviseerde model per 2016 adviseert de NZa om op verschillende onderdelen door te ontwikkelen richting een eindmodel, te weten:

- De prestatiestructuur
- De tarieven

#### 3.6.1 De prestatiestructuur

De prestatiestructuur kan op termijn wellicht op drie onderdelen worden doorontwikkeld:

##### 1. Patiëntkenmerken / casemix

De geadviseerde productstructuur is op twee variabelen geënt: ureninzet en deskundigheidsniveau. In paragraaf 3.2.1 is uiteengezet waarom is gekozen voor prestatiedefinities op basis van complexiteit van de zorgvraag en niet op basis van diagnosegroepen.

De medische herkenbaarheid van deze structuur is beperkt. In hetzelfde pakket kunnen patiënten worden behandeld door aanbieders met veel ureninzet en een lage professionele deskundigheid naast patiënten die zorg ontvangen van aanbieders met een hoge professionele deskundigheid, maar lage ureninzet. Op basis van de registratie- en declaratiedata is het op termijn wellicht mogelijk om enkele prestaties op te splitsen, zodat de herkenbaarheid van de prestaties wordt vergroot. Dit is op basis van de huidige data niet mogelijk gebleken door het ontbreken van voldoende correlatie. Als uit extra registratie blijkt dat er criteria zijn op basis waarvan de toeleiding naar pakketten (deels) kan worden verklaard (bijvoorbeeld ziektebeeld/beperking of omgeving/mantelzorgers), kan de prestatiestructuur hiermee verrijkt worden en kan op termijn wellicht op casemix ingekocht worden. Het is hiervoor van belang dat voldoende gegevens beschikbaar zijn om statistische analyses (correlaties) te kunnen verrichten. Wanneer er gegevens over casemix beschikbaar zijn kan de omslag plaatsvinden waarop niet meer wordt afgeleid op basis van de ingezette uren en deskundigheid maar op basis van de patiëntkenmerken. Op dat moment kan ook afgewogen worden om de registratieverplichtingen te verminderen.

##### 2. Zeer intensieve zorgvraag

De vijf zorgpakketten dekken niet alle zorg. Voor zorg waarbij de zorgzwaartecore (uren x deskundigheid) de grens van de hoogste prestatie overschrijdt is een opslag vormgegeven. De omvang van de opslag varieert met het aantal zorgzwaartepunten voor de betreffende patiënt. De verwachting is dat de omvang van deze 'staart' kleiner zal zijn dan in de huidige analyses. De hiervoor gebruikte dataset bevat namelijk nog Wlz-indiceerbare (die wellicht overstappen naar de Wlz) en verblijf voor Intensieve kindzorg (werd voorheen bekostigd door het declareren van uren verpleging en verzorging). Op basis van declaratie-data en aanvullende registraties kan deze 'staart' wellicht op termijn ook worden vervat in een kostenhomogene prestatie. Desondanks zal een deel van de patiënten veel uren zorg nodig blijven houden, omdat steeds meer geneeskundige behandelingen ook in de eigen omgeving geleverd kunnen worden, zoals de chronische beademing.

### 3. Indikken van de prestaties

De geadviseerde prestatiestructuur bestaat uit 5 zorgpakketten. Op termijn kunnen deze mogelijk worden ingedikt naar minder prestaties. Mede omdat we nu al zien dat de CV-waarde bij drie prestaties ook al voldoen aan de normen die wij hier aan stellen. Gezien de impact op zorgaanbieders is hier in 2016 niet voor gekozen, maar dit zou op termijn wellicht wel een optie zijn.

### 3.6.2 De tarieven

Tot slot is het op termijn, zodra voldoende betrouwbare registratie- en declaratiedata beschikbaar komt, mogelijk om de tarieven te herijken. Of hierbij gekozen wordt voor een breed kostenonderzoek (historische kosten) of voor een herijking van de parameters in de tarieven (modelmatige aanpak) moet te zijner tijd worden afgewogen.

De NZa zal ook analyseren of de marktcondities in de sector verpleging en verzorging over enkele jaren zodanig zijn, dat het wellicht mogelijk is om de tariefregulering juist af te bouwen (richting vrije prijzen). Hierbij wordt onder andere gekeken naar de contracteergraad, marktmachtverhoudingen en de mate van risicodragenheid van zorgverzekeraars.

## 3.7 Registratie- en declaratiebepalingen

Wij adviseren om bij dit bekostigingsmodel een aantal registratie- en declaratiebepalingen op te nemen. Deze bepalingen zijn van belang voor enerzijds de bekostiging in 2016 (afleiding naar prestaties en controle door zorgverzekeraars en patiënten) en anderzijds voor de doorontwikkeling van het model.

Wij adviseren om naast de prestaties een aantal aanvullende gegevens te laten registreren. Het betreft in eerste instantie de volgende elementen:

- Geplande/geïndiceerde zorg;
- Gepland/geïndiceerd deskundigheidsniveau;
- Geleverde uren zorg;
- Ingezette deskundigheidsniveau.

Deze informatie is nodig voor de afleiding van de prestaties en is ook voor zorgverzekeraars relevant, omdat zij daarmee inzicht kunnen verkrijgen in de zorglevering. Ook is deze informatie noodzakelijk voor de doorontwikkeling van het bekostigingsmodel. Tot slot geeft deze

informatie ook inzicht in de mogelijke toename van de complexiteit van de zorg.

Het is volgens ons daarnaast wenselijk om in ieder geval ook de volgende elementen op te nemen:

- Verpleegkundige diagnose;
- Interventies/activiteiten.

Deze informatie kan de NZa als een Minimale Dataset (MDS) bij zorgaanbieders verplicht stellen en/of als declaratiebepaling opnemen. Hierover zal nog nadere afstemming met partijen plaatsvinden. Daarnaast zullen de uiteindelijk op te stellen registratie-eisen en declaratiebepalingen getoetst moeten worden op privacy aspecten.

Overwogen kan worden om de registratieeisen te verminderen als de afleiding naar prestaties kan plaatsvinden op basis van patiëntkenmerken. Deze afbouw is ook te koppelen aan de ontwikkelingen binnen de resultaatbekostiging; als zorgverzekeraars beter kunnen belonen voor resultaten (= output/outcome), zal wellicht minder hoeven te worden gesteund op registraties (= input).

### 3.8 Onderzochte alternatieven

Een belangrijke wens voor het nieuwe bekostigingssysteem is een omslag van het oude systeem 'het oude denken' (uren x tarief) naar bekostiging op basis van zorgzwaarte om de productieprikkel te verminderen. Daarom hebben wij onderzocht of het mogelijk is om de toeleiding naar de zorgpakketten te baseren op de indicatie. Hierbij is de gedachte dat de koppeling met geleverde uren wordt losgelaten en dit aanbieders meer vrijheid biedt de zorglevering naar eigen inzicht in te vullen.

Een systeem waarbij de afleiding uitsluitend op basis van de indicatie plaatsvindt en daarnaast de geleverde ingezette uren en deskundigheid worden geregistreerd ten behoeve van transparantie, monitoring en doorontwikkeling van het model is volgens ons juridisch niet mogelijk. Dit omdat de geleverde zorg niet altijd aansluit op de indicatie en de daarmee gedeclareerde prestatie. Het juridische bezwaar hierbij is dat uit de wet<sup>8</sup> volgt dat het niet is toegestaan een tarief in rekening te brengen voor zorg die niet daadwerkelijk is geleverd.

Daarnaast hebben we onderzocht of declaratie op basis van indicatie zonder enige registratie mogelijk is. Dit naar aanleiding van de wens in het veld om de administratieve lasten te beperken. Ook hierbij stuiten we op het juridische bezwaar dat het niet is toegestaan om een tarief in rekening te brengen voor zorg die niet daadwerkelijk geleverd is. Daarnaast schrijft de wet enkele minimumnormen voor registratie voor.<sup>9</sup>

<sup>8</sup> Het wettelijke stelsel van de gezondheidszorg in Nederland, in het bijzonder art. 35 Wmg en de aanscherping daarvan in wetsvoorstel 33 980. Bovendien omschrijft art. 1, aanhef en sub j, Wmg, een "prestatie" als "de levering van zorg (...)". Daaruit kan worden afgeleid dat de levering centraal staat en niet uitsluitend de indicatie of het zorgplan, inschattingen van te leveren zorg.

<sup>9</sup> De wet laat ruimte voor invulling van de administratie, maar bevat wel enkele minimumnormen. Zo bepaalt art. 36 lid 1 Wmg dat zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars een administratie voeren waaruit in ieder geval de overeengekomen en geleverde prestaties blijken, alsmede wanneer die prestaties zijn geleverd, aan welke patiënt onderscheidenlijk aan welke verzekerde die prestaties door een zorgaanbieder zijn geleverd, de daarvoor in rekening gebrachte tarieven en de in verband daarmee ontvangen of verrichte betalingen of vergoedingen aan derden.

Een systeem van declaratie op basis van indicatie is binnen de huidige kaders van de wet niet geheel onmogelijk als zou worden aangenomen dat de Wmg de ruimte biedt om de prestatie vorm te geven als indicatie. Nadeel hiervan is dat de fraudegevoeligheid toeneemt. Bovendien zou in de prestatiebeschrijvingen dan ook niet moeten worden aangesloten bij uren verleende zorg en deskundigheidsniveau, maar meer bij patiëntkenmerken. Omdat er momenteel geen beter alternatief dan uren en deskundigheidsniveau bestaat - het bekostigingsmodel moet namelijk worden doorontwikkeld op basis van geregistreerde daadwerkelijk geleverde zorg - is dit geen begaanbaar pad.

### **3.9 Conclusie**

Wij adviseren de zorgbekostiging vorm te geven langs vijf zorgpakketten. Deze prestaties onderscheiden zich van elkaar door de hoogte van de zorgzwaarte (ureninzet x disciplinemix). Voor patiënten met een zeer intensieve zorgvraag kunnen zorgaanbieders een opslag declareren. De hoogte van deze opslag is gekoppeld aan het aantal zorgzwaartepunten dat de bandbreedte van de vijfde prestatie overstijgt.

In het kader van de doorontwikkeling aan de bekostiging richting het gewenste eindmodel is het van belang dat zorgaanbieders de daadwerkelijk ingezette behandelinzet en disciplinemix registeren. Deze informatie wordt daarnaast gebruikt om de te declareren prestatie af te leiden aan het einde van iedere periode (vier weken).



## 4. Patiëntgebonden opslagen

### 4.1 Inleiding

Naast de populatiegebonden toeslagen, welke in het volgende hoofdstuk worden beschreven, zijn er opslagen op individueel niveau. Patiëntgebonden opslagen geven invulling aan de wens van veldpartijen om te innoveren en om toe te groeien naar een bekostigingssysteem waarin ruimte is voor uitkomstbekostiging.

De huidige systematiek van bekostigen is voornamelijk gericht op het betalen voor activiteiten. Resultaatbeloning is gericht op de bekostiging van het resultaat van deze activiteiten. Hierdoor wordt resultaatbeloning gezien als een methode waarmee de volumegroei van onnodige zorg en van zorg waarvoor doelmatiger alternatieven voorhanden zijn wordt beperkt. Het staat zorgverzekeraars en zorgaanbieders vrij om (belonings)afspraken te maken over behaalde resultaten, bijvoorbeeld verhoging van de geleverde kwaliteit. De beloningsafpraak op basis van het resultaat is een bedrag per patiënt.

Naast resultaatbeloning kan ook voor zorgvernieuwing (binnen de grenzen van de aanspraak in de Zvw) een opslag op individueel niveau afgesproken worden. Zorgvernieuwing is bedoeld voor zorgaanbieders die investeren in de ontwikkeling van innovatieve middelen of behandelmethoden die aantoonbaar bijdragen aan betere zorgverlening. Innovatie kan bijvoorbeeld betrekking hebben op e-health of een innovatief idee voor zorg in de keten.

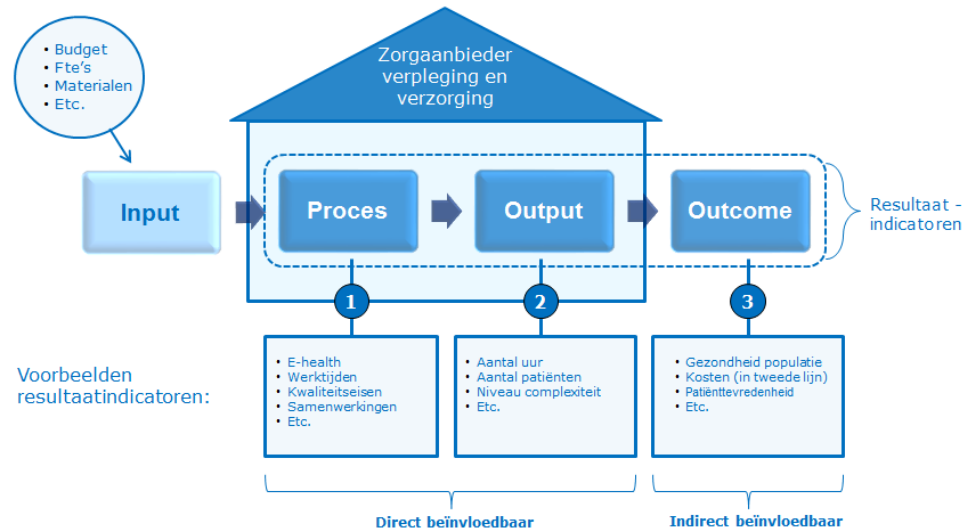
Voordat wij ons advies voor de patiëntgebonden opslagen geven, gaan we eerst in op diverse typen resultaatindicatoren. In ons advies gaan wij daarna nader in op de prestatiebeschrijvingen, de tariefsoort, de inkoop, restitutiepolissen, voorwaarden en criteria en het tempo, omvang en verantwoordelijkheid.

### 4.2 Resultaatindicatoren

Onlosmakelijk verbonden met uitkomstbekostiging is de mogelijkheid om te meten wat de uitkomst is van de handelingen van de zorgaanbieder. Om uitkomsten te meten zijn indicatoren nodig die inzicht geven in de daadwerkelijke bijdrage van de zorgaanbieder aan goede en doelmatige zorg voor zijn populatie.

Onderstaand plaatje geeft weer welk type indicatoren kunnen worden onderscheiden.

**Figuur 6. Diverse typen indicatoren**



Bron: NZa

De procesindicatoren vertellen iets over de inrichting en de organisatie van de zorg. De outputindicatoren vertellen iets over de 'productie' die met de beschikbare middelen is geleverd. De outcome-indicatoren vertellen vervolgens iets over het resultaat die de inspanningen van de zorgaanbieder hebben gehad op de gezondheid van de populatie en/of de kwaliteit dan wel de kosten in de gehele zorgketen. Voor proces- en outputindicatoren geldt dat de zorgaanbieder deze direct kan sturen door inrichting van haar eigen handelen en haar gedrag en keuzes in de praktijk. Naarmate er in het plaatje steeds meer naar rechts wordt verschoven wordt de ruimte aan directe beïnvloeding minder. De uitkomst van de outcome-indicatoren is voor de zorgaanbieder uiteindelijk beperkt(er) beïnvloedbaar.

Proces-, output- en outcome-indicatoren zijn drie typen indicatoren die ieder op een verschillend niveau inzicht geven in de bijdrage die de zorgaanbieder aan een behaald resultaat heeft gehad. Onder elk type indicator kunnen bepaalde resultaatindicatoren worden benoemd.

### 4.3 Prestatiebeschrijvingen

Wij adviseren voor de patiëntgebonden opslagen twee prestaties vorm te geven, namelijk resultaatbeloning en zorgvernieuwing. Om maatwerk mogelijk te maken is het van belang dat prestatieregulering, in de vorm van gedetailleerde prestatiebeschrijvingen, beperkt is. De NZa zal twee prestaties vormgeven met een generieke prestatiebeschrijving. Er is hiermee een grote mate van vrijheid voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om de aanvullende afspraken zelf vorm te geven.

Wij beschrijven nadrukkelijk een prestatie 'resultaatbeloning' in tegenstelling tot 'uitkomstbeloning'. Met de prestatie resultaatbeloning bieden wij de mogelijkheid om niet alleen afspraken te maken over uitkomstindicatoren, maar ook over proces- en outputindicatoren. Resultaatbeloning is bij uitstek een prestatie waarin onderlinge afspraken kunnen worden gemaakt tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Deze partijen moet dan ook de vrijheid worden gegeven om een keuze te maken welke indicatoren gehanteerd worden en wat de omvang van de beloning is. Op deze manier wordt differentiatie per regio of zelfs per zorgaanbieder mogelijk. De kaders die de NZa hiervoor opstelt moeten

ruimte aan het veld bieden om hierover afspraken te maken. Tevens moet onze regelgeving hier geen belemmeringen voor opwerpen.

Naast het belonen op uitkomsten moet er ruimte zijn voor zorgvernieuwend en innovatieve initiatieven. Sterker nog, zonder deze noodzakelijke ruimte wordt zorgvernieuwing onvoldoende gestimuleerd. Daarom onderstrepen wij het belang om de mogelijkheid te bieden om aanvullende bekostigingsafspraken te maken voor initiatieven omtrent zorgvernieuwing.

Concreet zal de invulling van de patiëntgebonden opslagen in eerste instantie bestaan uit twee (vrije) prestaties: resultaatbeloning en zorgvernieuwing. De beschrijvingen bij beide prestaties zal algemeen van aard zijn, zie tabel 2.

**Tabel 2. Prestatiebeschrijvingen**

<b>Prestaties</b>	<b>Omschrijving</b>
Resultaatbeloning	Deze prestatie biedt ruimte om afspraken te maken over beloning op uitkomsten.
Zorgvernieuwing	Deze prestatie biedt ruimte om afspraken te maken over de vergoeding van vormen van zorgvernieuwing.

Bron: NZa

De prestaties kunnen worden 'ingevuld' door specifieke thema's te benoemen waarin bijbehorende indicatoren van toepassing zijn. Thema's bij de prestatie resultaatbeloning kunnen bijvoorbeeld kwaliteit van zorg, samenwerking en kostenontwikkeling zijn. Een denkbaar thema voor zorgvernieuwing is bijvoorbeeld e-health.

#### 4.4 Tariefsoort

Regulering van tarieven van de patiëntgebonden opslagen is niet gewenst. Gezien de vrijheid waarmee individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders beloningsafspraken kunnen maken zijn vrije tarieven het meest passend. Zorgverzekeraars kunnen met de zorgaanbieders individuele beloningsafspraken maken op basis van behaalde resultaatindicatoren of zorgvernieuwingen. De opslagen dienen een bedrag per patiënt te zijn.

#### 4.5 Inkoop

Wij adviseren een contractvereiste voor de beide prestaties op te nemen. Met een contractvereiste waarborgen we dat gemaakte afspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder concreet worden vastgelegd, zorgverzekeraars de mogelijkheid hebben om te sturen op de inhoud van de afspraken en de kosten kunnen beheersen.

#### 4.6 Restitutiepolissen

Het is de vraag hoe restitutieverzekeraars omgaan met de inkoop van de prestaties. Een restitutieverzekering voorziet in het vergoeden van de kosten van zorg en het desgevraagd bemiddelen naar zorg. De contractvereiste die wij adviseren voor declaratie van deze prestaties, verplicht zorgverzekeraars niet om de prestaties te contracteren, de prestatie is daardoor optioneel.

Alle basiszorg die onder de Zvw valt blijft declareerbaar en toegankelijk onder de reguliere prestaties. De toeslagen voor resultaatbeloning en zorgvernieuwing zijn alleen voor specifieke afwijkende invullingen van die zorg. Het is bij deze toeslagen nodig om op doelmatigheid te sturen. Dat kan alleen worden bereikt door het contracteervereiste omdat de verzekeraar hierover dan afspraken kan maken. Het staat de restitutieverzekeraar bovendien vrij wel een contract te sluiten voor deze toeslagen.

## 4.7 Voorwaarden en criteria

Het proces waarin beloofd wordt op resultaten en waarbij zorgvernieuwing wordt gestimuleerd moet aan een aantal voorwaarden en criteria voldoen. We gaan hierna in op de volgende voorwaarden en criteria: uniforme set indicatoren, prikkels en de wisselwerking met andere prestaties.

### *Uniforme set indicatoren*

Een uniforme set van indicatoren is voor alle veldpartijen (zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiëntenorganisaties) een belangrijke voorwaarde voor de werking van resultaatbeloning. Voor zorgverzekeraars maken indicatoren het mogelijk verschillen tussen zorgaanbieders inzichtelijk te maken. Hierdoor kan de keuze voor het (selectief) contracteren transparant aan de consument uitgelegd worden. Voor zorgaanbieders helpt een set van indicatoren bij de praktische uitvoerbaarheid van de eisen waaraan moet worden voldaan. Voor patiënten zullen breed gedragen resultaatindicatoren bijdragen aan het onderling vergelijken van zorgaanbieders, indien de resultaten hiervan transparant gecommuniceerd worden.

De veldpartijen hebben aangegeven dat er in de huidige situatie nog geen landelijke indicatorenset beschikbaar is met een breed draagvlak. De bestaande indicatoren hebben volgens hen tevens onvoldoende zeggingskracht voor goede resultaatbeloning. Daarnaast vinden partijen het belangrijk dat de te ontwikkelen indicatoren beïnvloedbaar zijn door diegene die de zorg aanbiedt.

De NZa reguleert niet de indicatoren op basis waarvan er resultaat- en beloningsafspraken kunnen worden gemaakt. Tevens schrijven wij niet voor dat er gewerkt moet worden met proces- en outputcriteria. Wij onderschrijven het belang van resultaatindicatoren in het algemeen, of dit nu proces-, output-, danwel outcome-indicatoren zijn. Omdat veldpartijen hebben aangegeven dat indicatoren door de zorgaanbieder beïnvloedbaar moeten zijn, kunnen bij het ontbreken van een landelijke set outcome-indicatoren, proces- en outputindicatoren in beginsel uitkomst bieden.

Vanwege het belang dat alle partijen hechten aan uniformiteit in resultaatbeloning, verwachten wij dat het veld aan de slag gaat met de (door)ontwikkeling van een uniforme set van indicatoren. Sterker nog, de belanghebbende partijen hebben zelf de verantwoordelijkheid voor doorontwikkeling en de totstandkoming van (reeds bestaande) indicatoren. Het Zorginstituut Nederland heeft hierbij een belangrijke regierol. In samenwerking met partijen ondersteunt het Zorginstituut bij de ontwikkeling van betrouwbare kwaliteitsregistraties. Zorginstituut Nederland heeft ons laten weten hierin graag een faciliterende en op onderdelen regisserende rol in te willen spelen.

### *Prikkels*

Het directe doel van resultaatbeloning is verhoging van de kwaliteit van de geleverde zorg. Om dit doel te bewerkstelligen dient een sterke financiële prikkel verbonden te worden aan de patiëntgebonden opslag. De beloning van resultaten moet van substantiële aard zijn om de prikkels op uitkomsten een veel grotere rol te laten spelen en hiermee het primaire doel te behalen. De resultaatbeloning moet dus van enige omvang zijn, zodat de zorgaanbieder de prikkel heeft om de gestelde indicatoren/resultaten te behalen. Hierbij merken wij op dat, hoe groter de omvang van de patiëntgebonden opslagen is op macroniveau, hoe minder budget beschikbaar is voor de populatiegebonden toeslagen en de toewijsbare zorgpakketten.

#### *Wisselwerking met andere prestaties*

De meerwaarde die met resultaatbeloning bewerkstelligd kan worden is onder andere afhankelijk van de wisselwerking tussen alle prestaties. Resultaatbeloning kan in wisselwerking met de populatiegebonden toeslag tegenwicht bieden aan het risico van onderbehandeling. De (belonings)afspraken geven namelijk een financiële prikkel en daardoor een stimulans om resultaatindicatoren te behalen die bijvoorbeeld gericht zijn op gezondheidswinst. Via innovatieve zorgvormen kan in wisselwerking met de zorgpakketten worden gestimuleerd dat op een meer doelmatige wijze zorg wordt geleverd, door bijvoorbeeld een lagere inzet van uren. Voorwaarde om een optimale wisselwerking tussen alle prestaties te bewerkstelligen is, dat zorgaanbieders een substantieel gedeelte van de totale opbrengsten via resultaatbeloning en zorgvernieuwing moeten 'verdienen', om de prikkels optimaal vorm te geven.

## **4.8 Tempo, omvang en verantwoordelijkheid**

#### *Tempo van (door)ontwikkeling*

Wij onderstrepen het belang om al per 2016 te starten met resultaatbeloning. Zo kunnen vanaf de start voldoende prikkels worden ingebouwd om resultaatbeloning van de grond te laten komen en verder te ontwikkelen.

Het tempo waarin resultaatbeloning ontwikkelt en de omvang die de prestatie uiteindelijk zal hebben is afhankelijk van meerdere factoren, welke in de vorige paragraaf besproken zijn. Volgens partijen ontbreekt het momenteel aan een uniforme, landelijke set indicatoren met een breed draagvlak. Ondanks deze zienswijze van partijen zijn wij van mening dat er per 1 januari 2016 gestart kan worden met de bekostiging op basis van resultaatbeloning en zorgvernieuwing. Partijen kunnen zich wenden tot het Zorginstituut om te kijken welke logische stappen het beste daartoe gemaakt moeten worden.

De term uitkomstbekostiging impliceert dat de prestatie-opslagen idealiter op basis van outcome-indicatoren zijn gebaseerd. Desalniettemin kunnen resultaatindicatoren op diverse niveaus inzichtelijk maken wat de bijdrage van de zorgaanbieder is geweest aan een bepaalde uitkomst. Zolang het veld van mening is dat breed gedragen en uniforme outcome-indicatoren niet beschikbaar zijn, kunnen proces- of outputindicatoren uitkomst bieden. Deze indicatoren zijn makkelijker beïnvloedbaar dan outcome-indicatoren. Reeds bestaande indicatoren, bijvoorbeeld die van de IGZ, kunnen hiervoor ingezet worden. Ook kan er al gestart worden met het meten van uitkomsten. In een later stadium kunnen indicatoren afhankelijk worden gemaakt van de behaalde uitkomsten of resultaten.

Omdat de (door)ontwikkeling van een uniforme landelijke set indicatoren met een breed draagvlak van partijen als een belangrijke voorwaarde wordt gezien, moet er voor de ontwikkeling van nieuwe indicatoren rekening gehouden worden met een ontwikkel- en ingroeitraject. Het opstellen van nieuwe indicatoren vergt tijd. De benodigde tijd voor de ontwikkeling van nieuwe indicatoren kan worden genomen zodat er minder risico is op: onvoldoende draagvlak en/of consensus voor de ontwikkelde indicatoren; ontwikkelde indicatoren lastig uniform te meten zijn; indicatoren onvoldoende specifiek voor bepaalde zorgvormen zijn en indicatoren eenvoudig te manipuleren zijn.

In de tussentijd hebben zorgverzekeraars de vrijheid om op resultaten te belonen of zorgvernieuwingen te stimuleren. In de contracten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars kan hier verdere invulling aan gegeven worden. Door een ingroeitraject te hanteren is er ruimte voor het realiseren van de vereiste mentaliteitsomslag bij zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten en zullen eerder genoemde risico's van een overhaaste invoering beperkt worden.

#### *Omvang*

Ons advies is om de omvang van de patiëntgebonden opslagen niet te reguleren. De exacte omvang per zorgaanbieder is afhankelijk van de individuele afspraak tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Hierbij wordt de zorgverzekeraar een belangrijke rol toebedeeld om deze afspraken enerzijds lokaal/regionaal vorm te geven. Anderzijds moet door hen bewaakt worden dat het totaal aan gemaakte afspraken binnen het macro budgettaire kader blijft.

De omvang van de patiëntgebonden opslagen is op voorhand niet te voorspellen. Wij gaan uit van een zelfregulerend proces. Alle partijen wordt zoveel mogelijk ruimte geboden voor onderlinge afspraken. Partijen leveren zodoende een bijdrage aan het tempo en de omvang waarin resultaatbeloning en zorgvernieuwing zich ontwikkelt.

#### *Verantwoordelijkheid*

Er is groot belang bij een directe start van de (door)ontwikkeling van resultaatindicatoren. Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiëntenorganisaties nemen hierin gezamenlijk verantwoordelijkheid in dit ontwikkelproces. Hierbij is de doorontwikkeling van resultaatindicatoren een belangrijke voorwaarde voor het slagen van het model.

## **4.9 Conclusie**

Patiëntgebonden opslagen bieden ruimte voor een grotere focus op de bekostiging/beloning van resultaten en het stimuleren van innovatie. Er geldt een zeer beperkte prestatieregulering met vrije tarieven bij de prestaties. Ons advies is de vaststelling van twee opslagen op individueel niveau (een bedrag per patiënt): de eerste prestatie is *resultaatbeloning*, de tweede prestatie is *zorgvernieuwing*. De omvang van de patiëntgebonden opslagen wordt niet door de NZa vastgesteld. Het is aan verzekeraars om hierover heldere afspraken te maken, binnen het macro budgettaire kader voor verpleging en verzorging.

## 5. Populatiegebonden toeslagen

### 5.1 Inleiding

In het bekostigingsmodel voor 2016 adviseert de NZa twee populatiegebonden toeslagen. Een toeslag voor de niet-toewijsbare zorg en een toeslag voor de regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg.

Activiteiten die onder de twee populatiegebonden toeslagen vallen, zijn op voorhand niet direct toewijsbaar aan een zorgtraject van een patiënt.

Voordat wij ons advies geven voor de populatiegebonden toeslagen, gaan we eerst kort in op populatiebekostiging in het algemeen en de problemen en risico's die gepaard gaan met het inpassen van populatiebekostiging in de Zvw. In ons advies gaan wij vervolgens nader in op de prestatiebeschrijving, de tariefsoort, de inkoop en de aandachtspunten.

### 5.2 Populatiebekostiging

Bij populatiebekostiging wordt de bekostiging van zorg gekoppeld aan een populatie. De kenmerken van de populatie (bijvoorbeeld persoons-, omgevings-, gezondheidskenmerken) hebben invloed op de hoogte van de vergoeding. In tegenstelling tot prestatiebekostiging speelt (het volume aan) zorggebruik geen rol in de vergoeding door de zorgverzekeraar aan een zorgaanbieder.

#### 5.2.1 Problemen en risico's inpassen populatiebekostiging in de Zvw

Populatiebekostiging in de Zvw stuit op diverse inpassingsproblemen. Hieronder worden de problemen weergegeven.

De beschikking waarin prestaties en/of tarieven staan, vormt volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) de betaaltitel tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Bij populatiebekostiging kan geen eenduidige definitie van een gehele populatie als betaaltitel worden afgegeven. Aan de kant van de zorgaanbieder is lastig vast te stellen hoeveel en welke patiënten een zorgaanbieder (in zorg/in de populatie) heeft. Aan de kant van de zorgverzekeraar is het niet inzichtelijk voor welk deel van de populatie welke zorgverzekeraars per regio of gemeente actief zijn.

In beginsel heffen zorgverzekeraars in de Zvw, in een concurrerende omgeving, premie voor het vergoeden van zorg voor hun eigen verzekerden. Bij populatiebekostiging is echter de schadelast per verzekerde per zorgverzekeraar lastig te bepalen. Dit komt doordat bij populatiebekostiging de betaaltitel op het niveau van een gehele populatie is in tegenstelling tot een individuele patiënt. De bekostiging is niet patiëntvolgend en de verantwoording kan daardoor moeilijker op individueel patiëntniveau plaats vinden.

Bij populatiebekostiging is enige mate van afstemming en samenhang in het organiseren van het zorgaanbod in een regio gewenst. Daardoor is niet uit te sluiten dat inkoop in een regio in collectief verband geschiedt.

In een bepaalde regio kunnen patiënten namelijk bij verschillende zorgverzekeraars verzekerd zijn. Het uitgangspunt van concurrerende zorgverzekeraars staat daarmee onder druk. Daarentegen bevordert collectieve inkoop wel de samenhang in de zorg voor een populatie.

Zorgaanbieders hebben in principe altijd de prikkel om hun kosten zo laag mogelijk te houden. Een risico van populatiebekostiging dat hieruit voortvloeit is onderbehandeling. Zorgaanbieders ontvangen immers een bedrag per verzekerde of een totaalbedrag, ongeacht de hoeveelheid zorg die geleverd wordt. Door dit vaste bedrag per populatie te ontvangen kan er een prikkel zijn om minder zorg te leveren dan medisch noodzakelijk is.

Als een relatief beperkt aantal zorgaanbieders wordt gecontracteerd, kan populatiebekostiging leiden tot een situatie waarbij er nauwelijks sprake is van concurrerende zorgaanbieders. Zorgaanbieders worden dan in beperkte mate gestimuleerd om hun dienstverlening regionaal onderscheidend en kwalitatief goed in te vullen of om concurrerende prijzen te hanteren. Dit kan uiteindelijk negatief uitwerken voor de patiënt.

### **5.2.2 Advies NZa populatiebekostiging in de Zvw**

Populatiebekostiging staat op gespannen voet met de uitgangspunten binnen de Zvw. Ondanks bovengenoemde problemen en risico's is populatiebekostiging niet onmogelijk binnen de Zvw. Als de keuze wordt gemaakt voor populatiebekostiging binnen de Zvw dan kan dat door de prestaties voor de populatiegebonden toeslagen niet-toewijsbare zorg en onplanbare zorg (regionaal) zo vorm te geven dat veel vrijheid wordt gegeven aan zorgverzekeraars voor de vorm van de prestatie (per verzekerde, lumpsum, etc.) en de hoogte van het tarief (vrij tarief). De NZa adviseert dan wel om voor de populatiegebonden toeslagen een contractvereiste op te nemen. Bij de niet-toewijsbare zorg is dit ook bij de huidige prestatie 'wijkgericht werken' in 2015 het geval. Het is daarnaast noodzakelijk dat afstemming plaats vindt tussen VWS en het Zorginstituut over de wijze van verantwoording en de uitwerking in de risicovereeniging van deze zorg. De levering van zorg is namelijk niet direct herleidbaar naar de patiënt.

## **5.3 Prestatiebeschrijvingen en tariefsoort**

### **5.3.1 Toeslag niet-toewijsbare zorg**

Met de toeslag voor de niet-toewijsbare zorg worden taken bekostigd die niet direct toewijsbaar zijn aan een individueel zorgtraject van een patiënt. Het betreffen signalerende en preventieve taken, de samenwerking met sociale wijkteams of een vergelijkbaar verband en het signaleren van een mogelijke zorgvraag, waarbij de werkzaamheden vallen binnen de Zvw.

Binnen de toeslag niet-toewijsbare zorg onderneemt de verpleegkundige bijvoorbeeld actie om voor een patiënt in de wijk duidelijk te krijgen welke zorgverlening het meest passend zou zijn (bijvoorbeeld zorgverlening vanuit de Wlz, Wmo, Jeugdwet of de zorgpakketten, de individuele verpleegkundige zorgverlening). De verpleegkundige adviseert primair vanuit een verpleegkundige achtergrond en niet vanuit het sociale domein (bijvoorbeeld bij een schuld sanering vraagstuk). Zij weet hoe de zorg georganiseerd is, en of anderen nodig zijn voor een indicatiestelling. De verpleegkundige kent het lokale netwerk, en kan zo inschatten welke zorg geleverd kan worden binnen een wijk.



Binnen de zorgpakketten verpleging en verzorging bepaalt de verpleegkundige zelf wat de verpleegkundige zorgvraag van de patiënt is, hoeveel uur zorg en welk deskundigheidsniveau ingezet moet worden. Natuurlijk schakelt de verpleegkundige waar nodig met de huisarts of de medisch specialist.

De NZa adviseert voor de toeslag niet-toewijsbare zorg één prestatie met een generieke beschrijving met een vrij tarief te hanteren. De omschrijving van de prestatie staat in onderstaande tabel.

**Tabel 3. Prestatiebeschrijving**

<b>Prestaties</b>	<b>Omschrijving</b>
Toeslag niet-toewijsbare zorg	<p>Deze prestatie biedt ruimte om afspraken te maken over zorg die verpleegkundigen plegen te bieden die niet direct aan een individueel zorgtraject van een patiënt toewijsbaar is.</p> <p>De activiteiten zijn te kenschetsen als het verbinden van het medische en sociale domein waarbij signaleren, regisseren en coördineren de kern vormen.</p>

Bron: NZa

### 5.3.2 Toeslag onplanbare zorg (regionaal)

Met de toeslag voor de regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg worden de infrastructurele en personele voorzieningen bekostigd die nodig zijn om te kunnen beantwoorden aan een ongeplande zorgtaak in de regio. Het gaat dan specifiek om zorgvragen die incidenteel, onverwacht en acuut optreden. Dit kan bestaan uit drie componenten:

1. Bereikbaarheid voor de ongeplande zorgvraag. Bijvoorbeeld een meldpunt waar patiënten naar toe kunnen bellen met een zorgvraag die niet kan wachten.
2. Beschikbaarheid voor de ongeplande zorgvraag. Bijvoorbeeld transportvoorzieningen en personeel dat op afroep beschikbaar is om te voldoen aan de onplanbare zorgvraag.
3. Daadwerkelijke levering van de ongeplande zorg buiten kantooruren bij de patiënten die niet bij de zorgaanbieder die de regionale onplanbare zorg levert in zorg zijn.

Momenteel wordt deze voorziening door een beperkt aantal zorgaanbieders in de regio uitgevoerd om de beschikbaarheid op een doelmatige wijze te organiseren. De toeslag onplanbare zorg (regionaal) biedt de mogelijkheid om deze regionale voorzieningen te bekostigen. Deze regionale voorziening wordt op diverse manieren georganiseerd, waarbij er veel variatie per regio is. Zorgaanbieders kunnen onplanbare zorg ook zelf leveren voor de eigen patiënten. Voor deze zorgaanbieders is de toeslag onplanbare zorg (regionaal) niet van toepassing. Een deel van de maximum-tarieven van de zorgpakketten (zie hoofdstuk 3) zal ingezet kunnen worden voor de bekostiging van de onplanbare zorg, niet zijnde een regionale voorziening.

Voor de toeslag onplanbare zorg (regionaal) adviseert de NZa om één prestatie met een generieke beschrijving te hanteren, zie onderstaande tabel. Daarnaast adviseert de NZa een vrij tarief. Door één generieke prestatie met een vrij tarief zijn zorgverzekeraars en zorgaanbieders in staat om maatwerk te bieden en tegemoet te komen aan de regionale variatie.

**Tabel 4. Prestatiebeschrijving**

Prestaties	Omschrijving
Toeslag onplanbare zorg (regionaal)	Deze prestatie biedt ruimte om afspraken te maken over de vergoeding van regionale voorzieningen voor onplanbare zorg.

Bron: NZa

## 5.4 Inkoop

Het gezamenlijk organiseren van de inkoop middels representatie of een volgmodel lijkt het meest passende inkoopmodel voor de populatiegebonden toeslagen. Dit is vanwege de gewenste afstemming en samenwerking binnen een wijk of regio. De NZa zal niet adviseren inzake inkoop via representatie of een volgmodel, omdat zij geen uitspraken kan doen over aangelegenheden die liggen op het terrein van de Autoriteit Consument & Markt (ACM). De regelgeving die de NZa opstelt verhindert representatie echter niet. Het is aan zorgverzekeraars om hier invulling aan te geven. Hoewel onze regelgeving niet in de weg staat dat zorgverzekeraars elkaar volgen in hun inkoopmodel of via representatie inkopen, is het de vraag of inkoop door en declaratie aan de representerende zorgverzekeraar mogelijk is op grond van de mededingingsregels. Het is van belang dat hierover afstemming plaats vindt tussen VWS en ACM. Het is de verantwoordelijkheid van veldpartijen om zich aan de mededingingsregels te houden.

Voor het vormgeven van de populatiegebonden toeslagen lijkt een bedrag per verzekerde de meest bruikbare basis. Dit vormt één op één een betaaltitel tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, waarbij de zorgverzekeraar in overleg met de zorgaanbieder zelf de definitie van 'wijk' of 'regio' kan bepalen. Hierdoor wordt bijvoorbeeld ook een koppeling met Wmo-regio's mogelijk. De NZa adviseert een prestatievorm waarbij de declaratie-eenheid vrij is. De zorgverzekeraar kan zelf de keuze maken hoe de niet-toewijsbare zorg of regionale onplanbare zorg wordt ingekocht, bijvoorbeeld via een bedrag per verzekerde of een totaalbedrag.

De NZa zal een declaratievoorwaarde koppelen aan de toeslagen niet-toewijsbare zorg en onplanbare zorg (regionaal). Een zorgaanbieder mag de populatiegebonden toeslagen alleen declareren indien hij tevens individueel toewijsbare verpleging en verzorging, de zorgpakketten levert en declareert. De NZa adviseert daarnaast om een contractvereiste op te nemen. De toeslagen zijn alleen declarabel als de zorgaanbieder een contract heeft gesloten met een zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars kunnen daardoor middels de inkoop sturen op een doelmatige zorgverlening. De zorg kan regionaal worden ingekocht en op deze manier kan maatwerk worden geboden.

De branchepartijen, zoals V&VN, Actiz, Alzheimer NL, en VNG ervaren een koppeling tussen de niet-toewijsbare zorg en de toewijsbare zorg als wenselijk, omdat op die manier de integraliteit van de zorg geborgd wordt. Door een contractvereiste te stellen kunnen de zorgverzekeraars de niet-toewijsbare zorg selectief inkopen.

Wij delen de wens van het veld om in de toekomst de zorg vallend onder de toeslag niet-toewijsbare zorg te integreren met de zorg vallend onder pakketten voor zorgbekostiging en/of de resultaatbekostiging. Voor 2016 achten wij dit echter niet wenselijk. De niet-toewijsbare zorg moet deels nog van de grond komen en marktpartijen moeten nog scherp krijgen

wat hier precies wordt gedaan en welke resultaten hiermee worden behaald. Pas wanneer hier meer zicht op is achten wij het haalbaar om het te integreren met de andere bekostigingsonderdelen. Tot die tijd kan de aparte inkoop, middels een toeslag, van deze zorg helpen met het verkrijgen van het noodzakelijke inzicht.

## 5.5 Aandachtspunten

In 5.2.1 zijn enkele problemen en risico's genoemd die gepaard gaan met invoering van populatiebekostiging in de Zvw. In deze paragraaf staan tevens punten die aandacht behoeven.

In overeenstemming met eerder uitgebrachte adviezen wijst de NZa ook in dit advies op de beperkingen die er zijn met betrekking tot de toezichtbaarheid en handhaafbaarheid van de niet-toewijsbare zorg. Deze zorg is niet op patiëntniveau herleidbaar of declarabel. Dit terwijl de Zvw uitgaat van een individueel recht op zorg. Het risico bestaat dat de zorgverzekeraars deze zorg niet inkopen. Daarnaast zijn de collectieve vormen van zorg die binnen deze toeslag worden geleverd praktisch gezien moeilijk individueel afdwingbaar. Deze zorg is namelijk niet herleidbaar naar de patiënt. Bovendien wordt in veel gevallen geen concreet benoemde zorgvraag door patiënten geuit. De naleving van de zorgplicht is hierdoor moeilijk door de NZa te toetsen.

Een andere beperking ten aanzien van de toezichtbaarheid en handhaafbaarheid is dat er geen objectiveerbaar verdeelmodel beschikbaar is op basis waarvan de landelijk beschikbare middelen (regionaal) kunnen worden ingezet/ingekocht, zodat een dekkend zorgaanbod wordt gerealiseerd. Een zekere afstemming tussen verzekeraars is hiervoor nodig.

In het belang van een landelijk dekkende zorginkoop is het ook belangrijk dat restitutieverzekeraars niet-toewijsbare zorg en onplanbare zorg (regionaal) inkopen. De NZa kan de inkoop door (restitutie)zorgverzekeraars ten aanzien van de populatiegebonden toeslagen lastig afdwingen. De NZa kan alleen toezicht houden op de zorgplicht, wat echter moeilijk is voor deze toeslagen vanwege het uitblijven van een concreet benoemde zorgvraag door een verzekerde.

Voor verpleging en verzorging is voor 2015 geen wettelijk verplicht eigen risico voorzien. Indien wel een eigen risico van toepassing wordt, is dit wettelijk eigen risico in relatie tot de bekostiging van niet-toewijsbare zorg een aandachtspunt. Populatiebekostiging en een wettelijk verplicht eigen risico gaan niet goed samen. Ongeacht of gebruik wordt gemaakt van daadwerkelijk geleverde zorg, zal altijd een deel van het wettelijk verplicht eigen risico voor verpleging en verzorging worden ingezet. Op voorhand moet iemand al een deel van zijn eigen risico betalen, ook al heeft de verzekerde zelf geen verpleging en verzorging ontvangen.

## 5.6 Conclusie

Populatiebekostiging past in beginsel niet binnen de Zvw omdat het op gespannen voet staat met de uitgangspunten van de Zvw. Als de keuze wordt gemaakt voor populatiebekostiging binnen de Zvw dan kan dat het beste vorm worden gegeven met een prestatie voor de populatiegebonden toeslagen waarbij veel vrijheid wordt gegeven aan zorgverzekeraars om de vorm van de prestatie te bepalen (per verzekerde, lumpsum, etc.) en de hoogte van het tarief (vrij tarief).

De NZa zal een declaratievoorwaarde koppelen aan de toeslagen niet-toewijsbare zorg en onplanbare zorg (regionaal) en het leveren van de wel toewijsbare zorgprestaties. Een zorgaanbieder mag de populatiegebonden toeslagen alleen declareren indien hij tevens individueel toewijsbare verpleging en verzorging levert en declareert. De integraliteit voor de niet-toewijsbare zorg wordt op deze manier geborgd.

De NZa adviseert om voor zowel de toeslag niet-toewijsbare zorg als de toeslag onplanbare zorg (regionaal) een contractvereiste op te nemen. Zorgverzekeraars kunnen zo met de inkoop sturen op een doelmatige zorgverlening en selectief inkopen.

Aandachtspunt is de toezichtbaarheid en handhaafbaarheid van de populatiegebonden toeslagen. De zorg is niet op patiëntniveau herleidbaar en declarabel. Daarnaast is er geen verdeelmodel beschikbaar. Er zijn ook aandachtspunten met betrekking tot de inkoop van zorg, de NZa heeft geen instrumentarium om inkoop door (restitutie)verzekeraars van niet-toewijsbare zorg en onplanbare zorg (regionaal) verplicht te stellen. Ten slotte gaat populatiebekostiging en een wettelijk verplicht eigen risico niet goed samen.

## **6. Aandachtspunten met betrekking tot fraudegevoeligheid**

### **6.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk bespreken we de fraudegevoelige punten van de geadviseerde bekostiging van verpleging en verzorging in de Zvw. Hierbij hanteren we een brede definitie van fraude, waaronder ook administratieve vergissingen/fouten, oneigenlijk gebruik (upcoding) en ongepast gebruik/niet-noodzakelijke zorg vallen.<sup>10</sup> Daarbij wordt uitgebreid ingegaan op drie fases, waar de NZa een rol speelt, die hierin centraal staan: de zorglevering, de declaratie van de geleverde zorg en de controle door zorgverzekeraars.

Daarnaast gaan we in op de mogelijkheden van de NZa tot toezicht en handhaving. Dit hoofdstuk spitst zich toe op de fraudegevoeligheid van het bekostigingssysteem en gaat nog niet in op de uiteindelijke uitwerking en bewoording van prestatiebeschrijvingen.

### **6.2 Zorglevering: prikkels tot onder- en overbehandeling**

We kiezen in ons advies om de volumeprikkel te beperken door niet meer de geleverde zorg per uur te vergoeden zoals in de AWBZ het geval was, maar door verpleging en verzorging in de eerste plaats te vergoeden vanuit vijf zorgpakketten. Dit neemt niet weg dat ook het nieuwe systeem kan leiden tot een bepaalde mate van overbehandeling. In de praktijk zien we dat een opdeling in verschillende pakketten er vaak toe leidt dat zorgaanbieders geneigd zijn om voor de patiënt die binnen een pakket veel zorg krijgt nog nét iets meer zorg te bieden. Hierdoor kan de patiënt in een hoger pakket terecht komen, en de zorgaanbieder kan dus een hogere vergoeding krijgen (overbehandeling). Ook kan een zorgaanbieder ervoor kiezen om de zorg te laten uitvoeren door hoger gekwalificeerde werknemers dan noodzakelijk, waardoor de patiënt ook in een hoger pakket terecht kan komen.

Tegelijkertijd is het voor de zorgaanbieder gunstig patiënten een gemiddeld of lager aantal uren binnen een pakket te bieden, dit kan leiden tot een goede afweging en doelmatige zorg, maar de schaduwzijde is dat een té kritische houding ook kan leiden tot onderbehandeling.

Onderbehandeling en overbehandeling zijn beide onwenselijk. Dit gaat zowel op voor de individuele patiënt als maatschappelijk bezien. Binnen dit voorgestelde bekostigingssysteem leidt overbehandeling bijvoorbeeld tot hogere kosten wanneer een patiënt daardoor medisch gezien ten onrechte in een hoger pakket terechtkomt. Onderbehandeling leidt tot een medisch onwenselijke situatie voor de patiënt én is niet per definitie goedkoper. Een patiënt kan namelijk binnen hetzelfde pakket behoefte hebben aan meer zorg, maar in de praktijk dus minder zorg ontvangen.

Daarnaast is er bij de zorg die vergoed wordt vanuit de populatiegebonden toeslagen, zoals eerder in dit advies genoemd, een

---

<sup>10</sup> Definitie uit: Aanpak PGB-fraude 2013/2014, dlz-3141826-b, deze definitie wordt ook gehanteerd door de regiegroep 'verbetering van zorgfraudebestrijding'.

risico op onderbehandeling, omdat de zorgaanbieder betaald wordt voor de populatie die bij hem is ondergebracht en niet voor de daadwerkelijk geleverde zorg. Bovendien zullen de patiënten waar deze zorg voor bedoeld is niet zelf aan de bel trekken als de zorg niet geleverd wordt.

In het advies hebben we eerder aangegeven dat resultaatbeloning een remmende werking kan hebben op onderbehandeling. Door de zorgaanbieder financieel te belonen voor goede resultaten, zou de financiële prikkel tot onderbehandeling geneutraliseerd kunnen worden. Hierbij moeten we wel opmerken dat het goed functioneren van de resultaatbeloning afhankelijk is van goede indicatoren, en dat de ontwikkeling hiervan niet eenvoudig is. De sector is al sinds 2006 bezig met het ontwikkelen van dergelijke indicatoren<sup>11</sup> en heeft desondanks op dit moment geen set indicatoren waar alle partijen zich in kunnen vinden.<sup>12</sup>

Daarbij komt dat belonen op resultaatindicatoren overbehandeling juist in de hand kan werken. Een patiënt die meer uren verpleging krijgt dan medisch noodzakelijk is, is mogelijk een éxtra tevreden patiënt. Zodoende kan overbehandeling hogere scores op de uitkomstindicator patiënttevredenheid opleveren, waardoor resultaatbeloning de prikkel tot overbehandeling kan versterken. Ook levert het direct koppelen van de bekostiging aan scores op indicatoren extra risico's op. Zorgaanbieders krijgen op deze manier namelijk een sterke financiële prikkel tot het verfraaien of anders registreren van bepaalde uitkomsten. Ook kan de aandacht van zorgaanbieders zich verschuiven naar het goed scoren op de afgesproken indicatoren, waardoor andere aspecten van de zorg verdrongen kunnen worden. Hiermee moet rekening gehouden worden wanneer zorgverzekeraars gaan werken met resultaatbeloning.

Over- en onderbehandeling kan verder in de hand worden gewerkt doordat de verpleegkundige zelf beslist hoeveel uur zorg van welk deskundigheidsniveau een patiënt nodig heeft, terwijl dezelfde verpleegkundige werkt voor de organisatie die financieel belang heeft bij het leveren van de zorg. Dit is een verandering ten opzichte van het oude systeem, waarin het CIZ – als onafhankelijke instantie – indicaties afgaf voor de zorgzwaarte van patiënten. Ondanks dat dit geldt voor meerdere beroepsgroepen in de Zvw, is de situatie voor de verpleging en verzorging wezenlijk anders. In tegenstelling tot bijvoorbeeld de medisch specialistische zorg of huisartsenzorg, gaat het hier om een structurele vorm van zorg die geleverd wordt over een langere periode. Als er ook geen eigen risico geldt voor de verpleging en verzorging is er daarmee weinig rem vanuit de patiënt en vanuit de verpleegkundige op het aantal geleverde zorguren.

Daarnaast kan dit verder versterkt worden door de beperkte medische herkenbaarheid van de 5 zorgpakketten die in dit advies worden voorgesteld. Omdat er (nog) geen directe koppeling is tussen,

---

<sup>11</sup> Arcares, Z-org, BTN, AVVV, LOC, NVVA, Sting, IGZ, VWS, ZN (2006). *Normen voor Verantwoorde Zorg Thuis; een model voor langdurige en/of complexe thuiszorg en voor langdurige en/of complexe extramurale zorg vanuit verpleeg- en verzorgingshuizen opgesteld door Arcares, Z-org, BTN, AVVV, LOC, NVVA en Sting en in afstemming met IGZ, VWS en ZN*. Utrecht: Stuurgroep Verantwoorde zorg; ActiZ, V&VN, LOC, NVVA, Sting, IGZ, VWS ZN (2007). *Kwaliteitskader Verantwoorde zorg; Een operationalisering van de visiedocumenten 'Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg' en 'Normen voor Verantwoorde zorg Thuis' in een indicatorenset en een sturingsmodel voor langdurige en/of complexe zorg*. Utrecht: Stuurgroep Verantwoorde zorg.

<sup>12</sup> In 2011 is de Stuurgroep Verantwoorde zorg opgeheven, onder meer omdat niet alle partijen zich konden vinden in de uitwerking van de indicatorenset en de methode van meten van de resultaten. Op dit moment is er geen indicatorenset die sector-breed ontwikkeld is.

bijvoorbeeld, een diagnose en het aantal uur zorg, is er extra ruimte voor de verpleegkundige om meer of minder uren zorg te leveren dan medisch noodzakelijk is.

Mede om de risico's op onder- en overbehandeling in te perken is in dit advies gekozen voor declaratie op basis van afleiding van de geleverde zorg. In plaats van de declaratie te baseren op de inschatting van de benodigde zorg door de verpleegkundige, moet de declaratie gebaseerd zijn op de daadwerkelijk geleverde zorg (tijd en deskundigheidsniveau). Deze koppeling tussen zorgpakket en uren- en deskundigheidsregistratie heeft op weerstand van het veld gestuit, maar is juist gekozen om de fraudegevoeligheid van het bekostigingssysteem te verkleinen. Een systeem waarin declaraties gebaseerd worden op de planning vooraf brengen namelijk extra risico op onderbehandeling of een te hoge inschatting van de benodigde zorg in de planning met zich mee.

### **6.3 Declaraties door zorgaanbieders**

Uit het toezicht van de NZa op de declaraties van zorgaanbieders voor de extramurale verpleging en verzorging onder de AWBZ is gebleken dat incorrecte declaratie op verschillende manieren voorkwam. Op basis hiervan verwachten wij dat er ook in dit systeem een risico bestaat voor het declareren in afwijking van de zorg die daadwerkelijk geleverd is. Zoals hierboven beschreven kan het lucratief zijn om meer uren te registreren dan er daadwerkelijk geleverd zijn. Ook kan het financieel gunstig zijn om een hoger deskundigheidsniveau te registreren dan er daadwerkelijk ingezet is.

### **6.4 Controle door zorgverzekeraars**

Voor het inperken van bovengenoemde risico's is het zeer belangrijk dat de zorgverzekeraars voldoende informatie krijgen om controles uit te voeren naar de declaraties van zorgaanbieders. Daarom is het van groot belang dat er goede afspraken gemaakt worden over de minimale dataset die de zorgaanbieders bij de declaratie aan de zorgverzekeraars leveren en welke gegevens de zorgverzekeraars vervolgens aan de patiënt sturen. Als hierin de registratie van de geleverde zorg in uren en deskundigheidsniveau bijgevoegd wordt, en niet alleen het afgeleide pakket per patiënt, hebben de zorgverzekeraars de mogelijkheid om aan de hand van deze data controles uit te voeren die (een deel van) de onder- of overbehandeling en incorrecte declaraties kan aantonen.

Voor controle van de juistheid van de declaratie van de zorgaanbieder kan het ook helpen dat de patiënt op het kostenoverzicht dat hij van de zorgverzekeraar krijgt, kan zien hoeveel uur zorg gedeclareerd is. Als de patiënt niet alleen inzicht krijgt in het gedeclareerde zorgpakket, maar ook welke zorg hiervoor geregistreerd is, kan de patiënt een ondersteunende rol spelen in het controleren van de declaratie.

Zorgverzekeraars worden op zijn vroegst pas vanaf 2017 volledig risicodragend, dus in 2016 zijn er – net als onder de AWBZ – beperkte prikkels voor de zorgverzekeraar om te investeren in het toezicht op de declaraties van zorgaanbieders. Dit levert een risico op voor de kwaliteit van de door de zorgverzekeraars uitgevoerde controles.

Ook als zorgverzekeraars volledig risicodragend worden blijven er aandachtspunten voor de controle die verzekeraars moeten uitvoeren op de declaraties van zorgaanbieders. De populatiegebonden toeslag kan niet herleid worden tot individuele patiënten, en daardoor kan deze

toeslag niet op de standaard wijze gecontroleerd worden. De zorgverzekeraars zullen andere methodes moeten ontwikkelen om te controleren of de activiteiten die via deze toeslag gefinancierd worden ook daadwerkelijk geleverd zijn aan de populatie waar de zorgaanbieder voor verantwoordelijk is.

## 6.5 Mogelijkheden tot toezicht en handhaving NZa

De primaire verantwoordelijkheid voor het controleren van de declaraties ligt bij de zorgverzekeraars. Hiervoor is het essentieel dat de zorgverzekeraars voldoende informatie van de zorgaanbieders ontvangen om de controles goed uit te kunnen voeren. De NZa houdt vervolgens toezicht op hoe de zorgverzekeraars deze taak vanuit de Zvw uitvoeren. De NZa controleert dan middels haar uitvoeringstoezicht of de zorgverzekeraar haar controletaak naar behoren uitvoert. Als de zorgverzekeraars onvoldoende actie ontplooiën om de declaraties van zorgaanbieders goed te controleren, kan de NZa de verzekeraars hierop aanspreken en haar handhavingsinstrumenten inzetten.

Daarnaast heeft de NZa de bevoegdheid op basis van de Wmg om toezicht te houden op het door zorgaanbieders correct declareren van prestaties en tarieven. Als de NZa in overeenstemming met het advies maximumtarieven vaststelt voor de basisprestaties, heeft de NZa de mogelijkheid om handhavend op te treden wanneer zorgaanbieders te hoge tarieven declareren. Het feit dat de controle van de declaraties primair bij de zorgverzekeraar ligt, laat dus niet onverlet dat de NZa ook nader onderzoek kan doen bij zorgaanbieders naar eventuele 'onrechtmatigheden'.

De uitwerking van de vrije tarieven voor de voorgestelde toeslagen ligt bij de partijen in het veld zelf, en hier zal de NZa dan ook geen grote rol in spelen. Wel houdt de NZa de mogelijkheid om toezicht te houden op het declareren van de juiste prestaties. Mits de verschillende toeslagen ook als duidelijk herkenbare prestaties omschreven worden, heeft de NZa dus de mogelijkheid om hier – hetzij beperkt, want niet over het tarief – toezicht op te houden.

## 6.6 Conclusie

Het nieuwe systeem heeft niet de constante overbehandelingsprikkel die het oude systeem had, omdat er niet meer per uur bekostigd wordt. Het nieuwe systeem bevat echter wel een duidelijke financiële prikkel om meer zorg te leveren dan noodzakelijk als de patiënt daarmee in een hoger pakket terecht komt. Daarnaast ontstaat er ook een nieuw risico: het nieuwe bekostigingssysteem kent een onderbehandelingsprikkel, zowel binnen één zorgpakket als voor de zorg die bekostigd wordt met een populatiegebonden toeslag.

Wij kunnen niet voorspellen of de overbehandelingsprikkel in het nieuwe systeem in de praktijk kleiner, groter of gelijk is aan de overbehandelingsprikkel van het oude systeem. Wel speelt mee dat de wijkverpleegkundige in het nieuwe systeem zelf bepaalt hoeveel zorg een patiënt nodig heeft, waardoor er voor de zorgaanbieder meer ruimte is om te besluiten tot over- of onderbehandeling.

Primair zullen zorgverzekeraars moeten controleren of zorgaanbieders correct declareren en doelmatig zorg leveren. Het toezicht op declaraties van de populatiegebonden toeslag zal voor zorgverzekeraars lastiger zijn



vorm te geven, omdat deze niet herleidbaar is tot een individu en daarmee niet logisch past binnen het systeem van de Zvw.

Om de mogelijkheden tot incorrect declareren en onder- en overbehandeling te beperken is er in het nieuwe systeem wel voor gekozen dat zorgaanbieders de zorg kunnen declareren op basis van de daadwerkelijk geleverde zorg. Het is echter ook belangrijk om voldoende aandacht te hebben voor de informatie die de zorgverzekeraar verder krijgt van zorgaanbieders: hoe completer deze informatie, hoe meer mogelijkheden de zorgverzekeraars hebben om de declaraties en de patronen in de zorglevering effectief te controleren.

## 7. Invoering nieuwe bekostiging

### 7.1 Ambitieuw tijdspad

Tijdens de consultatie hebben enkele veldpartijen aangegeven de invoering van de nieuwe bekostiging uit te willen stellen. De hiervoor aangedragen redenen zijn drieledig:

1. De wens van met name zorgaanbieders om eerst te starten met proeftuinen. In deze proeftuinen willen partijen verder werken aan de 'stip aan de horizon'; een resultaatgerichte bekostiging, waarbij de zorg niet gesegmenteerd, maar integraal wordt ingekocht.
2. De wens van met name verzekeraars om de bekostiging te enten op casemix/zorgvraagzwaarte/patiëntkenmerken.
3. De inschatting van veldpartijen dat voor zorgvuldige invoering van het nieuwe bekostigingsmodel meer tijd nodig is, met name in het aanpassen van declaratiestandaarden en IT-systemen.

De NZa is geen voorstander van het uitstellen van de invoering van de bekostiging om ruimte te bieden aan (kleinschalige) proeftuinen, waarin geëxperimenteerd kan worden. Waarmee geëxperimenteerd gaat worden is onduidelijk. Daarnaast is het risico van deze aanpak dat nog jaren wordt gewerkt met de huidige bekostiging, omdat de resultaten van dergelijke proeftuinen niet op korte termijn beschikbaar komen. Daarbij is er in het nieuwe model voldoende ruimte voor partijen om te experimenteren met bijvoorbeeld resultaatbeloning of vernieuwende zorgvormen.

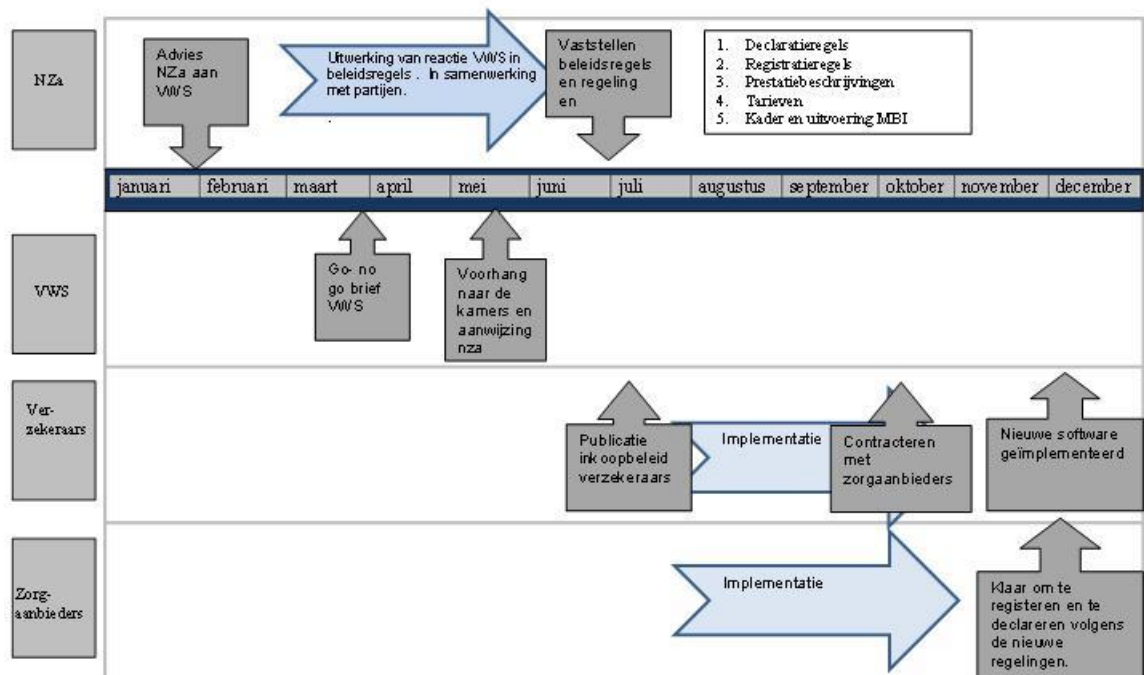
De wens om de bekostiging te enten op patiëntkenmerken delen wij. Uit de analyses is echter gebleken dat dit op basis van de huidige data niet mogelijk is door het ontbreken van voldoende correlatie. Als uit de registraties binnen de zorgpakketten blijkt dat er criteria zijn op basis waarvan de toeleiding naar pakketten (deels) kan worden verklaard (bijvoorbeeld ziektebeeld/beperking of omgeving/mantelzorgers), kan de prestatiestructuur hiermee op termijn verrijkt worden (zie hierna). Hiertoe is het dus juist van belang om te starten met de nieuwe bekostiging en dergelijke informatie te gaan verzamelen.

Ten aanzien van de invoering is de NZa van mening dat de door VWS gewenste invoeringsdatum van 1 januari 2016 ambitieus, maar haalbaar is. Wij zullen daartoe zorgen dat belangrijke informatie voor de implementatie in declaratiestandaarden en IT-systemen uiterlijk 1 juli 2015 beschikbaar is. De haalbaarheid is sterk afhankelijk van politieke besluitvorming. Het is van belang dat VWS tijdig (maart 2015) een reactie geeft op voorliggend advies en besluit hoe verder te gaan.

Uiteraard is het mogelijk om met het oog op een zorgvuldige invoering te kiezen voor implementatie van het nieuwe model per 1 januari 2017. Mocht VWS hiertoe besluiten, dan is het van belang dat bij dit besluit wél duidelijkheid wordt gegeven over het bekostigingsmodel, zodat hier gestructureerd naar kan worden toegewerkt qua implementatie. Uitstel zonder duidelijkheid over het model is volgens de NZa ongewenst. In dat geval is het risico groot dat we, zowel de NZa als veldpartijen, over een jaar alsnog geconfronteerd worden met een ambitieus tijdspad.

In onderstaand figuur wordt een tijdlijn gegeven van de activiteiten die in 2015 plaats gaan vinden, als gekozen wordt voor invoering per 2016. In onderstaande paragrafen wordt dit verder toegelicht.

**Figuur 7. Tijdlijn van activiteiten in 2015**



Bron: NZa

## 7.2 Uitwerking beleid, prestaties en tarieven

In voorliggend advies beantwoorden wij de vraag van de minister over het toekomstige bekostigingsmodel voor verpleging en verzorging in de Zvw per 2016. Eind januari 2015 adviseren we het ministerie hierover. We verwachten vervolgens eind maart 2015 een go/no-go brief vanuit VWS, waarin een reactie op ons advies gegeven wordt. Afhankelijk hiervan gaan we de praktische uitwerking verder vormgeven in beleidsregels, regelingen en tariefbeschikkingen. Dit doen we in nader overleg met veldpartijen.

In de beleidsregels geeft de NZa aan op welke wijze zij haar wettelijke taken en bevoegdheden invult. In regelingen geeft de NZa aan waar zorgaanbieders, zorgverzekeraars en soms ook derden zich ten opzichte van patiënten, elkaar en de NZa aan moeten houden. Met tariefbeschikkingen stelt de NZa vast door wie tarieven voor zorgverlening in rekening mogen worden gebracht, en welke voorwaarden en beperkingen daar eventueel bij gelden.

In de beleidsregels zullen de prestatiebeschrijvingen en de tarieven opgenomen worden. In dit advies zijn de prestatiebeschrijvingen al zo concreet mogelijk vormgegeven. Het komende half jaar wordt gebruikt om dit nog verder te specificeren.

Aan de populatiegebonden toeslagen en patientgebonden opslagen wordt een vrij tarief gekoppeld. Voor de pakketten (de prestaties die de individuele zorglevering moeten bekostigen) moeten maximumtarieven worden bepaald. Met partijen wordt nader technisch uitgewerkt hoe de maximumtarieven per pakket tot stand komen.

Zodra voldoende betrouwbare registratie- en declaratiedata beschikbaar komt, is het mogelijk om de tarieven te herijken. Of hierbij gekozen

wordt voor een breed kostenonderzoek (historische kosten) of voor een herijking van de parameters in de tarieven (modelmatige aanpak) moet te zijner tijd worden afgewogen.

Naast de beleidsregels zullen we ook registratie- en declaratieregels vaststellen. Registratievoorschriften beschrijven de voorwaarden waaraan de registratie van geleverde zorg moet voldoen. Daarnaast kunnen hier ook registratievoorschriften in opgenomen worden, die gebruikt worden bij de doorontwikkeling. Declaratiebepalingen regelen 'aan wie', 'door wie', 'op welke wijze' en onder welke voorwaarden en met inachtneming van welke voorschriften of beperkingen een tarief in rekening wordt gebracht.

De hele set van beleidsregels, regelingen en tariefbeschikkingen wordt vóór 1 juli 2015, onder voorbehoud van politieke besluitvorming vastgesteld. We gaan ervan uit dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars daarmee voldoende de tijd hebben om zich goed voor te bereiden op de implementatie van de nieuwe bekostiging.

### **7.3 Aandachtspunten voor VWS**

Om de conceptbeleidsregels voor 1 juli 2015 vast te stellen is het noodzakelijk dat VWS tijdig (maart 2015) een reactie geeft op voorliggend advies. VWS zal hierbij aan moeten geven welke onderdelen overgenomen worden en op welke onderdelen eventueel zal worden afgeweken.

Daarnaast moet uiterlijk maart 2015 duidelijk zijn hoe omgegaan moet worden met het verblijf, vervoer en pedagogische ondersteuning in relatie tot IKZ.

In het voorjaar van 2015 verwachten we een aanwijzing van VWS, op basis waarvan we de definitieve beleidsregels, regelingen en tariefbeschikkingen vast kunnen stellen. Voorafgaand aan de aanwijzing zullen de Eerste en Tweede Kamer middels een voorhangbrief worden geïnformeerd over de vormgeving van de nieuwe bekostiging.

Verder zal vóór 2016 kenbaar gemaakt moeten worden wat het budgettaire kader voor verpleging en verzorging is, zodat de NZa een tariefbeschikking kan vaststellen met betrekking tot het macrobeheersinstrument (MBI). Ten opzichte van 2015 wordt hierin naar verwachting ook de MSVT in ondergebracht. In 2015 valt de MSVT nog onder het budgettair kader van de medisch specialistische zorg.

### **7.4 Aandachtspunten voor veldpartijen**

Voor veldpartijen is het van belang dat zij 2015 gebruiken om de IT-systemen aan te passen aan de nieuwe bekostiging in 2016. Dit geldt zowel voor zorgaanbieders als voor zorgverzekeraars.

Daarnaast zal het personeel bij zorgaanbieders geïnstrueerd moeten worden welke gegevens vastgelegd moeten worden. Deze vereisten komen voort uit de registratie- en declaratiebepalingen.

Net als elk jaar zullen zorgverzekeraars in de zomer hun inkoopbeleid kenbaar moeten maken, zodat in het najaar de daadwerkelijke contracten afgesloten kunnen worden.

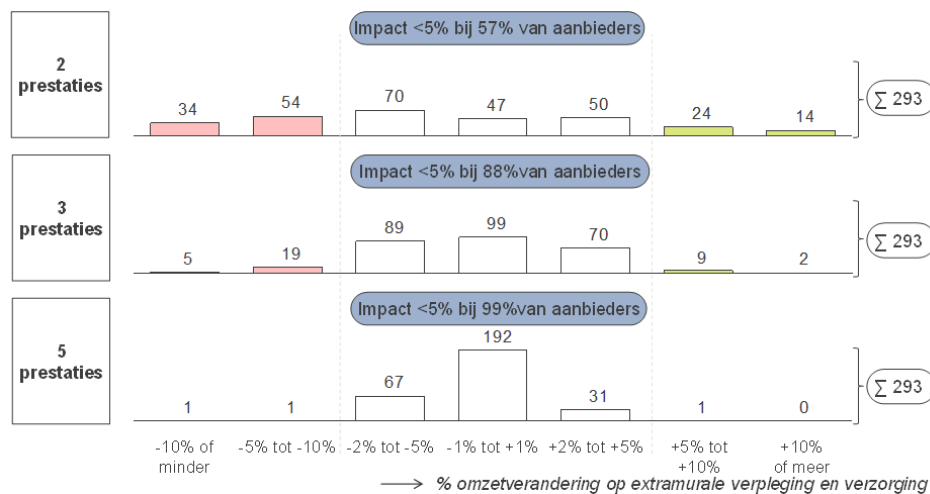
Tot slot is het voor resultaatbeloning van belang dat indicatoren worden vormgegeven en ontwikkeld voor het belonen op resultaten.

## Bijlage 1. Impactanalyse

In haar advies heeft Gupta een impactanalyse opgenomen. Hierbij zijn de verwachte omzetveranderingen voor zorgaanbieders geanalyseerd bij een bekostigingsmodel dat 2, 3 of 5 prestaties kent voor de toewijsbare zorg en waarbij de meerzorg in de 'staart' separaat wordt bekostigd.

Gupta heeft zich in de impactanalyse gericht op zorgaanbieders met ten minste € 1 mln. aan jaarlijkse omzet (PV en VP). De analyse is gebaseerd op Vektis data 2011-2012. De analyse is hieronder visueel weergegeven.

**Figuur 8. Verwachte omzetverandering zorgaanbieders**



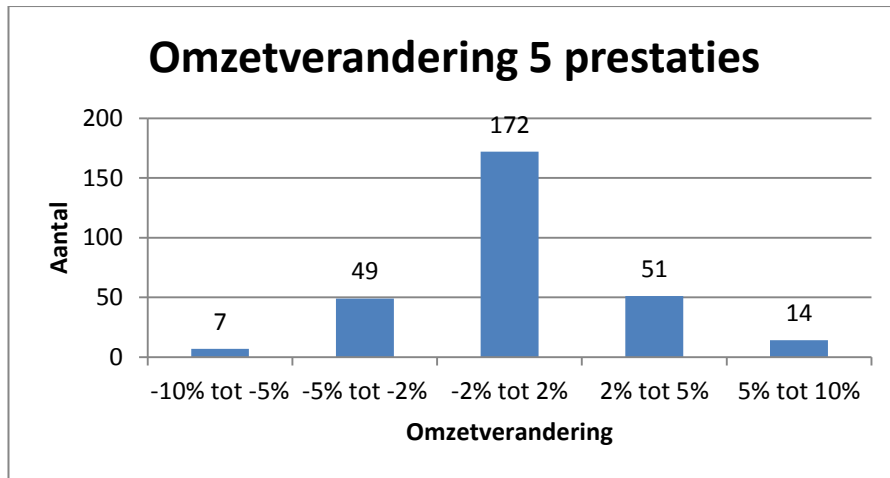
Bron: Rapport Gupta

De impactanalyse maakt duidelijk dat de verwachte omzetschommelingen als gevolg van de nieuwe bekostiging in het scenario met vijf prestaties (het advies van de NZa) voor het merendeel van de zorgaanbieders (99%) lager liggen dan 5% (positief en negatief).

De NZa heeft de impactanalyse ook uitgevoerd op het geadviseerde model met vijf prestaties, waarbij de zorgzwaartescore oploopt tot 100 (met een aanzienlijk kleinere 'staart' als gevolg). Het resultaat is in de figuur op de volgende pagina opgenomen<sup>13</sup>.

<sup>13</sup> Bij de impactanalyse van Gupta bij vijf prestaties, zijn er twee zorgaanbieder met een omzetverandering tussen de -5 en -10 procent. Onze impactanalyse komt uit op 7 zorgaanbieders. Dit verschil wordt verklaart door enerzijds het verruimen van de grenzen (van 61,5 naar 100) maar anderzijds door een aanscherping van de methodiek. In de oorspronkelijke analyse waren de prestatiegrenzen bepaald aan de hand van zorgkosten (uren maal tarieven (2012)). In de aangescherpte versie zijn de prestatiegrenzen bepaald aan de hand van zorgzwaartescores. Door een andere afronding liggen de prestatiegrenzen in beide methodieken net anders, hetgeen kleine verschillen in de impactanalyse oplevert. De aangescherpte versie verdient de voorkeur aangezien de gehanteerde methodiek overeen komt met de voorgestelde methodiek voor afleiding van de prestaties. Wanneer deze methode wordt toegepast bij 5 prestaties met een bovengrens van 61,5 zijn er 5 zorgaanbieders met een omzetverandering tussen de -5 en -10 procent.

**Figuur 9. Verwachte omzetverandering zorgaanbieders bij 5 prestaties met een bovengrens van 100 zorgzwaartepunten**



Bron: NZa

De impactanalyses maken duidelijk dat de nieuwe bekostiging naar verwachting beperkte impact heeft op de omzet van zorgaanbieders. De NZa adviseert daarom om het nieuwe bekostigingsmodel per 2016 in te voeren, zonder vangnet.

## Bijlage 2. Samenvatting reacties consultatiepartijen

Consultatiepartijen	Betrekking op	Samenvatting reactie	Uitwerking in dit advies (reactie richting partijen wat er is gebeurd met hun reactie in ons advies)
<b>VGVK</b>	<b>Algemeen</b>	De VGVK gaat er vanuit dat het 3-segmentenmodel niet het definitieve model is waarmee in de toekomst wordt gewerkt.	De NZa heeft in het advies haar visie op de toekomstige bekostiging van verpleging en verzorging toegevoegd (H2). De invoering van het model in 2016 is de grootste stap waarop vervolgens voort wordt gebouwd.
	<b>Consultatievraag (CV) 1</b>	Eens met voorstel NZa, maar het lijkt verstandig om inkoop segment 1 alleen bij aanbieders segment 2 te doen.	De NZa heeft in het advies toegevoegd dat er een declaratievoorwaarde gekoppeld wordt aan de toeslag niet-toewijsbare zorg en het leveren van de wel toewijsbare zorgprestaties. Een zorgaanbieder mag de populatiegebonden toeslagen alleen declareren als hij tevens individueel toewijsbare verpleging en verzorging levert en declareert. De integraliteit voor de niet-toewijsbare zorg wordt op deze manier geborgd.
	<b>CV 2, 3,4</b>	Eens met voorstel NZa. Nadere invulling/differentiatie segment 1 kan pas nadat er meer ervaring is opgedaan. In het geval van IKZ moet indicatiestelling door kinderverpleegkundige plaatsvinden. Hier zou indicatie in segment 1 dus ook niet passen. Verder zijn kinderverpleegkundigen niet werkzaam in segment 1.	Geen aanpassing gevraagd.
	<b>CV 5</b>	Eens met indicatie uitgedrukt in een gemiddelde per 4 weken te bieden aantal uren en deskundigheidsniveau. Echter, indicatie moet ook langere termijn kunnen hebben van enkele maanden tot een jaar. Daarnaast zou declareren per dag moeten gebeuren net als bij ZZP's. Zo kan de zorg ook halverwege de maand eindigen. Verder speelt in de Kindzorg extra mee dat er sterke fluctuaties in de omvang van te leveren (deel)prestaties kan bestaan (kinderhospice/VKDV/thuiszorg.)	De indicatie kan ook voor langer dan vier weken gesteld worden. De vier weken termijn is enkel gekoppeld aan de declaratie. Wanneer een patiënt korter dan vier weken in zorg is, vindt ook hierbij de afleiding plaats op basis van de geleverde uren. De extra fluctuaties bij IKZ worden opgevangen, doordat de afleiding naar de prestaties wordt gedaan op basis van de geleverde uren.
	<b>CV 6 /9</b>	Akkoord met de keuze NZa voor oplossing voor 'cliënten in de staart'. Vanuit Kindzorg zal merendeel van kinderen 'in staart' terecht komen.	Geen aanpassing gevraagd.
	<b>CV 7</b>	Akkoord voor reguliere (kinder)thuiszorg. Voor kinderspices en verpleegkundig kinderdagverblijven (VKDV) is urenregistratie per individuele cliënt niet mogelijk. De zorg wordt geleverd in een intramurale omgeving aan een groep kinderen.	Ook voor kinderspices en VKDV's is urenregistratie per patiënt noodzakelijk om tot de afleiding van zorgpakketten per patiënt te komen. In geval van groepsbehandeling kan dit in de praktijk opgelost worden door de ingezette tijd te delen door het aantal kinderen.



<b>CV 8 / 12</b>	Akkoord met voorstel NZa mits calculatie recht doet aan extra aantal uren. Als wordt uitgegaan van tarief bij prestatie 5 dan wordt uitgegaan van een te laag gemiddeld aantal uren.	Bij zeer intensieve patiënten (zorgzwaarte 100 +) wordt dit gecompenseerd door een opslag in het tarief per zorgzwaartepunt.
<b>CV 10</b>	De 6e prestatie is niet per se nodig. Voor de Kindzorg is wel een aparte toeslag/prestatie nodig voor zorg met verblijf en vervoer. De VGVK ziet hiervoor graag de mogelijkheid onderzocht tot een integrale prestatie kindzorg met verblijf (en vervoer). Als dit niet mogelijk is, zien ze graag dat de aanspraken voor verblijf en vervoer in de kindzorg parallel aan die voor verpleging en verzorging wordt ingevuld. Wanneer en hoe wordt verblijf en vervoer verder uitgewerkt?	Het traject voor de bekostiging van verblijf en vervoer bij IKZ is niet meegenomen in dit advies, omdat het onder andere aanspraken valt. De bekostiging hiervoor wordt op basis van advies/duiding van het Zorginstituut en aanwijzing VWS nader uitgewerkt.
<b>CV 11</b>	De VGVK deelt het advies om beschikbaarheid integraal onderdeel van de prestaties te maken.	Voor zorgaanbieders die de ongeplande zorg zelf willen leveren voor hun eigen patiënten kan dit bekostigd worden uit de vijf zorgpakketten. Daarnaast hebben we een mogelijkheid gecreëerd om een toeslag af te spreken voor het regionaal organiseren van deze zorg.
<b>CV 13</b>	Er moet tot betere afbakening tussen segment 1 en segment 2 worden gekomen. Casus 1 in de bijlage klopt niet. Als de activiteiten in casus 1 als voorbeeld worden genomen dan zou de Kindzorg ook deels in segment 1 vallen. Dit is niet het geval want er wordt niet op populatieniveau in een wijk gewerkt.	Om verwarring te voorkomen is besloten de beide casus niet in het advies op te nemen.
<b>CV 14</b>	Toevoeging: (met inbegrip van enige begeleiding die onlosmakelijk is verbonden met persoonlijke verzorging bij die activiteiten), zoals ook in 2015 bij de prestatiebeschrijvingen is opgenomen.	Het voorstel is opgenomen in de prestatiebeschrijving.
<b>CV 15</b>	VGVK mist niveau 5 plus. Niveau 5 en niveau 5 plus zouden tot verschillende rekenfactoren moeten leiden. Niveau 5 plus betreft verpleegkundigen niveau 5 met aanvullende opleidingen.	De onderbouwing van het tarief wordt in een technisch overleg met partijen nader uitgewerkt. Deze opmerking kan dan daarbij worden meegenomen.
<b>CV 16</b>	De registratie- en declaratiebepalingen leiden tot een aanzienlijke stijging van administratieve lasten. Dit doet geen recht aan beoogde nieuwe werkwijze. Deze (drie)dubbele informatiestroom is een uiting van een gebrek aan vertrouwen bij verzekeraars in de zorgaanbieders.	In het advies (H3) is onze zienswijze hierop onderbouwd.

<p><b>CV 17/18/19/20/21</b></p>	<p>Regulering in segment 3 is gewenst op diverse thema's:                  - gebruik van dezelfde indicatoren en wijze van scoren/registreren bij alle verzekeraars                  - Zorgaanbieders moeten invloed hebben op indicatoren en moeten ze kunnen toepassen. Dus minder vrijheid bij verzekeraars inzake welke te hanteren en op welke wijze registreren..                  - aan segment 2 onttrokken budget voor segment 3 moet door alle zorgaanbieders benut kunnen worden.</p> <p>NZa moet enige thema's benoemen t.b.v. uniformiteit. Uniforme set is noodzakelijk. Dit moet wel op basis van afspraken met zorgaanbieders / koepels.</p>	<p>De proces- en output indicatoren zijn beïnvloedbaar door zorgaanbieders. De outcome indicatoren zijn minder beïnvloedbaar door zorgaanbieders. Zorgaanbieders kunnen in samenspraak met zorgverzekeraars hier individuele afspraken over maken. Resultaatbekostiging wordt vormgegeven als een opslag op individueel niveau.</p>
<p><b>CV 22 /23</b></p>	<p>De VGVK deelt de visie van de NZa met betrekking tot het perspectief op de middellange termijn, het tempo, de omvang en verantwoordelijkheid bij segment 3.</p>	<p>Geen aanpassing gevraagd.</p>
<p><b>CV 24</b></p>	<p>Voor aanbieders die veel zorg 'in de staart' leveren is vangnetconstructie wellicht nodig. Impactmodel Gupta heeft geen rekening gehouden met aanbieders met veel cliënten in de staart.</p>	<p>De impactanalyse laat zien dat een vangnet voor de zorgpakketten niet nodig is. Voor de zeer zware patiënten komt er een opslag op het tarief per zorgzwaartepunt.</p>
<p><b>CV 25</b></p>	<p>Invoeringstraject is te krap, ook om tot juiste tarieven te komen. Veel tijd is al nodig om het transitietraject 2015 goed te laten verlopen.</p>	<p>Wij zien de invoeringstermijn als ambitieus, maar haalbaar. In ons advies is hiervoor ook een planning opgenomen (H6). In de technisch overleggen met partijen wordt de haalbaarheid bij de uitwerking en tarifiering meegenomen.</p>
<p><b>CV 26</b></p>	<p>Op basis van pilots, experimenten en data-analyse bij alle aanbieders moet duidelijk worden welke prestatie uiteindelijk kunnen worden vastgesteld, met daarbij de juiste tarieven en de juiste uitkomstmaten/prestatie indicatoren. Voor een juiste tariefopbouw zal historisch kostenonderzoek nodig zijn.</p>	<p>Wij zien in dit model voldoende mogelijkheden om al per 2016 van start te gaan met bekostiging en resultaatbeloning. Het model biedt veel vrijheid om in de zorginkoop specifieke en regionale/lokale afspraken te maken. Zoals gesteld is het daarnaast mogelijk om op termijn, op basis van ervaringen met deze bekostiging en aanvullende registratie, verder door te ontwikkelen richting het gewenste eindmodel.</p>
<p><b>Segment 1 (p.8)</b></p>	<p>Indien verzekeraars de vrijheid krijgen om met verschillende aanbieders in een wijk afspraken te maken dan lijkt het onmogelijk om als aanbieder een samenhangend populatiegebonden zorgaanbod te bieden.</p>	<p>De verzekeraars zullen zo moeten inkopen dat de wijkgerichte functie goed kan worden vormgegeven, waarbij rekening wordt gehouden met de samenhang van het zorgaanbod.</p>
<p><b>Segment 2 (p.9)</b></p>	<p>Geleverde en geplande zorg zijn verschillende zaken, wat wil NZa weten? Is geplande zorg omvang en aard zorg zoals opgenomen in indicatie? Welke interventies en activiteiten moeten van de NZa geregistreerd worden? Is dat anders dan aantal uren per deskundigheidsniveau? Dat zou onacceptabele forse extra administratieve lasten betekenen.</p> <p>Voor kindzorg zijn onvoldoende specifiek bij deze zorg passende indicatoren in gebruik. Op diverse bestaande</p>	<p>De afleiding naar de prestaties vindt plaats op basis van de geleverde zorg. In technische overleggen met partijen zullen we nagaan welke gegevens hiervoor geregistreerd moeten worden. Ook met het oog op de doorontwikkeling van het model is het noodzakelijk om de geleverde uren vast te leggen.</p> <p>Het is van belang dat partijen gezamenlijk indicatoren ontwikkelen op basis waarvan resultaatbeloning kan plaats vinden, ook voor IKZ.</p>

		indicatoren (bijv. CQI) kan in Kindzorg per definitie niet worden 'gescoord' aangezien ze niet op kinderen van toepassing zijn.	
	<b>Impactanalyse</b>	Het effect op de omzet voor kindzorg leverende instellingen hangt af van de wijze waarop toeslagen op de tarieven worden verwerkt. Hiervoor zou voorbehoud op niet creëren vangnet op zijn plaats zijn.	De impactanalyse laat zien dat een vangnet voor de zorgpakketten niet nodig is. Voor de zeer zware cliënten komt er een opslag op het tarief per zorgzwaartepunt.
	<b>p 11</b>	Stukje over term verpleging en verzorging aanvullen met: mede omdat ook andere verpleegkundige zorg, zoals zorg door kinderverpleegkundigen hieronder wordt bedoeld.	De NZa maakt geen onderscheid naar de verschillende specialisaties van de verpleegkundige zorg. In paragraaf 1.2 is hierom aangegeven dat de zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden een spectrum aan zorg omvat van ADL-ondersteuning tot en met de specialistische verpleging.
	<b>Advies Gupta</b>	Eerder gemaakte opmerkingen op advies Gupta zijn wederom opgenomen. Deze zijn eerder niet verwerkt waardoor er onjuistheden in het advies van Gupta staan.	Het advies van Gupta is definitief. De NZa past dit niet aan. De NZa heeft de gemaakte opmerkingen wel nog doorgenomen voor haar eigen advies.
<b>V&amp;VN</b>	<b>algemeen</b>	De V&VN ziet in het advies vooral 'oud denken' terugkomen waarbij weinig rekening wordt gehouden met de cultuuromslag die met de transitie in de zorg bewerkstelligd moet worden. Op deze wijze kan de wijkverpleegkundige functie niet goed geborgd worden.	In het advies zijn wij dieper ingegaan op de toekomst van de verpleegkundige zorg, inclusief de wijkverpleegkundige functie die een onlosmakelijk onderdeel is van de zorg zoals 'verpleegkundigen plegen te bieden'. Een sterke eerstelijns is het streven, en als onderdeel daarvan voor de verpleegkundige zorg hoe de NZa dit qua bekostiging gaat vormgeven.
	<b>Segment 1</b>	De V&VN kan zich niet vinden in het advies om segment 1 en 2 los te koppelen. De kracht van het beroep ligt in integrale en verbindende functie. Wijkgerichte en cliëntgebonden activiteiten zijn hierbij niet te scheiden. Het is beter om geen onderscheid te maken tussen de segmenten. De voorbeelden uit het BMC-rapport laten zien hoe de indicatiestelling een cyclisch proces is, en nadrukkelijk geen momentopname zoals onder de AWBZ. Verder zetten de gekozen voorbeelden de lezer op het verkeerde been.	De NZa zal een declaratievoorwaarde koppelen aan de toeslag niet-toewijsbare zorg en het leveren van de wel toewijsbare zorgprestaties. Een zorgaanbieder mag de populatiegebonden toeslagen alleen declareren indien hij tevens individueel toewijsbare verpleging en verzorging levert en declareert. De integraliteit voor de niet-toewijsbare zorg wordt op deze manier geborgd. Om verwarring te voorkomen is besloten de beide casus niet in het advies op te nemen.
	<b>Segment 2 - prestaties</b>	V&VN wil zo min mogelijk prestaties en is voorstander van het advies van Gupta (3 prestaties met vangnet). Dit maakt het bieden van integrale zorg gemakkelijker.  Met betrekking tot prestatiebeschrijvingen vallen smalle bandbreedtes op, wat leidt tot veel schuiven tussen prestaties.	Gezien de omzetverschuivingen bij zorgaanbieders adviseren we om voor 2016 vijf prestaties in te voeren. In de toekomst kunnen dit er minder worden. De impactanalyse laat zien dat er geen vangnet nodig is als er vijf zorgpakketten worden ingevoerd.
	<b>Segment 2 - registratie</b>	V&VN is verbaasd over het loslaten van het principe "planning is realisatie"	Het is voor het inzicht van partijen in de zorglevering en voor de doorontwikkeling van de zorgpakketten belangrijk om uren te registreren
	<b>Segment 2 - toeslag</b>	V&VN is voor toeslag bij intensieve zorg. Echter, men is geen voorstander van voorgestelde declaratie wijze, dit is te veel uurtje-factuurkje.	Deze toeslag wordt naast het zwaarste zorgpakket eens per maand gedeclareerd, en geeft dus geen extra administratieve lasten. Voor deze oplossing is met name gekozen omdat er hierdoor geen patiënten tussen wal en schip vallen.

	<b>Segment 2 - tarieven</b>	Tariefopbouw lijkt gebaseerd op oud denken, waarbij een zo laag mogelijk deskundigheidsniveau wordt ingezet in verband met lagere salariskosten. Ook is er geen rekening gehouden met het gegeven dat hbo-verpleegkundigen met een specialisatie vaak in een hogere salarisschaal zitten dan FWG 45.	De onderbouwing van het tarief wordt in een technisch overleg met partijen nader uitgewerkt. Hierbij wordt deze opmerking meegenomen.
	<b>Segment 3</b>	De V&VN is positief over innovatieve mogelijkheden in segment 3, maar vindt het wel van belang dat tempo van invoering hierbij niet te hoog ligt. Het tijdspad dat de NZa nu voorstelt is te krap.  Met betrekking tot ontwikkeling indicatoren is V&VN van mening dat dit vooral een verantwoordelijkheid van beroepsgroep is.	De twee prestaties resultaatbeloning en zorgvernieuwing geven alle vrijheid aan veldpartijen om ervaring op te doen met de aanspraak en bijbehorende indicatoren. Het tijdspad dat door de NZa wordt geschetst geeft hiervoor geen belemmerende werking. Tevens werpen wij geen druk op, doordat wij bijvoorbeeld de omvang van de prestaties niet reguleren. De ontwikkeling van indicatoren is de verantwoordelijkheid van alle belanghebbende veldpartijen, tezamen met Zorginstituut Nederland.
	<b>Algemeen</b>	V&VN is voorstander van het monitoren van invoering en uitvoering van de aanspraak wijkverpleging op een aantal punten: - samenhang medisch, sociaal en verpleegkundig domein. - samenwerking huisartsen en verpleegkundigen - samenhang Wlz - samenhang en afbakening Wmo - Bieden verpleegkundigen zorg zoals ze plegen te bieden? Waaruit blijkt dit? Wat zijn indicatoren goede verpleegkundige zorg? - Welke opleidingsniveaus zijn nodig en worden ingezet?	NZa onderschrijft het belang van het monitoren van deze punten.
<b>Wondzorg BBeterZorg, Heerlen</b>	<b>Algemeen</b>	Gebaseerd op de ervaringen van Wondzorg BBeterZorg Heerlen is een onafhankelijke en objectieve geleiding/toeleiding van zorg een uitdaging zoals dit nu wordt vormgegeven met segment 1 en 2.	In het advies is het volgende voorbeeld opgenomen: Binnen de toeslag niet-toewijsbare zorg onderneemt de verpleegkundige bijvoorbeeld actie om voor een patiënt in de wijk duidelijkheid te krijgen over welke zorgverlening het meest passend zou zijn (bijvoorbeeld zorgverlening vanuit de Wlz, Wmo, Jeugdwet of de zorgpakketten, de individuele verpleegkundige zorgverlening). De verpleegkundige adviseert primair vanuit een verpleegkundige achtergrond en niet vanuit het sociale domein (bijvoorbeeld bij een schuld sanering vraagstuk). Zij weet hoe de zorg georganiseerd is, en of anderen nodig zijn voor een indicatiestelling. De verpleegkundige kent het lokale netwerk, en kan zo inschatten welke zorg geleverd kan worden binnen een wijk. Binnen de zorgpakketten verpleging en verzorging bepaalt de verpleegkundige zelf wat de verpleegkundige zorgvraag van de patiënt is, hoeveel uur zorg en welk deskundigheidsniveau ingezet moet worden. Natuurlijk schakelt de verpleegkundige waar nodig met de huisarts of de medisch specialist.

	<b>algemeen</b>	Er mist een inhoudelijke registratie op meso- en macroniveau van het soort zorg waaraan de geboden verpleging/verzorging wordt besteed. Dit maakt mechanismen in de zin van meting, bijsturing, beloning en sanctionering moeilijk toepasbaar. Dit is o.a. van belang voor de wondzorg, waar doorgeleiding richting wondzorg specialist na periode van ca. 4 weken gewenst is.	Zorgverzekeraars kunnen hier samen met zorgaanbieders afspraken over maken bij de resultaatbekostiging.
	<b>Segment 3</b>	Het belonen van een goede uitkomst kan beter via integrale tarieven worden georganiseerd dan via een aparte toeslag. Leg zowel het risico van slechte resultaten als de voordelen van goede resultaten direct bij de zorgaanbieder.	Resultaatbeloning wordt in beginsel via een opslag vormgegeven. Voor 2016 achten wij het echter niet wenselijk om resultaatbeloning integraal vorm te geven. Resultaatbeloning moet deels nog van de grond komen. Pas wanneer hier meer zicht op is achten wij het haalbaar om het te integreren. De stip op de horizon zou zeker kunnen inhouden dat er integrale tarieven worden vormgegeven waarbij afspraken op basis van resultaten inzitten.
	<b>Algemeen</b>	De indicatiestelling voor wondzorg dient zo onafhankelijk en objectief mogelijk te zijn door wondzorgspecialisten van een expertisecentrum. Deze centra dienen ook onafhankelijk te kunnen declareren zonder omweg via een hoofdaannemer. Er moet worden voorkomen dat de zorgvraag van cliënten/patiënten met complexe wonden op gespannen voet komen te staan met belangen van (thuis)zorgaanbieders die zelf ook wondzorg leveren.	Dit is de professionele verantwoordelijkheid van de wijkverpleegkundigen. Het punt van de onafhankelijke declaratie wordt nog verder besproken bij de verdere uitwerking.
<b>ActiZ</b>	<b>algemeen</b>	Hetgeen nu voorligt komt niet overeen met de afspraken die partijen hebben ondertekend in het 'onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging'. De voorstellen bewijzen de transitie geen dienst en bemoeilijken de transformatie. Vanuit ActiZ kan het niet op draagvlak rekenen. Ze constateren dat een nieuw bekostigingsmodel per 2016 als gevolg hiervan bijzonder lastig wordt.	Het voorstel voor de bekostiging 2016 is gebaseerd op het advies van Gupta, welke met partijen samen tot stand is gekomen. De NZa heeft in het advies een schets gegeven van haar visie op de toekomstige bekostiging van verpleging en verzorging. Een visie die niet veel verschilt van die van partijen. De invoering van het model in 2016 is de grootste stap waarop vervolgens voort wordt gebouwd.
	<b>Algemeen</b>	Het 3-segmenten model leidt tot te veel fragmentatie van functies. Hetgeen waar men juist van af wil. Het gaat uiteindelijk om hetgeen 'verpleging en verzorging thuis' in termen van gezondheidswinst en kwaliteit van leven toevoegt. Dat is een belangrijke reden voor ActiZ om toe te willen groeien naar een bekostigingssystematiek, waarbinnen het belonen van outcome een substantieel onderdeel vormt.	In het advies is de stip op de horizon meer uitgewerkt. Daarnaast is de integraliteit meer geborgd door de patientgebonden opslagen en populatiegebonden toeslagen toe te voegen en de 3-segmenten hiermee op te heffen. Het model biedt daarnaast voor partijen veel vrijheid om toe te groeien naar een bekostigingssystematiek waarbij resultaatbeloning een substantieel onderdeel vormt.
	<b>Algemeen</b>	Het blijkt niet mogelijk om nu in één keer een goed toekomstbestendig systeem neer te zetten. ActiZ stelt voor om de contouren van een nieuw bekostigingsmodel te schetsen dat ondersteunend is aan inhoudelijke ambities partijen. Hiermee moet vervolgens 2 jaar geëxperimenteerd worden om ervaring op te doen. Ook zal het nodig zijn om een bekostigingsmodel neer te zetten dat meegroeit en kan	De NZa deelt deze visie van ActiZ. Juist hierom adviseren wij het model in te voeren in 2016, zodat hiermee verder gewerkt kan worden en doorontwikkeling plaats kan vinden.

	doorontwikkelen. Hierbij moet o.a. rekening gehouden worden met de toenemende complexiteit van de verpleegkundige zorg.	
<b>Segment 2</b>	ActiZ neemt het voorkomen van onnodige administratieve lastenverzwaring bij professionals als een belangrijk vertrekpunt, en daarom is het van belang het aantal integrale (kostenhomogene) prestaties zo veel als mogelijk te beperken. De variant met 3 prestaties heeft daarom de voorkeur. De introductie van 5 integrale prestaties kan niet op draagvlak rekenen. Ook committeert ActiZ zich hierdoor niet aan de voorgelegde prestatiebeschrijvingen. Bij de drie prestaties is vanzelfsprekend een vangnet noodzakelijk, om omzetschommelingen te compenseren.	De NZa blijft bij haar advies om de zorgbekostiging in te richten met vijf prestaties. Dit in verband met de betere kostenhomogeniteit bij vijf prestaties (t.o.v. 3 prestaties) en de hieraan verbonden impact op de omzet van zorgaanbieders. Een vangnet past niet goed binnen het systeem van de Zvw en leidt tot meer administratieve lasten.
<b>Segment 2</b>	ActiZ wijst de voorgestelde wijze van afleiding en declaratie op basis van het daadwerkelijke aantal geregistreerde uren per deskundigheidsniveau per patiënt af. Ook de noodzaak voor aanvullende registratie en declaratiebepalingen wordt niet herkend. Het is een nieuwe manier van het huidige systeem en daarmee niet beter. ActiZ stelt voor de experimentele jaren te benutten om een systematiek te ontwikkelen met beloning op basis van outcome.	Voor de doorontwikkeling van het model is de registratie hiervan noodzakelijk. Hierdoor is er geen sprake van extra administratieve lasten voor de afleiding naar de prestaties.
<b>Segment 2</b>	ActiZ heeft bezwaren bij de keuze voor een systeem met machtiging en een grens van 2 uur per dag voor de zorg aan cliënten met een zeer intensieve zorgvraag. De groep is nog te onduidelijk, ActiZ heeft in het geheel geen zicht op de groep cliënten en wil niet het risico nemen, dat cliënten tussen wal en schip gaan vallen. Een adequaat risicovereveningssysteem voor de wijkverpleging is immers nog niet voor handen. Ze pleiten voor verdergaande onderzoek.	Voor deze patiënten wordt een toeslag voorgesteld per zorgzwaartepunt, zodat deze niet tussen wal en schip komen. Er is geen sprake van een door de NZa gereguleerde machtigingssystematiek. Het is aan de zorgverzekeraars of en op welke wijze zij eventuele voorwaarden stellen in de polissen voor hun verzekerden.
<b>Segment 2</b>	ActiZ ziet ook een 'staart' aan de voorkant van de prestaties, met cliënten met vele korte intermitterende contacten. Het voorkomen van escalatie door een wijkverpleegkundige, door proactief screenen van kwetsbaarheid, vaak in combinatie met hele kortdurende interventies, leidt tot deze contacten. Er moet onderzocht worden hoe deze 'staart' aan de voorkant goed geborgd kan worden in bekostiging.	Bij een bekostiging met zorgpakketten wordt uitgegaan van een gemiddeld tarief. De consequentie hiervan is dat voor patiënten waar weinig zorg aan wordt geleverd een integraal pakket gedeclareerd kan worden. Het Zorginstituut heeft verder in diverse rapporten uitgebreid stil gestaan bij uitleg over de preventieve zorgverlening, zoals 'professionals plegen te bieden' binnen de Zvw. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten dit nader uitwerken in hun inkoopafspraken. De voorgestelde bekostiging Zvw biedt hier alle ruimte toe.
<b>Segment 2</b>	Het is nog onvoldoende duidelijk of en hoe zorg aan specifieke doelgroepen geborgd is.	In technisch overleggen wordt dit nader besproken.
<b>Tarieven</b>	Wanneer de huidige tarieven het vertrekpunt vormen, worden de nieuwe tarieven niet kostendekkend. ActiZ kan zich vinden in de voorgestelde modelmatige aanpak. Hierbij moet het wel mogelijk zijn alle noodzakelijke data uit	In het technisch overleg over de tarifiering wordt dit punt meegenomen.

		openbare bronnen te halen. Ook moeten de tarieven aan de praktijk worden getoetst. Tot slot vinden ze dat de integrale prestaties een vast tarief moeten krijgen in verband met de variabele bekostiging.	
	<b>Beschikbaarheidsvoorzieningen</b>	Voor de beschikbaarheidsvoorzieningen moet een aparte bekostigingstitel komen. ActiZ is het dan ook niet eens met het voorstel van de NZa. De NZa voorstellen hebben tot gevolg dat deze vaak onrendabele en risicovolle voorzieningen op <u>bedrijfseconomische gronden beëindigd zullen worden.</u>	De NZa adviseert voor de regionale beschikbaarheidsvoorzieningen de populatiegebonden toeslag onplanbare zorg. Hiermee komen wij tegemoet aan de wens van partijen voor een aparte bekostigingstitel voor de beschikbaarheidsvoorzieningen.
	<b>Segment 1</b>	Als gevolg van het voorstel van de NZa is het wijkgericht werken straks volledig 'vogelvrij'. Er is geen duidelijke prestatie, een vrij tarief en geen toets op het naleven van de zorgplicht door verzekeraars. Het NZa voorstel verbaast ActiZ; ze hadden meer verwacht op basis van de mogelijkheden die veldpartijen hebben aangedragen.	Er zijn diverse voorwaarden die door ons worden gesteld: een declaratievoorwaarde en een contractvereiste bij de toeslag niet-toewijsbare zorg.
	<b>Segment 1</b>	Voor ActiZ staat een integrale uitvoering van de wijkverpleegkundige functie voorop. Hoe dit juist vorm te geven in een bekostigingsmodel is nu nog niet in beeld, hierom pleit ze voor het nemen van tijd en ruimte voor het opdoen van ervaringen en het vaststellen van de meerwaarde met behulp van onderzoek.	In het advies is nu opgenomen dat de NZa een declaratievoorwaarde zal koppelen aan de toeslag niet-toewijsbare zorg en het leveren van de wel toewijsbare zorgprestaties. Een zorgaanbieder mag de populatiegebonden toeslagen alleen declareren indien hij tevens individueel toewijsbare verpleging en verzorging levert en declareert. De integraliteit voor de niet-toewijsbare zorg wordt op deze manier geborgd.
	<b>Segment 3</b>	ActiZ verwierpt de voorstellen van de NZa met betrekking tot uitkomstbekostiging. Er moet niet worden gewerkt met proces- en outputcriteria. Ook vinden ze dat er meer gereguleerd moet worden. Zonder regulering krijg je een oerwoud aan indicatiecriteria, met alle bureaucratie die hieruit volgt.  ActiZ bepleit om voor de ontwikkeling van indicatoren de tijd te nemen. Langzaam opbouwen en geleidelijk doorontwikkelen, waarbij gestart wordt met 0%. De indicatoren moet beïnvloedbaar zijn door degene die de zorg aanbiedt.	De NZa reguleert niet de indicatoren op basis waarvan er resultaat- en beloningsafspraken kunnen worden gemaakt. Tevens schrijven wij niet voor dat er gewerkt moet worden met proces- en outputcriteria. Wij onderschrijven het belang van resultaatindicatoren in het algemeen, of dit nu proces-, output-, danwel outcome-indicatoren zijn. Omdat veldpartijen erover eens zijn dat indicatoren door de zorgaanbieder beïnvloedbaar moeten zijn kunnen, bij het ontbreken van een landelijke set outcome indicatoren, kunnen proces- en outputindicatoren in het begin uitkomst bieden.
<b>Alzheimer NL</b>	<b>Algemeen</b>	Casemanagement dementie is onderdeel van integrale prestaties. Dit geeft teveel vrijheid voor verzekeraars en aanbieders. Alzheimer NL is van mening dat casemanagement dementie een duidelijk plek moet krijgen in de bekostiging. Daarnaast is in het consultatiedocument onterecht geen aandacht voor mantelzorgers. Er wordt alleen gesproken over patiënten. De huidige spreiding in de inkoop en het aanbod is niet conform de Zorgstandaard dementie, en sluit niet aan op de behoeften van mantelzorgers. Loslaten van representatie is	De NZa blijft, conform uitleg van het Zorginstituut, bij het standpunt dat casemanagement integraal onderdeel is van de integrale prestaties. De bekostiging in de Zvw richt zich bewust op de patiënt. Activiteiten gericht op de mantelzorger zijn geen onderdeel van de Zvw-aanspraak. De bekostiging gaat uit van uren zorg, in de tarieven is de benodigde indirecte tijd verdisconteerd.

	niet wenselijk, het is heel intensief en bureaucratisch om zaken te doen met 6 verzekeraars. Casemanagement vraagt relatief veel indirecte tijd. Een tarief dat is gebaseerd op alleen directe tijd dat gaat niet werken. Dit pleit voor verbijzondering van casemanagement dementie.	
<b>CV 1</b>	Opknippen van segment 1 en 2 is ongewenst. Casemanagement 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. Ook niet omdat andere wijkgebonden activiteiten (dagactiviteiten, begeleiding, inzet vrijwilligers e.d.) cruciaal zijn bij langer thuis wonen met dementie.	In ons advies wordt de beschrijving in segmenten losgelaten en is ook aangegeven dat de niet-toewijsbare zorg verbonden moet zijn met de toewijsbare zorg (een pure S1-aanbieder is niet mogelijk).
<b>CV 2</b>	Voor wijkteams zou verwijzing naar casemanagement dementie (segment 2) vereist moeten zijn.	Dergelijke eisen nemen wij niet op in onze beleidsregels. Het is aan zorgverzekeraars of en welke aanvullende voorwaarden zij eventueel willen opnemen in de polisvoorwaarden voor hun verzekerden.
<b>CV 5</b>	Denken in periodes van 4 weken 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. Dementie is een progressieve fatale aandoening met schommelingen in de loop van de tijd. Alzheimer NL heeft vragen over terugvalmogelijkheden, als mensen tijdelijk minder ondersteuning nodig hebben; mensen met dementie moeten niet losgelaten worden. En wat gebeurt er als meer zorg nodig is, omdat de mantelzorger acuut wordt opgenomen in het ziekenhuis.	De 4 weken termijn is gekozen vanuit de planbaarheid/voorzienbaarheid van de intensiteit van de zorg. Dit neemt niet weg dat het totale zorgtraject natuurlijk langer loopt. Als meer of minder zorg nodig is, kan juist met een planningshorizon van 4 weken snelle bijstelling plaats vinden van de benodigde zorgprestaties.
<b>CV 14</b>	Onduidelijk is waar mensen met dementie onder vallen en hoe de veerkracht dan wel belasting van de mantelzorgers een plek krijgt.	Casemanagement is integraal onderdeel van de zorgpakketten. Activiteiten gericht op de mantelzorgers worden niet bekostigd uit de Zvw.
<b>CV 15</b>	Uren casemanagement dementie horen te worden geleverd door een Hbo-Plus. Dus een wijkverpleegkundige met extra opleiding casemanagement dementie. Zie Zorgstandaard dementie.	De voorgestelde bekostiging staat het inzetten van het juiste deskundigheidsniveau niet in de weg. Juist de Zorgstandaard dementie geeft handvatten aan partijen om goede afspraken te maken over de zorglevering en zorginkoop voor mensen met dementie.
<b>CV 16</b>	De productie monitoren op basis van uren casemanagement dementie is onvoldoende. Zonder monitor op ingezette kwaliteit kan iedere professional een uurtje casemanagement dementie declareren. Voor patienten 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.	Het is ons niet duidelijk wat Alzheimer NL aanvullend wil laten registreren. Overigens geeft de Zorgstandaard dementie handvatten aan partijen om goede afspraken te maken over de zorglevering en zorginkoop voor mensen met dementie.



	<b>CV 19</b>	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 NL 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.	Het nieuwe bekostigingsmodel biedt verzekeraars de mogelijkheid om eventueel te belonen op de door Alzheimer NL aangegeven outcome-indicator.
	<b>CV 25</b>	In het Deltaplan Dementie is een pijler 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.	Het nieuwe bekostigingsmodel biedt dergelijke ontwikkelingen/samenwerkingen de ruimte, en geeft daarnaast ruimte aan verzekeraars om hierop eventueel aanvullend te belonen.
<b>ActiZ, V&amp;VN, VNG, BTN (gezamenlijke reactie)</b>	<b>Gezondheidswinst en kwaliteit van leven</b>	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'.	Het ministerie van VWS heeft de NZa gevraagd te adviseren over uitwerking van het nieuwe bekostigingsmodel per 2016. Dat is dan ook het tijdspad waar het advies zich op richt. Uitstel geeft daarnaast een groot risico op stilstand. Het is volgens de NZa van belang dat partijen binnen de nieuwe bekostiging gaan werken en op basis van registratie- en declaratie informatie het model op termijn verder kan worden verrijkt en doorontwikkeld.
<b>BTN</b>	<b>Vernieuwing</b>	Er is gekozen voor een advies dat gebaseerd is op huidige structuren en ons inziens geen recht doet aan de transformatie waar zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor staan. 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.	De 'stip aan de horizon' hebben wij in het advies duidelijker geschetst. Het bekostigingsmodel biedt verder veel ruimte voor vernieuwing en resultaatgerichte afspraken. Het is aan veldpartijen om daarmee aan de slag te gaan en de door BTN aangekaarte 'transformatie' te realiseren.

<b>Integraliteit</b>	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. Niet meer uitgaan van 3 segmenten maar van bekostiging op 3 gebieden. BTN vindt het onbegrijpelijk dat segment 1 en 3 niet door verzekeraars verplicht hoeven worden ingekocht bij alle aanbieders.	De naamgeving van het model en de verschillende onderdelen hebben we aangepast in dit advies. De kern is de <u>zorg</u> bekostiging. Daarbij kunnen opslagen worden overeengekomen voor resultaten, zorgvernieuwing, niet-toewijsbare zorg en de regionale organisatie van onplanbare zorg. Het staat verzekeraars echter vrij om bepaalde opslagen wel of niet bij bepaalde zorgaanbieders in te kopen. Natuurlijk moet de zorgverzekeraar voldoen aan zijn zorgplicht jegens zijn verzekerden.
<b>Segment 1</b>	BTN vindt de uitwerking van S1 inhoudelijk onvoldoende, het moet gaan om toegang en samenwerking met gemeente, niet om oprichting van een sociaal wijkteam. Om onafhankelijkheid te borgen pleit BTN voor een "White Label" Zvw-consulent die in dienst is van een zorgverzekeraar of alleen actief is voor deze zorgverzekeraar. Dus geen wijkverpleegkundige in dienst bij een zorgaanbieder die voordeel heeft bij het leveren van de zorg zelf. De middelen moeten door de verzekeraar rechtstreeks worden ingezet, niet via het bekostigingsmodel. Verder moeten de niet-patiëntgebonden activiteiten niet los worden gefinancierd, maar onderdeel zijn van S2.	Over de wijze waarop zorgverzekeraars organisatorisch binnen de kaders van bestaande wet- en regelgeving invulling geven aan hun Zvw werkzaamheden, onthouden wij ons van commentaar. In de Nota van toelichting van het Besluit zorgverzekering staat, dat gemeenten en verzekeraars moeten komen tot afspraken over de afstemming tussen zorg en de maatschappelijke ondersteuning in de wijk, en dus het laten aansluiten van het sociale en medische domein.  Het alternatieve voorstel voor bekostiging en organisatie van niet-toewijsbare zorg steunen wij niet.
<b>Indiceren</b>	BTN is tevreden met keuze voor indicatie door wijkverpleegkundige. 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.	Dergelijke uitwerking van de wijze van indicering en de invulling van zorg zal wel in de praktijk moeten plaatsvinden. In het kader van de rechtmatigheid van gestelde indicaties en geleverde zorg is het van belang dat alleen daadwerkelijk geleverde zorg gedeclareerd kan worden.
<b>Prestaties</b>	Niet meer denken vanuit een PxQ systematiek, maar bekostigen middels een vast bedrag (aanneemsom) waar de zorgaanbieder het voor gaat doen. Dit vraagt vertrouwen, dat nog opgebouwd moet worden. BTN wil voor een korte periode werken met een beperkt aantal prestaties met ruimte bandbreedtes (om het aantal prestaties ook daadwerkelijk beperkt te houden). Zorgzwaarte is volgens BTN een goed uitgangspunt om de bekostiging vorm te geven. Een planningshorizon van 4 weken is goed gekozen.	De zorgpakketten geven aanbieders de ruimte om binnen een vast bedrag per patient de zorg naar eigen inzicht te leveren.
<b>Specialistische zorg</b>	Aandacht gevraagd voor specialistische zorg, zoals MSVT. De huidige berekening met zorgzwaarte volstaat niet voor deze zorg. De deskundigheidsmix in de zorgprestaties doen geen recht aan de hoge deskundigheid (niveau 5 en hoger) voor bijvoorbeeld MSVT.	In technisch overleg wordt de tariefonderbouwing nader uitgewerkt.

<b>Maximum tarieven</b>	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 verdienen hebben, ontvangen het minimum tarief. De overige zorgaanbieders maken afspraken met de zorgverzekeraars op basis van gekozen indicatoren waar een vergoeding voor wordt gegeven.	De tariefregulering richt zich in hoofdzaak op het voorkomen van eventuele verkoopmacht. Hierbij past maximering van de overeen te komen tarieven. Het door BTN gewenste effect is overigens in het model aanwezig. Niet gecontracteerde zorgaanbieders of zorgaanbieders die bepaalde resultaten niet behalen ontvangen geen resultaatsvergoeding en krijgen dus alleen de tarieven per zorgpakket voor hun patiënten.
<b>Registratie en declaratie</b>	BTN is van mening dat het resultaat leidend dient te zijn voor de registratie en declaratie. Registreren van uren, deskundigheid per individuele cliënt ten behoeve van het kunnen declareren en betaald krijgen van de activiteiten moet niet meer aan de orde zijn in het nieuwe model. Hierbij is de systematiek zorgplan = realisatie leidend. Aan de <u>gemaakte afspraken</u> hangt een prijs.	Binnen het model is voldoende ruimte om afspraken te maken over resultaten. Het is echter een te grote stap om de gehele bekostiging van alle aanbieders al plaats te laten vinden op basis van resultaatbekostiging.
<b>Aandachtspunten</b>	BTN mist in de rapportage nog een aantal specifieke vormen van zorg c.q activiteiten die onder de aanspraak wijkverpleging (gaan) vallen, bijvoorbeeld 1e lijns verblijf. BTN ondersteunt het advies voor de beschikbaarheidsvoorzieningen (integraal in tarief + onderlinge dienstverlening). Dit kan echter alleen als er geen BTW in rekening gebracht hoeft te worden. Aandacht gevraagd voor de patiënten in de staart. Zal naar verwachting afnemen, maar wel belangrijk om goed zicht te krijgen op deze specifieke patiënten in relatie tot de invulling van de prestaties.	Eerstelijns verblijf valt niet onder de aanspraak verpleging en verzorging in de Zvw. Dit is in het consultatiedocument expliciet benoemd. De bekostiging van eerstelijns verblijf moet wel in de Zvw worden vormgegeven, maar dit valt buiten de scope van dit advies. In het advies wordt voor de beschikbaarheidsvoorzieningen op basis van de reacties van veldpartijen een toeslag voor de regionale organisatie van onplanbare zorg geadviseerd. In deze constructie is het nog steeds mogelijk dat zorgaanbieders hun patiënten zelf voorzien van 24-uurszorg. Dit wordt bekostigd binnen integrale zorgpakketten.
<b>Resultaten</b>	BTN is groot voorstander van resultaat gefinancierde bekostiging. Vrijheid in het maken van afspraken is randvoorwaardelijk, dus geen regulering vanuit de NZa vindt BTN logisch. BTN wil een stip aan de horizon met concrete stappen in die richting. Daarom voorstel om te starten met proeftuinen. Randvoorwaarden: meerjarencontracten, afspraken over indicatoren en het verdienmodel (shared savings) en een openbare benchmark op resultaten en invulling van zorg voor sturing en verbetering.	Aparte proeftuinen zijn naar mening van de NZa niet nodig, resultaatbekostiging kan al starten in het nieuwe bekostigingsmodel. Afspraken over meerjarencontracten, indicatoren en het verdienmodel kunnen partijen onderling overeenkomen.
<b>E-health</b>	BTN onderschrijft dat zorgvernieuwing een plaats moet krijgen bij het onderdeel resultaten. Zodra e-health ingebed is in het reguliere proces dient het ondergebracht te worden bij cliëntgebonden activiteiten.	In het model is dit ook mogelijk.
<b>Indicatoren</b>	Zorgaanbieders en zorgverzekeraars ontwikkelen gezamenlijk een set indicatoren (menukaart). Uit deze landelijke set worden een beperkt aantal indicatoren tussen de individuele zorgaanbieder en zorgverzekeraar afgesproken. De invulling van de thema's moet plaatsvinden door het veld, gebaseerd op o.a. cliëntgroepen, lokale/regionale context. BTN ziet hier voor	Geen aanpassing gevraagd.

		de NZa geen rol in.	
	<b>Impactanalyse en implementatie</b>	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 adviseert de modelmatige opbouw van de tarieven te combineren met de ervaringen uit proeftuinen om tot reële tarieven te komen. Tot slot vraagt BTN aandacht voor de implementatie van het nieuwe bekostigingsmodel in de softwaresystemen, zeker ook gegeven de negatieve ervaringen rondom de transitie per 1 januari 2015.	De voorgestelde bekostiging van zorgpakketten per patient is persoonsvolgend. Ervaringen uit de proeftuinen meenemen in de opbouw van de tarieven is niet mogelijk. Er moeten namelijk al voor 2016 tarieven worden bepaald (uiterlijk 1 juli 2015 oplevering tariefbeschikking). Implementatie in softwaresystemen is inderdaad een aandachtspunt. Al vroeg in het jaar (uiterlijk 1 juli 2015) wordt daartoe gestreefd naar oplevering van de productstructuur, beleid en tarieven.
	<b>Proeftuinen</b>	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. BTN vraagt de NZa in haar advies richting VWS een project met proeftuinen aan te bevelen.	Aparte proeftuinen is naar mening van de NZa niet nodig, dit kan al starten in het nieuwe bekostigingsmodel.
<b>Zorginstituut Nederland</b>	<b>Verblijf IKZ</b>	Verblijf en vervoer bij IKZ valt niet onder aanspraak 'verpleging en verzorging' in de Zvw. Er zal gezocht moeten worden naar bekostigingstitels op basis van de reguliere Zvw aanspraken 'verblijf' en 'vervoer'. Het Zorginstituut zal verder met de NZa meedenken over het vinden van mogelijke oplossingen.	Geen aanpassing gevraagd.
	<b>Uitkomstindicatoren</b>	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. Vanuit hun wettelijke taken is een faciliterende en op onderdelen regisserende rol vanzelfsprekend. Het Zorginstituut benadrukt dat het laten aansluiten van uitkomstindicatoren bij een kwaliteitskader verpleging & verzorging in de eigen omgeving een must is.	Geen aanpassing gevraagd.
<b>ZN</b>	<b>Algemeen</b>	ZN wil dat er wordt overgegaan op een systeem waarbij bekostiging op basis van uitkomsten van geleverde zorg in termen van gezondheidswinst en kwaliteit van leven centraal staat. Hiervoor is naast een segment met uitkomstbekostiging en segment met bekostiging op basis van zorgvraagzwaarte noodzakelijk. Het NZa voorstel is te veel gebaseerd op bekostiging in 2015 en mist een toekomstperspectief. Dit in combinatie met het feit dat bij de ontwikkeling van de nieuwe bekostiging nog geen gebruik kan worden gemaakt van de inkoop ervaringen in 2015 en het korte tijdpad (voor nieuwe	De NZa heeft in het advies een schets gegeven van haar visie op de toekomstige bekostiging van verpleging en verzorging. Een visie die niet veel verschilt van die van partijen. De invoering van het model in 2016 is de grootste stap waarop vervolgens voort wordt gebouwd. Uitstel van deze stap brengt ons niet dichterbij de gewenste bekostiging van verpleging en verzorging in de toekomst.

		EI-standaarden moet beleid op 1 april zijn uitgewerkt in beleidsregels en tariefbeschikkingen) leidt er toe dat ZN adviseert om pas op een nieuwe bekostiging over te stappen als een model op basis van zorgvraagzwaarte kan worden geïntroduceerd. Voor 2016 adviseert ZN het model van 2015 te blijven hanteren, wellicht aangevuld met de ruimte voor het belonen op basis van uitkomsten en zorgvernieuwing.	
	<b>Segment 1 - CV 1</b>	<p>Het loskoppelen van de inkoop in segment 1 en segment 2 lost het probleem op wat ontstaat wanneer voor segment 1 voor populatiebekostiging gekozen wordt voor de beschikbaarheidsfunctie in de wijk. De vraag is of dit zorginhoudelijk wel een juiste afweging is. Tot slot lijkt het los inkopen van segment 1 te leiden tot BTW problematiek.</p> <p>De zorgverzekeraars geven in overweging om segment 1 indien de werkwijze voldoende is verankerd, op te heffen en over te laten gaan in segment 2 en/of segment 3. Voor deze afweging moet in kaart worden gebracht welke problematiek met segment 1 moet worden opgelost en of dit verankerd moet worden in de bekostiging.</p>	Wij delen de wens van het veld om in de toekomst de zorg vallend onder de toeslag niet-toewijsbare zorg te integreren met de zorg vallend onder pakketten voor zorgbekostiging en/of de resultaatbekostiging. Voor 2016 achten wij dit echter niet wenselijk. De niet-toewijsbare zorg moet deels nog van de grond komen en marktpartijen moeten nog scherp krijgen wat hier precies wordt gedaan en welke resultaten hiermee worden behaald. Pas wanneer hier meer zicht op is achten wij het haalbaar om het te integreren met de andere bekostigingsonderdelen. Tot die tijd kan de aparte inkoop, middels een toeslag, van deze zorg helpen met het verkrijgen van het noodzakelijke inzicht.
	<b>Segment 1 - CV 2</b>	Een vrije prestatie biedt de mogelijkheid om in afstemming met gemeenten maatwerk te leveren in wijken waar behoefte is aan deze zorg. Om opwaartse druk op het segment te voorkomen is het van belang dat de NZa de feitelijke omvang van dit segment vaststelt gebaseerd op basis van populatiekenmerken.	De NZa kan de omvang van dit segment niet vaststellen.
	<b>Segment 1 - CV 3</b>	ZN deelt de mening van de NZa dat de indicatiestelling in het cliëntgebonden deel hoort. Een triagerend gesprek waarbij wordt bepaald of er een probleem speelt en waar dit thuis hoort (Zvw, Wmo, Wlz) hoort wel in segment 1.	Geen aanpassing gevraagd.
	<b>segment 1 - CV 4</b>	ZN deelt de mening dat een contractvereiste voor de zorg in segment 1 noodzakelijk is. Alleen zo wordt helder welke zorg geleverd wordt tegen welke kosten.	Geen aanpassing gevraagd.
	<b>Segment 2 - CV 5, 6 en 7</b>	ZN wil bekostigen op basis van zorgvraagzwaarte. Ze zet dus niet in op de wijze waarop segment 2 nu is vormgegeven. ZN is ook tegen een model met vangnetconstructie, omdat bestaande werkwijzen dan niet aangepast hoeven te worden. Een model met 5 prestaties komt hieraan tegemoet maar in totaliteit zal het ook niet voldoen aan de behoefte om de volumeprikkels uit de bekostiging te halen. Dit komt ook door de toeleiding op basis van geleverde uren in combinatie met het geleverde niveau van zorgverlening. Bekostiging op basis van de populatie, waarbij gestelde diagnoses bepalend zijn,	De NZa deelt de wens om het systeem te verrijken met medisch herkenbare zorgproducten bijvoorbeeld op basis van diagnoses. Omdat de informatie hiervoor op dit moment nog niet voorhanden is adviseert de NZa voor 2016 de invoering van een systeem waarmee de kennis kan worden opgedaan die noodzakelijk is om te komen tot het gewenste systeem. Met de voorgestelde pakketten wordt daarnaast de volumeprikkel teruggebracht ten opzichte van de huidige situatie van urendeclaratie.

		voorkomt dergelijke risico's.	
	<b>Segment 2 - CV 8, 9, 10, 12</b>	De door de NZa voorgestelde wijze van bekostiging van de zeer intensieve zorgvraag ziet ZN als systeemtechnisch/praktisch onuitvoerbaar omdat het een prestatie 'bovenop' een andere prestatie is. Dit herbergt groot upcodingsrisico in zich.	In het technisch overleg zullen wij met zorgverzekeraars bespreken hoe dit technisch uitgewerkt kan worden. In diverse bekostigingssystemen worden immers toeslagen op een prestatie gehanteerd.
	<b>Segment 2 - CV 11</b>	ZN stelt voor om het lopende onderzoek naar de beschikbaarheidsvoorzieningen af te wachten en op basis daarvan tot een nader voorstel voor de bekostiging te komen.	Het definitieve rapport is inmiddels beschikbaar. Naar aanleiding hiervan wordt een toeslag geadviseerd voor beschikbaarheid en bereikbaarheid van ongeplande zorg die regionaal georganiseerd wordt.
	<b>Segment 2 - CV 13</b>	Op eerdere opmerking over inhoud segment 1 na is afbakening segmenten in orde. Wel merkt ZN op dat we ons moeten realiseren dat segment 2 als zodanig niet volledig kostendekkend kan zijn, wil er sprake zijn van voldoende prikkel tot bekostiging op basis van uitkomsten van zorg. Segment 2 en 3 zouden daarin moeten voorzien, en moeten leiden tot dusdanige inkomsten dat ondernemerschap wordt beloond.	Geen aanpassing gevraagd.
	<b>Segment 2 - CV 14, 15</b>	De prestatiebeschrijving is helder, maar de grenzen op de prestatiezwartes herbergen een productie- en upcodingsprikkel in zich.	Hier is expliciet aandacht aan besteed in de fraudetoets. Dit wordt onderkend.
	<b>Segment 2 - CV 16</b>	Voor een adequate bekostiging van toewijsbare zorg is het nodig dat de verpleegkundige diagnose aan de declaratie wordt toegevoegd en dat geleverde zorg en inzet van deskundigheidsniveau worden geregistreerd.	Dit wordt nader uitgewerkt.
	<b>Segment 3 - CV 17, 19, 20, 23</b>	ZN onderschrijft de keuze van de NZa om de omvang en invulling van segment 3 niet nader uit te werken. Dit geeft koplopers de kans om sneller naar beloning op uitkomsten te gaan.	Geen aanpassing gevraagd.
	<b>Segment 3 - CV 18, 22</b>	Om te stimuleren dat segment 3 ook daadwerkelijk over uitkomsten van zorg gaat lijkt het ZN beter om niet in te zetten op het belonen van proces- en outputindicatoren.	De NZa reguleert niet de indicatoren op basis waarvan er resultaat- en beloningsafspraken kunnen worden gemaakt. Tevens schrijven wij niet voor dat er gewerkt moet worden met proces- en outputcriteria. Wij onderschrijven het belang van resultaatindicatoren in het algemeen, of dit nu proces-, output-, danwel outcome-indicatoren zijn. Omdat veldpartijen erover eens zijn dat indicatoren door de zorgaanbieder beïnvloedbaar moeten zijn kunnen, bij het ontbreken van een landelijke set outcome indicatoren, proces- en outputindicatoren in het begin uitkomst bieden.
<b>Wondzorg de Zorggroep</b>	<b>Behandeling wond</b>	De honorering van de behandelfunctie, naast de wondverpleging, die het wondcentrum biedt behoeft aandacht. 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	Geen aanpassing gevraagd.

		wond). Wij begrijpen dat u de zorgverzekeraars indachtig de uitgangspunten van de ZVW veel vrijheid biedt.	
<b>Wondzorg Excen</b>	<b>Segment 1 - CV 1, 2, 3, 4</b>	Het loskoppelen van de zorgvormen in segment 1 en 2 is logisch, omdat de zorgvormen sterk verschillen. Voor complexe wondzorg moet het mogelijk zijn om zorg bij gespecialiseerde thuiszorgorganisaties in te kopen. Complexe wondzorg past niet in segment 1. En juist wel in 2; de regiefunctie moet dan geleverd worden vanuit een eerstelijns wondcentrum. Een contractvereiste lijkt logisch voor segment 1.	Geen aanpassing gevraagd.
	<b>Segment 2 – CV 5</b>	Complexe wondzorg bekostiging baseren op zorgzwaarte kan, maar voorkeur gaat uit naar bekostiging op uitkomsten. Dit bevordert efficiënt behandelen. Een planningshorizon van 4 weken is te kort, de genezing van chronische wonden duurt langer.	Met dit model is het mogelijk om uitkomsten mee te nemen in de bekostiging. Het feit dat de zorgpakketten per 4 weken worden afgeleid betekent niet dat het zorgplan voor de patiënt met hierin de planningshorizon niet langer kan zijn.
	<b>Segment 2 – CV 6, 7, 14, 15</b>	Mits de patiënt gezien wordt in een 1 <sup>e</sup> lijns wondcentrum kan de bekostiging op basis van 5 prestaties bij minder complexe wonden. Onze voorkeur heeft bekostiging in segment 3. In geval van complexe wonden is het gewenst om direct te switchen naar uitkomstbekostiging. Dat stimuleert efficiënte en effectieve zorg.	Met dit model is het mogelijk om uitkomsten mee te nemen in de bekostiging.
	<b>Segment 2 – CV 8, 9, 10, 12</b>	Bij complexe wondzorg is er altijd een kleine groep patiënten met niet genezende wonden die zeer intensieve zorg vragen. Hoe groot die groep is, is niet aan te geven. Hoe het effect van zorgzwaartebekostiging is op basis van een tarief per zorgzwaartepunt is nog niet te overzien.	Geen aanpassing gevraagd.
	<b>Segment 2 – CV 11</b>	1 <sup>e</sup> lijns wondcentra zorgen in verband met kwaliteitseisen in de regel zelf voor beschikbaarheidsvoorzieningen.	Geen aanpassing gevraagd.
	<b>Segment 2 – CV 13</b>	De afbakening tussen de segmenten 1 en 2 is voor complexe wondzorg niet goed werkbaar. Juist de regiefunctie van complexe wondzorg hoort in segment 2.	In segment 1 staat de wisselwerking tussen het medische en sociale domein centraal, het wijkgericht werken. Bij patiënten die in zorg zijn voor complexe wondzorg is sprake van individuele zorgverlening, inclusief de coördinatie daarvan, voorafgegaan door een verpleegkundige diagnosestelling wat te doen bij de patiënt met een complexe wond.
	<b>Segment 2 – CV 16</b>	Het lijkt voor complexe wondzorg van belang om kleine groep chronische wondpatiënten in kaart te brengen.	Op basis van de beschikbare declaratiegegevens was het voor Gupta niet mogelijk om de groep chronische wondpatiënten apart in kaart te brengen. Wel zijn ze meegenomen in het totaal.
	<b>Segment 3 – CV 17, 18, 23</b>	Complexe wondzorg leent zich bij uitstek voor segment 3. Voor wondzorg kan per 1 januari 2016 overgeschakeld worden naar uitkomstgericht werken. Het is niet nodig segment 3 te reguleren, partijen kunnen dit zelf regelen. In specifieke gevallen kan zorgvernieuwing voor een korte periode, 6 – 12 maanden, helpen bij de start van nieuwe initiatieven.	Geen aanpassing gevraagd.

	<b>Segment 3 – CV 19, 20, 21, 22</b>	De mate van vrijheid in segment 3 is voor complexe wondzorg goed, en deze zorg leent zich bij uitstek voor themazorg.	Met dit model is het mogelijk om uitkomsten mee te nemen in de bekostiging.
	<b>Algemeen – CV 24</b>	Invoering zonder overgangsmoedel of opbrengstverrekening is prima; de administratieve last wordt anders onnodig hoog en complex.	Geen aanpassing gevraagd.
	<b>Algemeen – CV 25</b>	Graag marktpartijen minimaal 6 maanden voor de ingang van de nieuwe werkwijze informeren.	De NZa beveelt een concreet tijdpad aan voor de introductie van de nieuwe bekostiging.
	<b>Algemeen – CV 26</b>	Indien toekomst gericht werken in combinatie met een integrale bekostiging vanaf het begin goed ondersteund wordt, zal dit leiden tot een significante verschuiving van zorg van segment 2 naar segment 3. Het onderhoud aan het bekostigingsmodel wordt daarmee minder complex.	Geen aanpassing gevraagd.
<b>VGZ</b>	<b>Algemeen</b>	De reactie van VGZ is in aansluiting op de reactie van ZN. Het model, met name segment 2, komt te weinig tegemoet aan doelstellingen voor het wegnemen van de volume prikkel en een cultuuromslag binnen de zorg met verbinding tussen de verschillende domeinen.	Het ministerie van VWS heeft de NZa gevraagd te adviseren over uitwerking van het nieuwe bekostigingsmodel per 2016. Dat is dan ook het tijdpad waar het advies zich op richt. Uitstel geeft daarnaast een groot risico op stilstand. Het is volgens de NZa van belang dat partijen binnen de nieuwe bekostiging gaan werken en op basis van registratie- en declaratie informatie het model op termijn verder kan worden verrijkt en doorontwikkeld.
	<b>Algemeen</b>	Het model is vooral monodisciplinair opgebouwd en heeft geen aandacht voor multidisciplinaire zorg. Daarnaast is er geen aandacht voor hoe het bekostigingsmodel kan bijdragen aan de positionering van de wijkverpleegkundige naast de huisarts als poortwachter.	De patiëntgebonden opslagen geeft partijen de ruimte om, indien zij hier verdere invulling aan willen geven, aparte afspraken te maken. Zowel zorgvernieuwing als resultaatbeloning kan multidisciplinaire zorg bevorderen als de positionering van de verpleegkundige naast de huisarts als poortwachter.
	<b>Segment 2</b>	De zorgprestaties zijn opgebouwd uit geleverde uren zorg en geleverd deskundigheidsniveau. Hierdoor is een enorm risico van opschaling/upcoding: de zorg wordt geleverd door een hoger niveau dan benodigd en kan hierop gewoon gedeclareerd worden.	Ten opzichte van het huidige model is er minder risico op upcoding, doordat de constante overbehandelingsprikkel, betaling per uur, er niet meer is. In de fraudetoets wordt hier aandacht aan geschonken.
	<b>Registratie – CV 16</b>	Invoering van welk model dan ook moet gepaard gaan met meeleveren van verpleegkundige diagnose code. Zo krijgen we informatie over de inhoud van de zorg en kunnen er verbindingen worden gemaakt met andere domeinen. Overige registraties moeten wel beschikbaar zijn, maar hoeven niet bij declaratie.	In het technisch overleg wordt dit nader uitgewerkt.
	<b>Beschikbaarheidsvoorzieningen</b>	VGZ vindt het ongewenst dat niet-geplande zorg in een opslag op het tarief in segment 2 plaatsvindt. Het is beschikbaarheidszorg en hoort in segment 1. VGZ wil dit apart en selectief inkopen, in het verlengde van de SEH/HAP.	In het advies wordt voor de beschikbaarheidsvoorzieningen op basis van de reacties van veldpartijen een toeslag voor de regionale organisatie van onplanbare zorg geadviseerd. Als zorgaanbieders deze zorg voor eigen cliënten leveren, is dit opgenomen in de zorgpakketten.
	<b>Kaders segmenten 1 en 3</b>	De NZa heeft geen (financiële) kaders of criteria voor segment 1 en 3. Dit is erg risicovol. VGZ, als koploper, weet het gewenste aantal niet per wijk, hoe moeten andere verzekeraars dit weten?	Doordat resultaatbeloning deels nog van de grond moet komen, wordt dit in beginsel via een opslag vormgegeven, en achten wij het voor 2016 niet wenselijk om resultaatbeloning integraal vorm te geven. Pas wanneer hier meer zicht op is achten wij het haalbaar om het te



		integreren.
<b>Innovatie</b>	Ketenzorgcoördinatie moet als innovatie in segment 3, tijdelijk, gefinancierd worden. Dit model maakt het niet mogelijk dat het structureel gefinancierd kan worden en het zou wel een structurele plek in de bekostiging moeten hebben.	De bekostiging van ketenzorg coördinatie heeft een structurele plek in het model. De door de verpleegkundige geleverde uren in het kader van ketenzorg kunnen op patiëntniveau in rekening worden gebracht middels de zorgpakketten. Aanvullend kan eventueel gebruik worden gemaakt van de opslag zorgvernieuwing. Ook dit kan structureel worden gebruikt.
<b>Segment 1 – CV 1, 2 en 4</b>	VGZ is het ermee eens om segment 1 en 2 los in te kunnen kopen. VGZ vindt het erg vaag en gevaarlijk dat er een onvoldoende scherpe afbakening van S1 is en dat geen criteria zijn benoemd op basis waarvan de inzet van S1 wordt bepaald. Daarnaast is VGZ het eens met een contractvereiste. Anders wordt de wijkgerichte inzet, de koppeling met het wijknetwerk en de huisarts onmogelijk gemaakt.	De niet-toewijsbare zorg is als toeslag vormgegeven. Hierbij geldt een vrij tarief en een contract vereiste. Wij zullen een declaratievoorwaarde koppelen aan de toeslag niet-toewijsbare zorg. Een zorgaanbieder mag de populatiegebonden toeslag alleen declareren indien hij tevens individueel toewijsbare verpleging en verzorging, de zorgpakketten levert en declareert. De koppeling tussen de niet-toewijsbare zorg en de toewijsbare zorg wordt door meerdere partijen als wenselijk geacht, omdat op die manier de integraliteit van de zorg geborgd wordt. Door een contractvereiste te stellen kunnen de zorgverzekeraars de niet-toewijsbare zorg selectief inkopen. De niet-toewijsbare zorg moet deels nog van de grond komen en marktpartijen moeten nog scherp krijgen wat hier precies wordt gedaan en welke resultaten hiermee worden behaald. Pas wanneer hier meer zicht op is achten wij het haalbaar om het te integreren met de andere bekostigingsonderdelen. Tot die tijd kan de aparte inkoop, middels een toeslag, van deze zorg helpen met het verkrijgen van het noodzakelijke inzicht.
<b>Segment 2 – CV 3</b>	Triageren in S1, indicatie stellen die tot verpleegkundige diagnose leidt in S2. VGZ is het niet eens om de bekostiging te baseren op zorgzwaarte. De NZa heeft blijkbaar nog onvoldoende vertrouwen in het zorgplan als indicatie-instrument. D.m.v. registratie kunnen we onderling vertrouwen krijgen.	Registratie is daarnaast nodig om partijen voldoende inzicht te bieden en informatie te verkrijgen voor de doorontwikkeling.
<b>Intensieve zorg – CV 8, 9, 10</b>	Enkele vragen bij voorstel: - wordt duidelijk gedefinieerd wat de bandbreedte van verschillende prestaties is? - Hoe wordt de toeslag bepaald? Is dit objectief en eenduidig te bepalen? - Feitelijk is toeslag variabel per patiënt (per aanbieder). Is dit systeemtechnisch te verwerken? Hoe kunnen verzekeraars dit controleren? - Waarom is een machtiging/beoordeling noodzakelijk als voorwaarde? VGZ hoopt dat groep toch wel kleiner wordt. Als het zo'n grote groep is zou het toch mogelijk moeten zijn om er een uniforme prestatie voor te maken?	In het advies is dit opgenomen. De technische consequentie wordt in het technisch overleg nader besproken. De machtiging is in ons advies niet als noodzakelijke voorwaarde opgenomen. Uit het onderzoek van Gupta is gebleken dat deze groep zo uiteenlopend is dat het niet mogelijk is hiervoor een uniforme prestatie te maken. Dit maakt het noodzakelijk om voor deze intensieve zorg een toeslag vast te stellen zoals deze hier is voorgelegd.

	<b>Afbakening segmenten</b>	Op papier is de afbakening logisch verwoord; de praktijk zal weerbarstiger zijn.	Geen aanpassing gevraagd.
	<b>Tarieven</b>	Onderbouwing is op basis van historie gemaakt. Vraag is of dit de juiste historie is.	In het technisch overleg wordt dit nader besproken.
	<b>Segment 3 – CV 17, 18, 19, 20, 21</b>	VGZ is akkoord met de prestatiebeschrijvingen en de mate van vrijheid in dit segment. Invulling is nog vaag en weinig concreet. Verzekeraars krijgen zo weinig instrumenten mee om het gesprek aan te gaan met zorgaanbieders. Voor segment 3 is het ook onmogelijk om geen afspraken te maken over de omvang van het segment. Ook binnen huisartsenzorg zijn hier afspraken over gemaakt.	Regulering perkt de vrijheid juist in, terwijl zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars zich hiermee (regionaal) zouden kunnen onderscheiden. Regulering van de omvang van de diverse prestaties riskeert systeemrisico's voor zorgaanbieders omdat veldpartijen van mening zijn dat er onvoldoende indicatoren zijn waarop kan worden beloofd.
	<b>Overgangsmodel/ toekomstmodel</b>	VGZ mist het eindperspectief. Het liefst ziet VGZ invoering zonder overgangsmodel, met een bekostigingsmodel gebaseerd op goede cijfers en analyse. Invoering van dit model per 1 januari 2016 is geen stap naar een toekomstbestendig model. Bij invoering hiervan zal doorontwikkeling steeds tot zulke schokken dat we historie gaan missen en trendbreuken creëren. VGZ wil wel snel met segment 3 aan de slag.	De NZa is in het advies verder ingegaan op de doorontwikkeling en visie. De keuze voor invoering zonder overgangsmodel deelt de NZa met VGZ. Uit de data analyse van Gupta blijkt dat invoering van het model met 5 prestaties de impact op de omzet van zorgaanbieders beperkt.
<b>Achmea</b>	<b>Segment 1, CV 1, 2,3,4</b>	Achmea staat positief tegenover het los inkopen. Willen zelf de inkoopstrategie bepalen. Zorginhoudelijk zijn activiteiten in S1 en S2 met elkaar verbonden. Op termijn S1 vervangen door een indicator in S3. Achmea is positief over de mate van vrijheid van de prestatie S1, want kan per regio/wijk verschillen. Maatwerk is mogelijk. Indicatiestelling wordt bepaald in S2. Triageren (= hulpvraag verhelderen om te kunnen bepalen of en zo ja, welk soort hulp het beste geboden kan worden) valt wel onder S1. Achmea is het er mee eens om een contractvereiste op te nemen, gezien de aard van de zorg.	Wij delen de wens van het veld om in de toekomst de zorg vallend onder de toeslag niet-toewijsbare zorg te integreren met de zorg vallend onder pakketten voor zorgbekostiging en/of de resultaatbekostiging. Voor 2016 achten wij dit echter niet wenselijk. De niet-toewijsbare zorg moet deels nog van de grond komen en marktpartijen moeten nog scherp krijgen wat hier precies wordt gedaan en welke resultaten hiermee worden behaald. Pas wanneer hier meer zicht op is achten wij het haalbaar om het te integreren met de andere bekostigingsonderdelen. Tot die tijd kan de aparte inkoop, middels een toeslag, van deze zorg helpen met het verkrijgen van het noodzakelijke inzicht.
	<b>Segment 2, CV 5, 6, 7</b>	Bekostiging baseren op zorgzwaarte met planningshorizon van 4 weken lijkt logisch. De bekostiging in het voorstel wordt te veel bepaald door wie het uitvoert in plaats van door wat er wordt gedaan. De toeleiding zou gebaseerd moeten zijn op indicatiestelling gekoppeld aan zorgvraag. Op zich een voorstander van het voorstel van 5 prestaties zodat er geen vangnet nodig is. Achmea twijfelt alleen wel of het huidige voorstel meer informatie gaat opleveren dan het model in 2015.	In het voorjaar zal een technisch overleg plaats vinden over de registratieverplichtingen. In combinatie met de zorgpakketten zal dit meer informatie opleveren dan het model 2015. Dit is voor de doorontwikkeling van het model noodzakelijk.
	<b>Segment 2, intensieve zorg (CV 8, 10, 12)</b>	Het is ongewenst en slecht uitvoerbaar om een prestatie X af te spreken en een andere losse prestatie voor de toeslag. Er zal een prestatie exclusief de toeslag en een prestatie inclusief de toeslag moeten komen. Niet een prestatie met een losse	Om er voor te zorgen dat alle intensieve patiënten in zorg worden genomen, is een toeslag per zorgzwaartepunt opgenomen.

	prestatie er naast. Al met al denken ze dat het scenario van Gupta of een aparte 6e prestatie een betere oplossing is. Nog teveel telt wie het uitvoert ipv wat er wordt gedaan met de risico's tav de tarieven en inzet deskundigheidsniveau.	
<b>Beschikbaarheidsvoorzieningen (CV 11)</b>	Op dit moment kunnen ze het met voorstel eens zijn, zolang er geen BTW issue is.	Naar aanleiding van het aanvullend advies van Gupta is het mogelijk om een toeslag af te spreken voor beschikbaarheid en bereikbaarheid voor onplanbare zorg, die regionaal wordt geleverd.
<b>Segment 2, CV 13</b>	Afbakening is voor nu werkbaar. Wel spanningsveld met S3 op korte termijn, gezien dubbeling (bekostiging van inspanning). Achmea vraagt zich af of huidig advies bijdraagt aan de verdere doorontwikkeling, omdat S2 nog in hoge mate wordt bepaald door volume (uurtje, factuurtje).	Geen aanpassing gevraagd. In het voorjaar vindt een technisch overleg plaats over de tarieven.
<b>Segment 2, CV 14</b>	De prestatie opbouw moet zo zijn dat je er de gewenste inkoop mee vorm kunt geven, maar het moet ook voldoende onderscheidend vermogen bieden om de aanspraak en polisvoorwaarden mee te kunnen afhandelen. Nu nog geen beperkingen in aanspraak en alles is aanspraak. Ook moeten declaratiebepalingen te koppelen zijn aan specifieke prestatie. Hoe weegt beeldschermcommunicatie mee?	Voor de doorontwikkeling van het model is dit een belangrijk punt. Afspraken over beeldschermcommunicatie kunnen in het kader van de uitkomstbekostiging gemaakt worden.
<b>Segment 2, tarieven (CV 15)</b>	Nu gebaseerd op 2012. Begrijpelijk dat dit nu moet, maar er zal wel een herijking plaats moeten vinden.	In het voorjaar vindt een technisch overleg hierover plaats.
<b>Segment 2, CV 16</b>	Aanvullende registratie- en declaratiebepalingen zijn nodig voor het bepalen van adequate bekostiging in S2, patiëntinformatie en ten behoeve van S3. Achmea wil dat de verplichting een plek krijgt binnen de beleidsregels, maar hoeft niet gekoppeld te zijn aan declaratie. Kan ook via een andere wijze verplicht worden.	Dit wordt nader uitgewerkt.
<b>Segment 3, CV 17 t/m 20</b>	Proces en output indicatoren zorgen voor dubbeling met S2. Hierdoor kan het niet optimaal functioneren. Op zich voorstander van vrijheid, maar dit moet niet doorslaan in vrijblijvendheid. Minimum percentage vaststellen kan stimuleren tot investeringen in S3. Achmea wil snel toe naar outcome-indicatoren. Achmea heeft geen aanvullingen op de prestatiebeschrijvingen in S3 en het benoemen van thema's is op dit moment niet nodig.	Regulering van de omvang van de diverse prestaties riskeert systeemrisico's voor zorgaanbieders omdat veldpartijen van mening zijn dat er onvoldoende indicatoren zijn waarop kan worden beloond.
<b>Segment 3, CV 21, 22 en 23</b>	Achmea onderschrijft het belang van een uniforme set van indicatoren die samen met het veld ontwikkeld moeten gaan worden. Er moet een omslag worden gemaakt van proces- en outputindicatoren naar echte uitkomstindicatoren (outcome). Vraag is of een verdragende partij nu niet veel invloed heeft nu	De ontwikkeling van indicatoren is de verantwoordelijkheid van alle belanghebbende veldpartijen, tezamen met Zorginstituut Nederland.

		<p>een stok achter de deur ontbreekt. Er mag meer ambitie spreken uit tempo en omvang. Er is veel vrijheid. We herkennen de gezamenlijke verantwoordelijkheid.</p> <p>S3 is een middel om de financiële ruimte te herverdelen naar aanbieders die het 'beter' doen ipv alleen degene die meer doen.</p>	
	<b>CV 24</b>	Overgangsmoedellen zijn altijd extra complex en hebben daarom niet de voorkeur.	Geen aanpassing gevraagd.
	<b>CV 25</b>	De concept-beleidsregels zijn eerder nodig dan 1-7-2015. Op 1 april moet het inkoopbeleid worden gepubliceerd. Aanpassing van de systemen kost minimaal 9 maanden.	Implementatie in softwaresystemen is een aandachtspunt. De NZa streeft er naar om uiterlijk 1 juli 2015 de productstructuur, beleid en tarieven op te leveren.
	<b>CV 26</b>	<p>Achmea deelt het geschetste toekomstperspectief op het onderhoud met de volgende aanvullingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Toe naar minder pakketten (risico op upcoding verder tegengaan). Voorwaarden zijn voldoende transparantie aanvullend op de declaratie en in staat zijn om per zorgaanbieder de casemix en daarmee prijs kunnen bepalen.</li> <li>- Onderzoek naar aansluiting van de beschikbaarheidsfunctie (spoedzorg) en de SEH/HAP is wenselijk.</li> </ul>	Op termijn, op basis van ervaringen met de nieuwe bekostiging en aanvullende registraties, kan het model verder doorontwikkeld worden richting het gewenste eindmodel.
	<b>Algemeen</b>	Waarom niet in 2016 en misschien 2017 bekostigen zoals in 2015. Zo kan energie gestoken worden in ontwikkeling s3, het ontwikkelen van indicatiestelling en het verzamelen van bruikbare data.	Wij zien in dit model voldoende mogelijkheden om al per 2016 van start te gaan met bekostiging en resultaatbeloning.
<b>VNG</b>	<b>Algemeen</b>	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 onvoldoende basis voor het behalen van deze doelen. De VNG is geen voorstander van het invoeren van een nieuwe bekostigingsmodel dat net als het overgangsmoed in 2015 een tussenstap lijkt te zijn.	In het advies is de stip op de horizon meer uitgewerkt. Ook is de visuele weergave van het model aangepast, waarmee de integraliteit meer tot uitdrukking komt.
	<b>Gezondheidswinst en kwaliteit van leven</b>	De ontwikkeling van een toekomstbestendig bekostigingsmodel is 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 ministerie van VWS heeft de NZa gevraagd te adviseren over uitwerking van het nieuwe bekostigingsmodel per 2016. Dat is dan ook het tijdspad waar het advies zich op richt. Uitstel geeft daarnaast een groot risico op stilstand. Het is volgens de NZa van belang dat partijen binnen de nieuwe bekostiging gaan werken en op basis van registratie- en declaratieinformatie het model op termijn verder kan worden verrijkt en doorontwikkeld.

	het toekomstige bekostigingsmodel.	
<b>Segment 1</b>	Het is voor de VNG een voorwaarde dat het deel van de bekostiging waarmee signalerende en preventieve activiteiten bekostigd worden (s1) vorm wordt gegeven op basis van populatiebekostiging.	De NZa adviseert om de niet-toewijsbare zorg te bekostigen via een populatiegebonden toeslag.
<b>Segment 1</b>	Segment 1 en segment 2 zijn inhoudelijk onlosmakelijk met elkaar verbonden. VNG is tegen het contracteren van segment 1 bij aanbieders die geen segment 2 leveren.	De NZa zal een declaratievoorwaarde koppelen aan de toeslag niet-toewijsbare zorg en het leveren van de wel toewijsbare zorgprestaties. Een zorgaanbieder mag de populatiegebonden toeslagen alleen declareren indien hij tevens individueel toewijsbare verpleging en verzorging levert en declareert. De integraliteit voor de niet-toewijsbare zorg wordt op deze manier geborgd.
<b>Segment 1</b>	Het is noodzakelijk om segment 1 en 2 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 VNG mogelijk om segment 1 samen te voegen met segment 2 of 3.	Wij delen de wens van het veld om in de toekomst de zorg vallend onder de toeslag niet-toewijsbare zorg te integreren met de zorg vallend onder pakketten voor zorgbekostiging en/of de resultaatbekostiging. Voor 2016 achten wij dit echter niet wenselijk. De niet-toewijsbare zorg moet deels nog van de grond komen en marktpartijen moeten nog scherp krijgen wat hier precies wordt gedaan en welke resultaten hiermee worden behaald. Pas wanneer hier meer zicht op is achten wij het haalbaar om het te integreren met de andere bekostigingsonderdelen. Tot die tijd kan de aparte inkoop, middels een toeslag, van deze zorg helpen met het verkrijgen van het noodzakelijke inzicht.
<b>Casemanagement dementie</b>	Het hele traject vanaf niet-pluis-fase tot overdracht aan verpleeghuis moet bekostigd worden door de zorgverzekeraar.	De zorg die bekostigd wordt door de zorgverzekeraar is zorg die betrekking heeft op de individuele zorglevering. Als verpleegkundige zorg noodzakelijk wordt geacht bij een patiënt, waarvoor casemanagement dementie wordt ingezet, is sprake van een gestelde diagnose dementie. Bij een niet-pluis fase voorafgaand aan de diagnose dementie zijn de huisarts en de verpleegkundige de zorgprofessionals die ingeschakeld kunnen worden. Deze zorg valt onder de Zvw. Voordat een patiënt in aanmerking komt voor een Wlz indicatie voor opname in een instelling vanwege zijn dementie, zal enige tijd verstrijken. De zorg die daaraan voorafgaand geleverd moet worden kan zowel ten laste van de Wmo als de Zvw gebracht worden, afhankelijk van de specifieke zorgbehoefte op het sociale dan wel medische domein. Omdat elke individuele casus uniek is, kan de NZa hier geen andere uitleg aan geven. In de Nota van toelichting van het Besluit zorgverzekering staat, dat gemeenten en verzekeraars moeten

			komen tot afspraken over de afstemming tussen zorg en de maatschappelijke ondersteuning in de wijk, en dus het laten aansluiten van het sociale en medische domein.
	<b>Segment 3</b>	Het is noodzakelijk om 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.	Wij zijn van mening dat de ontwikkeling van indicatoren de verantwoordelijkheid is van alle belanghebbende partijen tezamen, in samenwerking met het Zorginstituut Nederland.
	<b>Representatie</b>	Er moet een representatieve zorgverzekeraar zijn met wie gemeenten afspraken kunnen maken over het populatiegebonden (s1) en (gezondheids)uitkomsten deel (s3).	Representatie laat zich moeilijk verenigen met de Zvw.
<b>Menzis</b>	<b>Algemeen</b>	De vraag is of we hiermee omslag naar ontzorgen snel en effectief kunnen realiseren. Voorstel van Menzis is om de nieuwe bekostiging een jaar uit te stellen.	Het ministerie van VWS heeft de NZa gevraagd te adviseren over uitwerking van het nieuwe bekostigingsmodel per 2016. Dat is dan ook het tijdspad waar het advies zich op richt. Uitstel geeft daarnaast een groot risico op stilstand. Het is volgens de NZa van belang dat partijen binnen de nieuwe bekostiging gaan werken en op basis van registratie- en declaratie informatie het model op termijn verder kan worden verrijkt en doorontwikkeld.
	<b>Segment 1</b>	Eigenlijk wil Menzis van S1 af. Menzis wil belonen op de resultaten die de activiteiten in S1 opleveren. Dit kan echter nog niet doordat de resultaten van het 'wijkgericht werken' nog niet concreet geformuleerd zijn, evenals de activiteiten zelf. Voor wel of geen S1 als separate bekostiging zijn verschillende afwegingen mogelijk. Hiervoor zijn argumenten(pro en contra) te geven. De complexiteit van deze discussie is mede een afweging om bekostiging in 2016 nog gelijk te houden. Argumenten die pleiten voor separate bekostiging van segment 1 zijn de volgende. - Representatie sluit aan bij het gedachtengoed van de schakelfunctie. De uitkomsten zijn nog niet meetbaar; ook is onduidelijk wat precies ingekocht wordt. Tevens is er nog veel mist inzake de effectiviteit van inzet op dit domein (verbinden sociaal/medisch en preventie). - S1 taken sneeuwen onder in het reguliere S2 werk. 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. - Op termijn zou men willen doorgroeien naar S3 bekostiging voor S1 activiteiten. De geboekte resultaten moeten dan	Wij delen de wens van het veld om in de toekomst de zorg vallend onder de toeslag niet-toewijsbare zorg te integreren met de zorg vallend onder pakketten voor zorgbekostiging en/of de resultaatbekostiging. Voor 2016 achten wij dit echter niet wenselijk. De niet-toewijsbare zorg moet deels nog van de grond komen en marktpartijen moeten nog scherp krijgen wat hier precies wordt gedaan en welke resultaten hiermee worden behaald. Pas wanneer hier meer zicht op is achten wij het haalbaar om het te integreren met de andere bekostigingsonderdelen. Tot die tijd kan de aparte inkoop, middels een toeslag, van deze zorg helpen met het verkrijgen van het noodzakelijke inzicht. Voor de uitvoering van de gewenste ontwikkelingen spelen zorgverzekeraars een cruciale rol door het opstellen van polisvoorwaarden en via inkoopafspraken. Ook de controle op de feitelijke werking van de afspraken ligt in handen van de verzekeraar.

	<p>helder zijn.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Representatie past het best bij infrastructurele/collectieve karakter van S1.</li> </ul> <p>Argumenten die pleiten tegen separate bekostiging S1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De functie wordt nu met S1 veel breder ingevuld dan oorspronkelijk bedoeld was met de intensivering van de wijkverpleging. Er dreigen gemeentelijke taken onder S1 te komen vallen. Aanbieders zien S1 bovendien als een toeleidingsinstrument om klanten te krijgen.</li> <li>- De verwachte uitbreiding van het budget S1 van 40 naar 80 naar 200 mln in drie jaar driegt hier ook naar toe te gaan dat beter besteed kan worden in S2. Op deze wijze dreigen we een nieuw systeem op te zetten. Door het zo te scheiden van S2 wordt daarnaast nog een prikkel bij S2 verpleegkundigen geleidelijk aan ontnomen om oog te hebben voor preventie.</li> <li>- De beschikbaarheidsfunctie van deze werkzaamheden is voor Menzis maximaal 20 procent. Het onderdeel van de beschikbaarheidsfunctie om op buurtniveau een regisseurfunctie 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.</li> <li>- Het onderscheid tussen S1 en S2 is niet goed te maken en werkt verwarrend.</li> <li>- Dit werkt vertragend op weg naar het gewenste eindmodel, namelijk beperkt aantal aanbieders die verantwoordelijkheid krijgen voor het totale pakket.</li> </ul>	
<p><b>Segment 2</b></p>	<p>Menzis is niet gelukkig met de categorieën in segment 2. Uitgangspunt in het bestuurlijk akkoord is bekostiging op basis van de voor de groep specifieke kenmerken. In de uitwerking gaat het om vijf categorieën. Doordat deze gebaseerd zijn op inzet van deskundigheidsniveau en geleverde uren levert het risico's op voor upcoding, vraagt het om registratiesystematiek en -afspraken. Daarnaast geeft het weinig inzicht omdat het resultaat in welke categorie je terecht komt bepaald wordt door een combinatie van deskundigheid en geleverde uren. Het gaat opnieuw uit van inputfinanciering en het heeft wat Menzis betreft geen toegevoegde waarde ten opzichte van het bestaande systeem en leidt wel tot veel extra werk voor alle partijen. Het draagt niet bij aan de juiste cultuuromslag en versterkt de positie van de wijkverpleegkundige niet. Er is juist opnieuw een prikkel om meer zorg te leveren. Behoud van het onderscheid verpleging/persoonlijke verzorging geeft</p>	<p>Ten opzichte van het huidige systeem leidt dit tot minder risico's voor upcoding. Door het model verder door te ontwikkelen ontstaat er meer inzicht in de verschillende cliënt categorieën. Hiervoor is het van belang dat gestart wordt met het nieuwe bekostigingsmodel.</p>

		continuïteit, voorkomt veel vragen uit het veld en optuigen van registratiesystemen, en voorkomt minder transparantie.	
	<b>Segment 2</b>	Het is relevant om te monitoren op verschillende doelgroepen en daar gezamenlijke definities voor te maken. Zo kunnen aanbieders beter vergeleken worden op doelmatigheid. Ook is het relevant om de eis te stellen voor een classificatiesysteem als hulpmiddel bij indicatie, evaluatie en welke aandachtspunten bij de klant prioriteit hebben. Bijvoorbeeld OMAHA.	Dit wordt in een technisch overleg verder uitgewerkt.
	<b>Segment 3</b>	Menzis is positief over resultaatbeloning en de keuze om de verhouding tussen de segmenten vrij te houden. Aandachtspunt is wel de mate van overeenstemming tussen aanbieders en verzekeraars over de te hanteren indicatoren. Hierbij is het risico dat het bereiken van consensus over te hanteren indicatoren te lang duurt, waardoor de kans op scherpe sturing op resultaat kleiner wordt. Ook is Menzis positief over het vrijlaten van de verhoudingen tussen de segmenten. Dit is ondersteunend om de beoogde cultuurverandering te realiseren.	Wij gaan uit van een zelfregulerend proces. Alle partijen wordt zoveel mogelijk ruimte geboden voor onderlinge afspraken. Het Zorginstituut kan vanuit zijn wettelijke taken een ondersteunende rol spelen bij de indicatorenontwikkeling.
<b>NPCF</b>	<b>Segment 1</b>	Het heeft de voorkeur van de NPCF op segment 1 niet apart te bekostigen, maar via populatiegerichte indicatoren in S3. Vanuit patiëntperspectief is het belangrijk dat de wijkverpleegkundige de ruimte heeft te zorgen voor mensen die zorg mijden of niet in staat zijn om zelf hulp te vragen en de ruimte heeft om individuele signalen te bundelen tot signalen op populatieniveau. Populatiebekostiging lijkt hiervoor het meest passend. Bijkomende reden is dat S1 veel weerstand heeft opgeleverd. Het populatiebekostigingsmodel moet zich bewijzen in de praktijk. Wanneer er geen meerwaarde is dan moet het mogelijk zijn om van het model af te stappen.	Wij delen de wens van het veld om in de toekomst de zorg vallend onder de toeslag niet-toewijsbare zorg te integreren met de zorg vallend onder pakketten voor zorgbekostiging en/of de resultaatbekostiging. Voor 2016 achten wij dit echter niet wenselijk. De niet-toewijsbare zorg moet deels nog van de grond komen en marktpartijen moeten nog scherp krijgen wat hier precies wordt gedaan en welke resultaten hiermee worden behaald. Pas wanneer hier meer zicht op is achten wij het haalbaar om het te integreren met de andere bekostigingsonderdelen. Tot die tijd kan de aparte inkoop, middels een populatiegebonden toeslag, van deze zorg helpen met het verkrijgen van het noodzakelijke inzicht.
	<b>Segment 2</b>	De NPCF heeft de voorkeur voor 5 prestaties ingedeeld op zorgzwaarte, zoals weergegeven in het voorstel omdat bij minder prestaties het risico op onderbehandeling groter is.	Geen aanpassing gevraagd.
	<b>Segment 3</b>	De ruimte voor innovatie in segment 3 is een belangrijk element vanuit het patiëntenperspectief. Ten aanzien van het definiëren van uitkomstmaten is het van belang dat deze geformuleerd worden als patiënt gedefinieerde uitkomstmaten. Hierbij moet de patiënt centraal staan.	Geen aanpassing gevraagd.



<b>IKZ</b>	De NPCF pleit ervoor dat voor zowel verblijf overdag als 's avonds en 's nachts ook vervoer wordt geregeld. Gezien de afstanden en de hoeveelheid apparatuur en spullen is het voor ouders vaak een enorme last om het vervoer zelf te moeten regelen.	Het traject voor de bekostiging van verblijf en vervoer bij IKZ is niet meegenomen in dit advies, omdat het onder andere aanspraken valt. De bekostiging hiervoor wordt op basis van advies/duiding van het Zorginstituut en een eventuele van aanwijzing VWS nader uitgewerkt.
<b>CV 1</b>	Vanuit patiëntperspectief is het wenselijk dat verpleging en verzorging integraal wordt uitgevoerd. Het opsplitsen van de wijkverpleegkundige functie (segment 1 en 2 scheiden) staat hier haaks op.	De NZa zal een declaratievoorwaarde koppelen aan de toeslag niet-toewijsbare zorg en het leveren van de wel toewijsbare zorgprestaties. Een zorgaanbieder mag de populatiegebonden toeslagen alleen declareren indien hij tevens individueel toewijsbare verpleging en verzorging levert en declareert. De integraliteit voor de niet-toewijsbare zorg wordt op deze manier geborgd.
<b>CV 3</b>	Voor mensen die zorg mijden zal de indicatiestelling niet in zijn totaliteit bepaald worden in segment 2, maar ook deels in segment 1.	Het krijgen van een 'voet achter de voordeur bij zorgmijders' is een belangrijke taak van de verpleegkundige. Zij kan, juist door te schakelen tussen het wijkgericht werken en de individuele zorgverlening, een cruciale invulling geven aan de zorg voor deze patiënten.
<b>CV 6</b>	De keuze voor bekostiging van de zorg in segment 2 op basis van 5 prestaties wordt gedeeld, omdat bij minder prestaties het risico op onderbehandeling groter is.	Geen aanpassing gevraagd.
<b>CV 11</b>	De NPCF is van mening dat de beschikbaarheidsvoorzieningen een cruciaal onderdeel zijn van de wijkverpleegkundige zorg. Met de nu beschikbare informatie kan niet uitgesloten worden dat integrale bekostiging van beschikbaarheidsvoorzieningen leidt tot risico's op het wegvallen van beschikbaarheidsvoorzieningen.	Het definitieve rapport van Gupta over de beschikbaarheidsvoorzieningen is inmiddels beschikbaar. Naar aanleiding hiervan wordt een toeslag geadviseerd voor beschikbaarheid en bereikbaarheid van ongeplande zorg die regionaal georganiseerd wordt.