

# CONTOUREN BEKOSTIGING WIJKVERPLEGING

30 maart 2015

In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

SiRM – Strategies in Regulated Markets B.V.  
Nieuwe Uitleg 24  
2514 BR Den Haag

Den Haag, 30 maart 2015

Contactpersoon:  
E-mail:  
Telefoonnummer:

## INHOUDSOPGAVE

1	De aanleiding .....	3
2	Voorstel voor twee segmenten .....	5
3	Segment I .....	6
3.1	Zorgpakketten .....	6
3.2	Benodigde gegevens .....	7
3.3	Aspecten van bekostigen met zorgpakketten .....	9
4	Segment II .....	9
4.1	Innovatie .....	9
4.2	Populatie .....	10
4.3	Kwaliteit .....	11
4.4	Aspecten van bekostiging in segment II .....	11
5	Invoering – benodigde stappen .....	12
5.1	Stappen voor invoering van segment II .....	12
5.2	Geautomatiseerde classificatiesystemen .....	13
5.3	“Mapping” op de kernset .....	14
5.4	Definiëren zorgpakketten en varianten .....	14
5.5	Minimale Dataset .....	15
6	Invoering – timing .....	15
6.1	2015 .....	16
6.2	2016 .....	17
6.3	2017 .....	18
6.4	2018 .....	19

## 1 DE AANLEIDING

Per 1 januari 2015 is de extramurale verpleging en verzorging (hierna wijkverpleging) overgeheveld vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Partijen spraken vorig jaar af dat voor de aanspraak wijkverpleging een nieuw bekostigingsmodel ontwikkeld wordt. Aangezien de invoering van een nieuw bekostigingsmodel nog niet per 2015 mogelijk was, vindt de bekostiging tijdens de transitie plaats op basis van de huidige prestaties in de AWBZ.

Partijen geven aan dat de huidige manier van bekostigen waarbij uren leidend zijn in combinatie met een fikse taakstelling wringt. Deze wijze van bekostigen leidt niet tot de juiste prikkels, nodigt niet uit tot innovatie en heeft geen directe en zichtbare relatie met de persoonlijke omstandigheden, mogelijkheden (zelfredzaamheid) en wensen van de cliënt. De wijkverpleegkundige wordt hierdoor onvoldoende ondersteund in de invulling, uitoefening en ontwikkeling van haar vak.

Een inventarisatie die samen met patiënten, verpleegkundigen, verzekeraars en organisaties van aanbieders in de afgelopen periode is gehouden, leidde tot de volgende uitgangspunten voor de nieuwe bekostiging:

- De patiënt:
  - De patiënt en de benodigde zorg die volgens het professioneel oordeel van de wijkverpleegkundige nodig is, moeten leidend zijn voor de bekostiging. Andersom – de manier van bekostigen bepaalt de zorg die iemand krijgt – is onwenselijk.
  - Het betreft grotendeels zorg aan kwetsbare ouderen, vaak met multimorbiditeit waarbij de instroom naar wijkverpleging vaak volgt op een 'event' in de curatieve zorg.
  - De mate van zelfredzaamheid, de thuissituatie en het sociaal netwerk beïnvloeden de door de patiënt benodigde zorg. Deze persoonlijke omstandigheden worden meegewogen bij het bepalen van de inhoud van de te leveren zorg, conform het normenkader dat V&VN heeft vastgesteld.
- De wijkverpleegkundige:
  - De geleverde zorg bestaat vaak uit meer dan alleen verpleegkundig handelen, en wordt door zorgverleners van verschillende deskundigheidsniveaus geleverd.

- De wijkverpleging kent groeipotentie door substitutie van tweede- en andere eerstelijns zorg naar de wijkverpleging; zowel binnen bestaande manier van werken als met uitbreiding van de beroepspraktijk.
- Het behoort tot de taak van vrijwel alle wijkverpleegkundigen om het sociale netwerk van de patiënten te betrekken en om te schakelen met lokale aanbieders van zorg en met het sociaal domein.
- Systeem van bekostiging
  - De prikkel om alleen afgerekend te worden op basis van het aantal uren geleverde zorg dient te verdwijnen.
  - Bij de vergoeding zullen de persoonlijke omstandigheden van de cliënt meewegen. Om een juiste bepaling te kunnen doen welk zorgpakket geldt voor de bekostiging (bijv. licht, middel, zwaar), zullen criteria worden ontwikkeld die de toeleiding tot de zorgpakketten kunnen bepalen.
  - Innovatie en kwaliteit van zorg waaronder begrepen samenwerking met gemeenten moet financieel beloond kunnen worden.
- Invoering van een nieuw bekostigingssysteem
  - Invoering van een nieuw bekostigingssysteem dient beheerst te gebeuren en waar mogelijk met gebruikmaking van resultaten uit proeftuinen zonder daarbij onnodig tempo te verliezen.
  - Het nieuwe bekostigingssysteem dient zo min mogelijk administratief belastend te zijn.
- Randvoorwaarden
  - Er worden afspraken gemaakt over de benodigde informatievoorziening voor zorgverzekeraars waarmee zij inzicht krijgen in de zorgvraag zowel achteraf als ook ex ante zodat zij de inkoop van zorg op basis van behoefte en kwaliteit optimaal kunnen inrichten. De resultaten die uit eventueel in te richten proeftuinen komen, zullen voortdurend gebruikt worden om de informatievoorziening te verbeteren voor alle partijen.
  - Het systeem moet passen binnen de kaders van de WMG en ZVW.

- In 2016 worden al betekenisvolle stappen gezet. Daarmee kan de prikkel om vooral veel uren te leveren in het huidige systeem worden aangevuld met beloning van organisaties die inzetten op innovatie en ontzorgen.

Dit rapport vertrekt vanuit deze uitgangspunten. Het advies in dit rapport is onder hoge tijdsdruk tot stand gekomen. Op veel plekken zullen nog details moeten worden uitgewerkt. Onze opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Zorg (VWS) was om contouren van nieuwe bekostiging van wijkverpleging te schetsen.

Deze contouren zijn tot stand gekomen op basis van gesprekken met diverse partijen en experts. Daaronder ook de partijen die bij de afspraken met VWS zijn betrokken Actiz, BTN, NPCF, NZa, V&VN, VNG, VWS en ZN.

## 2 VOORSTEL VOOR TWEE SEGMENTEN

Op basis van de gedeelde uitgangspunten stellen we voor de wijkverpleging te bekostigen in twee segmenten:

- Segment I – zorglevering. De wijkverpleegkundige bepaalt welke zorg nodig en gepast is. De bekostiging daarvoor volgt op basis van vier zorgpakketten met varianten voor de persoonlijke omstandigheden van de patiënt:
  - Eén zorgpakket voor zeer intensieve zorg zoals bijvoorbeeld palliatief terminale zorg en intensieve kindzorg.
  - Drie zorgpakketten die volgen uit de zorgzwaarte vanuit verpleegkundig inhoudelijk oogpunt. Deze drie pakketten kennen ieder drie varianten gebaseerd op de mate waarin de patiënt, diens omgeving of het sociale domein in de zorgbehoefte kunnen voorzien.
- Segment II – resultaatbeloning met vrije prestaties in drie thema's: innovatie, populatie en kwaliteit.

De NZa stelt de maximale tarieven in segment I minstens kostendekkend vast. De mate van efficiëntie die geëist kan worden voor de maximale tarieven in segment I bepaalt de verhouding in omvang tussen segment I en II. Om te zorgen dat de prestatieprikkels substantieel genoeg zijn om impact te hebben, denken we op termijn aan een verhouding van 80:20. Zorgverzekeraars kunnen bovendien meer budget overhevelen naar segment II.

Ons voorstel kent geen apart segment voor 'schakeltaken' (voorheen segment 1). Dat strookt met het breed gedeelde uitgangspunt dat het betrekken van de sociale omgeving

van een patiënt hoort bij het professioneel handelen van wijkverpleegkundigen. We zien dan ook in de praktijk dat wijkverpleegkundigen dat doen. De organisaties die wijkverpleging aanbieden moeten de structuren daarvoor onderhouden. De kosten daarvoor vallen onder segment I. In de huidige opbouwfase kan de inspanning voor het opzetten van structuren in de wijk en voor de verbinding met het sociale domein worden beloond in segment II. We stellen voor dat de middelen voor die opbouw (€ 40 miljoen) in segment II worden opgenomen en voor die opbouw beschikbaar blijven.

In segment II kunnen ook afspraken gemaakt worden aangaande de organisatie van onplanbare zorg voor zover dat niet bekostigd wordt uit segment I.

Om onder andere de volume prikkel die gepaard gaat met de bestaande bekostiging te dempen is het van belang om al in 2016 concrete afspraken voor segment II te maken. We raden aan om bestuurlijke afspraken te maken over de onderwerpen die landelijk van belang zijn voor een significant deel van die afspraken. Dan worden zorgaanbieders niet geconfronteerd met verschillende onderwerpen. Daarnaast dient er ruimte te bestaan voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om over lokale onderwerpen afspraken te maken.

### 3 SEGMENT I

Segment I bekostigt de integrale wijkverpleegkundige zorg in vier zorgpakketten. Drie van deze zorgpakketten kennen varianten naar de mate waarin de patiënt of zijn sociale netwerk de zorg zelf kan leveren. Om de zorgpakketten af te leiden zijn gegevens nodig (zie paragraaf 3.2). Een belangrijk aspect van werken met zorgpakketten is dat de wijkverpleegkundige inhoud bepalend is voor de bekostiging.

De wijkverpleegkundige bepaalt op basis van haar professioneel handelen welke inzet van zorg nodig en gepast is. Op basis van de gegevens die zij daarvoor vastlegt, worden zorgpakketten afgeleid. De zorgpakketten bepalen dus niet welke zorg wel of niet geleverd mag worden. Een zorgpakket is niet te vergelijken met de huidige indicaties. Deze manier van werken biedt veel meer vrijheid van handelen, inclusief innovatie, voor de wijkverpleegkundige.

#### 3.1 ZORGPAKKETTEN

De definitie van de zorgpakketten hangt niet af van de uren geleverde zorg<sup>1</sup>. Als de wijkverpleegkundige goede of zelfs betere zorg kan leveren met minder tijdsinzet, dan

---

<sup>1</sup> Er zijn parallellen met de bekostiging in de generalistische basis GGZ waar ook met zorgpakketten wordt gewerkt, of met DRG systematiek zoals die in het buitenland wordt gebruikt.

heeft dit geen invloed op de inkomsten. Dit stimuleert innovatie, bijvoorbeeld door inzetten van eHealth oplossingen, training van informele zorgverleners, of een bezoek vervangen door een contact met beeldverbinding. Dergelijke zorg moet uiteraard wel passen binnen het professioneel kader waarin de wijkverpleegkundige handelt. Dat is leidend.

De zorgpakketten kennen maximale tarieven die de NZa vaststelt. De zorgpakketten kunnen ook ingezet worden als PGB. Het totale budget kan groeien door substitutie van de tweede lijn en huisartsenzorg naar wijkverpleging. Zorgverzekeraars kunnen daartoe budget overhevelen. Ook de uitgaven aan casemanagement dementie worden gedekt met deze tarieven.

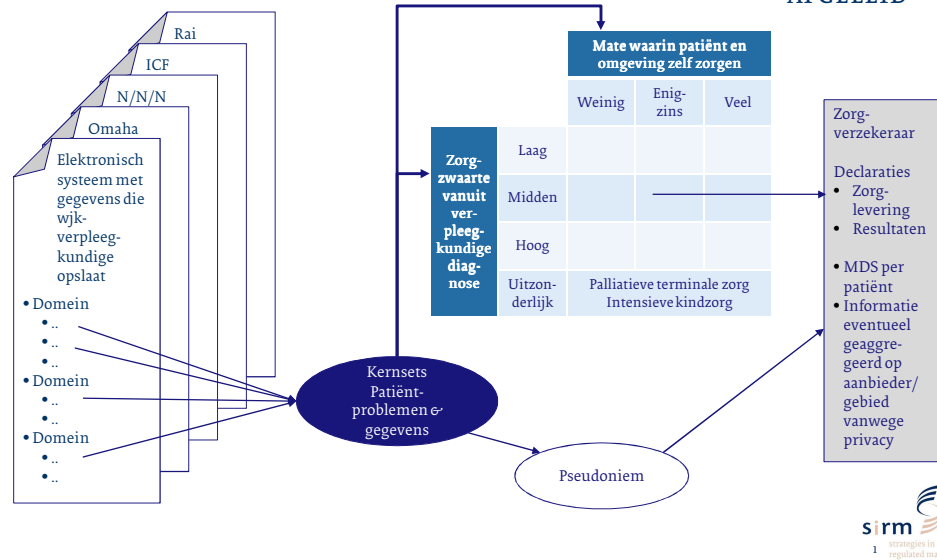
We stellen voor te werken met vier zorgpakketten gebaseerd op de verpleegkundige diagnose: licht, midden, zwaar en een apart zorgpakket voor zeer intensieve zorg zoals palliatief terminale zorg en intensieve kindzorg. Deze zorg kan bekostigd worden op basis van werkelijke inzet. De drie zorgpakketten licht, midden, zwaar kennen ieder drie varianten. Die varianten volgen uit de mate waarin de patiënt en zijn eigen omgeving zelf kunnen zorgen en in hoeverre het sociale domein daaraan bij kan dragen: veel, enigszins, weinig.

### 3.2 BENODIGDE GEGEVENS

De afleiding van de vier zorgpakketten (figuur 1) wordt gebaseerd op gegevens die verpleegkundigen gebruiken bij het stellen van de verpleegkundige diagnose. De afleiding creëert dan ook geen extra administratieve lasten. De basisgedachte achter ons voorstel is dat er geen aparte administratie nodig is om de zorgpakketten af te leiden. Er worden enkel gegevens gebruikt die de wijkverpleegkundige sowieso behoort vast te leggen conform de visie van de beroepsgroep (V~~e~~-VN).

We stellen voor om de afleiding van zorgproducten periodiek uit te voeren, bijvoorbeeld een periode van vier weken. De wijkverpleegkundige werkt in haar cyclisch proces de gegevens tijdig bij.

GEAUTOMATISEERDE CLASSIFICATIESYSTEMEN VOEDEN DE  
KERNSET WAAR VANUIT DE ZORPPAKKETTEN WORDEN  
AFGELEID



De benodigde gegevens voor de toeleiding naar de vier zorgpakketten maken deel uit van de nationale kernset patiëntproblemen. Deze kernset is vastgesteld door de beroepsgroep (Ve-VN). De kernset dient te worden gevuld vanuit geautomatiseerde classificatiesystemen. Er wordt niet voorgeschreven met welk classificatiesysteem gewerkt wordt. De voorwaarden voor een classificatiesysteem zijn dat het is geautomatiseerd en de kernset volledig kan vullen.

Ook de varianten worden afgeleid uit gegevens die de wijkverpleegkundige reeds verzamelt. Dat kan door de kernset uit te breiden met patiëntgegevens aangaande de persoonlijke omstandigheden die mede bepalen in hoeverre de omgeving van de patiënt en de patiënt zelf de zorg op zich kunnen nemen. Een groot deel van deze gegevens wordt nu vastgelegd in de eOverdracht standaard die de beroepsgroep heeft opgesteld. Deze standaard kan worden uitgebreid en dan de kernset patiëntkenmerken vormen.

De zorgpakketten vormen de declaratie. Naast de declaraties wordt een minimale dataset (MDS) aan gegevens vanuit de kernsets patiëntkenmerken en -problemen aangeleverd aan de zorgverzekeraars. Deze gegevens (kunnen) worden gespseudonimiseerd. Ze worden niet meegestuurd met de elektronische uitwisseling van declaraties. Waarschijnlijk zijn sommige gegevens uit de MDS (zoals bepaalde zware diagnosecategorieën en persoonskenmerken) nodig voor het risicovereveningsmodel. Zij worden indien nodig ook aan het Zorginstituut Nederland gestuurd. Daarnaast kunnen de gegevens worden gebruikt voor benchmarks om resultaatafspraken in segment II mee te vullen.



### 3.3 ASPECTEN VAN BEKOSTIGEN MET ZORCPAKKETTEN

Met deze manier van bekostigen hoeft de wijkverpleegkundige niet zelf te bepalen voor welk zorgproduct iemand in aanmerking komt. Dat volgt automatisch op basis van de gegevens die zij invoert in het elektronische dossier. De zorgpakketten worden daaruit automatisch afgeleid. Het zorgpakket bepaalt dus ook niet welke zorg een wijkverpleegkundige wel of niet mag leveren. Dat is geheel aan haar professioneel oordeel. De zorg bepaalt dus het zorgpakket en niet andersom.

Totaal werken we met tien zorgproduct/variant combinaties. We gaan er vanuit dat daarmee homogene groepen kunnen worden gedefinieerd. Met dit systeem van bekostiging, leidt een lager aantal zorgproducten niet tot lagere administratieve lasten; wel leidt dat tot minder homogeniteit van de zorgproduct/variant combinaties. Wij hebben er hier voor gekozen om drie zorgproducten te definiëren. We stellen voor om af te spreken dat het aantal zorgproducten beperkt blijft om het risico op 'wildgroei' aan zorgproducten te beperken.

Het voorgestelde systeem kent geen standaard stap met (persoonspecifieke) goedkeuring voordat zorg geleverd mag worden, zoals voorheen door het CIZ werd afgegeven. Wel zijn afspraken nodig om de uren onder het zorgpakket 'uitzonderlijke zorg' te mogen declareren.

Zorgverzekeraars kunnen met gegevens uit de MDS benchmarks maken. Zo kunnen zij bijvoorbeeld praktijkvariatie meenemen in prestatieafspraken in segment II.

## 4 SEGMENT II

Segment II kan bestaan uit vrije prestaties in drie thema's: innovatie, populatie en kwaliteit. We raden aan om al in 2016 afspraken in segment II te maken. De betaaltitels zijn patiënt- en populatiegebonden opslagen.

### 4.1 INNOVATIE

Onder het thema innovatie kan vernieuwing en uitbreiding van de wijkverpleegkundige praktijk worden bekostigd. Een voorbeeld hiervan is chemotherapie thuis. Verreweg de meeste innovatie zal plaats vinden in segment I. Daar is immers een prikkel om mensen zelfredzaam te maken, zeker in combinatie met prestatieafspraken in de andere thema's in segment II.

## 4.2 POPULATIE

Dit is een belangrijk thema waar meerdere onderdelen onder kunnen worden geschaard:

- Niet-toewijsbare zorg
- Onplanbare zorg
- Samenstelling van populatie

### Niet-toewijsbare zorg<sup>2</sup>

Met een populatiegebonden 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. Om de integraliteit voor de niet-toewijsbare zorg te borgen, stellen we voor dat een zorgaanbieder deze toeslag alleen kan declareren als hij tevens individueel toewijsbare verpleging en verzorging levert en declareert.

### Onplanbare zorg

Deze populatiegebonden 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 andere regionale organisatie) bekostigen deze zorg uit de zorgpakketten

### Samenstelling van populatie

Populatiebekostiging, bijvoorbeeld met benchmarks om te bewerkstelligen dat een patiënt niet in een te zwaar zorgpakket terecht komt, stimuleert 'ontzorgen'. Daarmee wordt een eventuele prikkel tot upcoding tegengegaan. Uiteraard is dan correctie voor de samenstelling van de patiëntenpopulatie belangrijk, bijvoorbeeld op basis van ses-klasse en gezinssamenstelling. Afspraken met aanbieders hierover zijn van belang om de prikkels voor meer uren in het de huidige bekostiging te corrigeren waar dat nodig is. Hiervoor zijn gegevens uit de MDS nodig. Die gegevensstroom moet dan ook zo snel mogelijk op gang komen.

---

<sup>2</sup> Conform advies NZa., idem voor onplanbare zorg'

### 4.3 KWALITEIT

Indicatoren met zeggingskracht over de kwaliteit en beïnvloedbaarheid worden gebruikt om goede uitkomsten voor de bediende patiëntenpopulatie te belonen.

Er zijn meerdere aanwijzingen dat de kwetsbaarheidindices (zoals Tilburg/Groningen Frailty Indicator) hiervoor geschikt zijn. Een organisatie die beter dan een andere organisatie in vergelijkbare omstandigheden de doorstroom van de populatie naar zwaardere kwetsbaarheid weet te dempen, kan hiervoor worden beloond. Uiteraard zijn voor dergelijke vergelijkingen zorgvuldige correcties voor de samenstelling van de populatie nodig.

Uiteraard kunnen zorgverzekeraars en –aanbieders ook andere indicatoren voor kwaliteit overeenkomen, zoals minder (her)opnames van kwetsbare ouderen in het ziekenhuis, opnames in intramurale verpleeghuizen of ligduur voor geriatrische revalidatiezorg.

### 4.4 ASPECTEN VAN BEKOSTIGING IN SEGMENT II

In segment II is veel vrijheid om lokale afspraken te maken onder de thema's innovatie, populatie en kwaliteit. Dit kan met patiëntgebonden opslagen en met populatiegebonden opslagen zoals nu ook worden gebruikt voor niet-patiëntgebonden zorg.

Landelijke onderwerpen wegen ongeacht de zorgverzekeraar mee in de inkoop van zorg. Wellicht sluiten die onderwerpen aan met de landelijke prestaties zoals die voor de huisartsenzorg worden gedefinieerd. De huidige prestatie wijkgericht werken (segment I) kan opgaan in segment II. Leidende gedachte is dat daarmee de benodigde intensivering van samenwerking met het gemeentelijk domein in de komende jaren gerealiseerd kan worden. Goede samenwerking met het gemeentelijk domein is een belangrijk aspect van kwaliteit van en ruimte voor de wijkverpleegkundige zorg.

Lokaal kan maatwerk worden verricht wanneer in bepaalde regio's bijzondere aandacht aan een onderwerp gegeven wordt dat voortvloeit uit de kenmerken van die regio en/of het aanbod van zorg aldaar.

Met de afspraken die aldus worden gemaakt, wordt het mogelijk innovaties passend te belonen. Ook als die innovaties tot minder declarabele uren leiden. De prikkel tot zorgproductie samenhangend met de huidige bekostiging van geleverde uren wordt daardoor deels gedempt. Voor afspraken in segment II dient dus niet te worden gewacht totdat de bekostiging in segment I helemaal is uitgewerkt.

Hoe groter segment II gemaakt wordt, hoe meer organisaties naar hun innovatie, bediende populatie en prestaties gewaardeerd kunnen worden. De omvang van segment II wordt mede beïnvloed door regelgeving omtrent de mate waarin de tarieven in segment I de kosten moeten dekken.

## 5 INVOERING – BENODIGDE STAPPEN

Er moet veel werk worden verzet om de voorgestelde bekostiging per 2018 volledig in te voeren.

Er kunnen al in 2016 betekenisvolle stappen gezet worden met resultaatafspraken in segment II mits het lukt om tijdig declaratietitels vast te stellen zodat er lokale afspraken gemaakt kunnen worden.

Voor het invoeren van segment I voorzien we de volgende stappen:

- Voor de afleiding van de zorgpakketten dient de sector te investeren in geautomatiseerde classificatiesystemen.
- De ‘mapping’ van classificatiesystemen op de kernset moet in 2015 af zijn.
- Op basis van declaraties en gegevens van organisaties die al met een geautomatiseerd classificatiesysteem werken, kunnen de 4 zorgproducten en 3 varianten worden gedefinieerd.
- De NZa dient op basis van deze gegevens nieuwe tarieven te bepalen.
- De sector moet een Minimale Data Set (MDS) overeenkomen op basis waarvan ook afspraken in segment II kunnen worden gemaakt.

Deze stappen worden hieronder nader uitgewerkt en in het volgende hoofdstuk verder besproken per jaar.

### 5.1 STAPPEN VOOR INVOERING VAN SEGMENT II

Om betekenisvolle stappen te kunnen zetten in het jaar 2016 kunnen er in de komende maanden (voor 1 juni) zowel landelijk als lokaal afspraken worden gemaakt op de drie thema’s innovatie, populatie en kwaliteit.

De NZa kan deze afspraken nog voor 1 juli 2015 van een betaaltitel voorzien zodat deze prestaties al in 2016 kunnen worden gedeclareerd.

Dit geeft zorgverzekeraars de ruimte om lokale afspraken te maken. Zorgverzekeraars stappen af van representatie voor de inkoop wijkverpleging 2016. Partijen dienen er daarbij rekening mee te houden dat veel zorgaanbieders ook andere transities, zoals de WMO en Jeugdwet, moeten verwerken.

Partijen kunnen al in 2016 een begin maken met segment II. Wel zijn er bestuurlijke afspraken nodig over de herkomst van de middelen voor de afspraken in segment II. Dat zijn bijvoorbeeld de middelen voor afspraken in het gemeentelijk domein (€40 miljoen) en de populatiegebonden middelen voor niet toewijsbare en onplanbare zorg. Segment II hangt samen met segment I. Daarom kan segment II ook pas volledig worden gebruikt als segment I is ingevoerd. In de aanloop daarnaar toe kan segment II stapsgewijs worden uitgebreid. Het einddoel van de omvang van segment II moet nog worden vastgesteld en hangt onder meer af van de maximale tarieven in segment I omdat beiden onder het BKZ wijkverpleging vallen. Bij een doelomvang van 20% in 2018, zou de omvang in 2016 en 2017 respectievelijk 5% en 10% kunnen zijn.

Voor een volledige inzet van afspraken in segment II, dient de sector de benodigde gegevens met elkaar uit te wisselen. Dat is ook voor segment I noodzakelijk (zie ook paragraaf 5.5).

## 5.2 GEAUTOMATISEERDE CLASSIFICATIESYSTEMEN

Nog lang niet alle wijkverpleegkundigen werken met een classificatiesysteem en veel wijkverpleegkundigen werken nog met een papieren dossier. Er is een inhaalslag nodig waarin de wijkverpleegkundige leert werken met classificatiesystemen. Die inhaalslag moet gemaakt worden voordat de bekostiging wordt ingevoerd. Dat lijkt ook mogelijk. Dergelijke training sluit goed aan bij het klinisch redeneren, pijler van de professionele autonomie van de wijkverpleegkundige. Bovendien hebben veel wijkverpleegkundigen leren werken met classificatiesystemen tijdens de opleiding. Hiermee wordt mede de cultuurverandering ingezet waarbij het professioneel handelen van de wijkverpleegkundige centraal staat.

De meest gangbare classificatiesystemen zijn Omaha system, Nanda/Nic/Noc (hierna: NNN), Raiview en ICF. Voor het Omaha systeem zijn nu ten minste zeven softwareaanbieders actief op de markt. Voor andere systemen hebben enkele thuiszorgorganisaties een eigen elektronische versie gemaakt. Er zijn softwareleveranciers die nu werken aan implementaties van deze classificatiesystemen.

We raden aan om te werken met gecertificeerde softwareleveranciers. De organisatie die verantwoordelijk is voor het classificatiesysteem in Nederland, certificeert dan dat de door hen bewaakte standaard zorgvuldig is geïmplementeerd.

Installeren van de software duurt meerdere maanden als de software al uitontwikkeld is. Als de software nog ontwikkeld moet worden en moet worden aangepast aan de ervaringen van gebruikers, duurt het jaren. Het maken van de interfaces met bestaande systemen zoals een EPD en administratieve systemen levert vaak vertraging op. Na de installatie moeten de wijkverpleegkundigen er nog mee leren werken. Schattingen van het gehele implementatietraject lopen uiteen van enkele maanden tot drie à vier jaar voor volledige inbedding in de werkprocessen en cultuur van een organisatie.

### 5.3 “MAPPING” OP DE KERNSSET

We gaan er van uit dat mapping op de kernset mogelijk is voor de gangbare systemen (Omaha, NNN, Raiview, ICF). De kernset is een deelverzameling van de gegevens die de wijkverpleegkundige met deze systemen vastlegt. Mapping dient nog in 2015 gereed te zijn. Mits hiervoor voldoende menskracht en middelen beschikbaar zijn, lijkt dat haalbaar. De definities van de kernsets en de mapping kunnen het beste door de beroepsgroep worden vastgesteld zodat de professionele invulling van de wijkverpleegkunde zwaar meeweegt.

### 5.4 DEFINIËREN ZORGPAKKETTEN EN VARIANTEN

Als de mapping gereed is, kunnen de zorgpakketten en varianten worden gedefinieerd. Dat kan gedaan worden met clusteranalyse. De benodigde gegevens kunnen worden verzameld bij organisaties die nu al met een geautomatiseerd classificatiesysteem werken en bij zorgverzekeraars.

De kernset kan gevuld worden met gegevens van de wijkverpleging over 2014 en 2015. Daarna moeten gegevens uit de kernset op persoonsniveau (na pseudonimiseren) gekoppeld worden aan declaraties. Met clusteranalyse wordt gezocht welke categorieën patiënten het best bij elkaar passen zodat een homogeen zorgproduct kan worden gedefinieerd. Met clusteranalyse kunnen de zorgpakket/variant combinaties worden bepaald.

De vraag is in hoeverre de huidige zorgaanbieders die met een geautomatiseerd classificatiesysteem werken representatief zijn. Met een beloning in segment II voor werken met een geautomatiseerd classificatiesysteem in 2016, kan het aantal en daarmee de representativiteit worden verhoogd.

De zorgpakketten en varianten en bijbehorende tarieven worden gedefinieerd met gegevens uit het voorgaande jaar. Wij adviseren om voor tarieven in het volgende jaar aanpassing met stijging van (personeels-)kosten en efficiëntieverbetering door te voeren..

## 5.5 MINIMALE DATASET

De sector moet de inhoud van de MDS (minimale dataset) overeenkomen. Zorgverzekeraars kunnen de gegevens uit de MDS gebruiken voor benchmarking en inkoop. De MDS bevat per definitie meer gegevens dan er nodig zijn om de zorgpakketten en -varianten af te leiden. Alleen dan kan er onderzoek gedaan worden naar bijvoorbeeld praktijkvariatie. Bovendien zijn in de MDS gegevens nodig om de prestaties in segment II te bepalen.

Naast de inhoud van de MDS, zijn afspraken over elektronische uitwisseling nodig, eventueel met pseudonimiseren.

Het is cruciaal dat de NZa over voldoende en volledige gegevens beschikt. Alleen dan kunnen de zorgpakketten, varianten en tarieven goed worden vastgesteld. Waarschijnlijk kan de NZa de MDS niet vastleggen voor 1 juli 2015. De NZa kan levering van gegevens over 2016 dus ook niet afdwingen. Er zijn dus bestuurlijke afspraken nodig waarin de sector zich committeert om de NZa van de benodigde informatie te voorzien.

## 6 INVOERING – TIMING

Met onderstaand voorstel voor het de timing van het invoeren van nieuwe bekostiging proberen we een balans te vinden tussen snelheid en zorgvuldigheid. Enerzijds snelheid omdat een goede manier van bekostigen de transitie naar professionele wijkverpleging mede mogelijk maakt. Anderzijds zorgvuldigheid omdat een onvoldragen bekostigingssysteem negatieve consequenties kan hebben voor patiënten, wijkverpleegkundigen en zorgorganisaties.

We voorzien stappen en activiteiten voor 2015, 2016 en 2017 zodat in 2018 de hele sector wijkverpleging kan werken met de nieuwe manier van bekostigen. Zorgaanbieders die dat willen, kunnen in 2017 overstappen. In 2016 kan worden getest, bijvoorbeeld met organisaties uit proeftuinen of leerateliers.

De stappen per jaar hieronder zijn allen cruciaal. Voor enkele stappen hebben we extra criteria opgenomen op basis waarvan bezien kan worden of de invoeringsagenda kan worden gehaald.

## 6.1 2015

In 2015 zijn de volgende stappen nodig, met een voorstel voor de timing en voor het beleggen van de verantwoordelijkheid. Daarnaast stellen we go/no-go criteria voor:

- Hele jaar. Stimuleer en monitor de implementatie van geautomatiseerde classificatiesystemen(Nictiz). Organiseer een landelijke task force met uitwisseling best practices (Ve-VN). [criterium: halen van doelen op voor tempo implementatie – bijv 2015 10%, juni 2016 25%, december 2016 50%, juni 2017 75%, november 2017 100%]
- April. Besluit over invoering segment II per 2016 zodat de zorgverzekeraars tijdig hun inkoopbeleid kunnen publiceren. Daarom moet half april besloten zijn dat segment II ingevoerd wordt per 1-1-2016 (VWS).
- April. Besluit over invoering segment II per 2016, omvang segment II en tempo uitbreiding segment II. De NZa en de sector hebben voldoende tijd nodig voor het technisch overleg aangaande prestatiebeschrijvingen voor segment II. Daarom moet half april besloten zijn dat segment II ingevoerd wordt per 1-1-2016 (VWS).
- April. Maak afspraken aangaande gegevenslevering aan de NZa voor onderzoek in 2015 en om in 2016 tarieven vast te stellen voor 2017. (NZa, Actiz, BTN). [criterium: voldoende zorgaanbieders leveren gegevens en gegevens zijn in 2016 tijdig beschikbaar]
- April - juli. Leg de formele prestatiebeschrijving voor segment II vast vóór 1 juli (zie paragraaf 4.4) (NZa).
- Mei – oktober. Maak afspraken voor segment II die gelden in 2016.
  - Stimuleer het gebruik van geautomatiseerde classificatiesystemen, inclusief de benodigde trainingen en cultuurverandering met afspraken in segment II, bijvoorbeeld aangaande implementatie voor 1 juli 2016 (zorgverzekeraars en zorgaanbieders).
  - Let op dat er ook aandacht blijft voor het werken aan de transitie terwijl de nieuwe bekostiging wordt ontworpen. Zet daarom in op prestatiebeloning in segment II, bijvoorbeeld gekoppeld aan het maken van lokale afspraken voor samenwerking met het sociale domein (zorgverzekeraars en zorgaanbieders).



- Mei - november. Check op volledigheid van de kernset patiëntproblemen, en uitbreiden met patiëntkenmerken (o.b.v eOverdracht) (V&VN).
- Mei - november. Stel mapping van classificatiesystemen op de kernset vast (V&VN). [criterium: mapping moet werken voor de drie meest gangbare classificatiesystemen].
- Mei – september. Analyseer ad-hoc verzamelde gegevens van zorgverzekeraars en van zorgaanbieders die al met classificatiesystemen werken als voorbereiding op het vaststellen van zorgproducten, varianten en tarieven en om er achter te komen welke informatie daarvoor nodig is. Mogelijk kan worden aangesloten bij reeds bestaande proeftuinen en leerateliers. (NZa samen met (leden van) BTN en Actiz).
- September – december. Breid ad-hoc analyses uit met gegevens van zo veel mogelijk organisaties die al met een geautomatiseerd classificatiesysteem werken. Stel voorlopige pakketten, varianten en tarieven vast zodat die zorgaanbieders daarmee kunnen schaduwdraaien. Zorg voor een lerende omgeving waarin de definities steeds beter worden in samenspraak met de sector en met experts (NZa samen met (leden van) BTN en Actiz).

## 6.2 2016

In 2016 zijn de volgende stappen nodig:

- Hele jaar. Stimuleer en monitor de implementatie van geautomatiseerde classificatiesystemen(Nictiz). Organiseer een landelijke task force met uitwisseling best practices (V&VN). [criterium: halen van doelen op voor tempo implementatie – bijv 2015 10%, juni 2016 25%, december 2016 50%, juni 2017 75%, november 2017 100%]
- Hele jaar. Geef iedere maand de mogelijkheid om in te stappen met schaduwdraaien.
- Januari. Geef duidelijkheid over het systeem van bekostiging in 2017 zodat zorgverzekeraars hun inkoopbeleid dat ze voor 1 april moeten publiceren, kunnen vormgeven (NZa, VWS).
- Januari – april. Verzamel gegevens over 2015 en 2016 bij zorgaanbieders die schaduwdraaien en bij zorgverzekeraars. Monitor of deze groep voldoende

representatief is (NZa). [criterium: groep deelnemers is representatief voor wijkverpleging en gegevens zijn voor maart beschikbaar]

- April – juni. Stel zorgpakketten, varianten en tarieven vast voor 1 juli 2016. Bied aan dat organisaties die er klaar voor zijn per 1-1-2017 over kunnen stappen op de nieuwe bekostiging. Partijen zouden overeen kunnen komen dat dan minstens de helft van de zorgaanbieders overstappen. Geef een prikkel om met de nieuwe manier van bekostigen te werken, bijvoorbeeld met prestatieafspraken in segment II of met afspraken over het risico van het overstappen (NZa). [criterium: zorgpakketten kennen voldoende homogene tarieven]
- April – september. Maak afspraken aangaande infrastructuur voor data-uitwisseling en voor de afleiding van zorgproducten (zorgverzekeraars, zorgaanbieders en NZa). [criterium: afleiding zorgpakketten/varianten inderdaad zonder extra administratieve slag mogelijk]

### 6.3 2017

In 2017 zijn de volgende stappen nodig:

- Hele jaar. Stimuleer en monitor de implementatie van geautomatiseerde classificatiesystemen(Nictiz). Organiseer een landelijke task force met uitwisseling best practices (Ve-VN). [criterium: halen van doelen op voor tempo implementatie – bijv 2015 10%, juni 2016 25%, december 2016 50%, juni 2017 75%, november 2017 100%]
- Hele jaar. Geef organisaties de mogelijkheid om in te stappen, bijvoorbeeld maandelijks (NZa).
- April – juni. Stel zorgproducten, varianten en tarieven vast voor 2018 per 1 juli 2017 (NZa). [criterium: gegevens zin representatief en zorgpakketten kennen voldoende homogene tarieven].
- Hele jaar. Monitor de prestaties en bekostiging van de overgestapte organisaties, bijvoorbeeld per kwartaal (NZa).
- Hele jaar. Werk parallel door met de huidige manier van bekostigen voor de niet overgestapte zorgaanbieders (Nza).

#### 6.4 2018

- 1 januari. Voer de nieuwe bekostiging landelijk in. [criterium: zorgpakketten kennen voldoende homogene tarieven, alle zorgaanbieders werken met geautomatiseerd classificatiesysteem en infrastructuur voor alle partijen beschikbaar].