



Analyse van bekostigingsvormen voor de wijkverpleging

KPMG Health

Mei 2022

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting.....	3
1. Achtergrond	6
1.1 Inleiding	6
1.2 Vraagstelling.....	8
1.3 Leeswijzer.....	8
2. Aanpak.....	9
2.1 Aanpak van dit onderzoek.....	9
2.2 Conceptueel kader	9
3. Huidige bekostiging van de wijkverpleging.....	13
3.1 Reguliere en experimentele (integrale) bekostiging wijkverpleging.....	13
3.2 Voor- en nadelen bij de huidige bekostiging	17
4. Experimentele bekostiging op basis van cliëntprofielen per 2022	19
4.1 Aanleiding bekostigingsexperiment op basis van cliëntprofielen.....	19
4.2 Advies NZa voor nieuwe bekostiging wijkverpleging 2022	21
4.3 Uitgangspunten bekostiging op basis van cliëntprofielen	21
4.4 Het NZa-bekostigingsexperiment op basis van cliëntprofielen per 2022	22
4.5 Voor- en nadelen in aanloop naar de nieuwe bekostiging op basis van cliëntprofielen.....	26
5. Uitkomstgerichte bekostiging.....	28
5.1 Definitie van uitkomstbekostiging.....	28
5.2 Uitkomstgerichte bekostiging in de wijkverpleging.....	30
5.4 Voor- en nadelen van uitkomstbekostiging	36
6. Impact van de voor- en nadelen van de verschillende bekostigingsvormen	39
7. Conclusies en aanbevelingen.....	42
7.1 Conclusies	42
7.2 Aanbevelingen.....	43
8. Literatuurlijst.....	44
9. Bijlage	47
9.1 Deelnemers aan de klankbordgroep	47
9.2 Overzicht figuren	47
9.3 Overzicht tabellen.....	47

Managementsamenvatting

Mensen worden steeds ouder, het aandeel ouderen in de bevolking neemt toe en de potentiële beroepsbevolking wordt naar verhouding kleiner. In 2015 was de verhouding tussen ontvanger van mantelzorg en gever van mantelzorg 1 op 5. In 2040 daalt deze verhouding naar 1 ontvanger op 3 mantelzorgers. Er vindt ook een verschuiving plaats van specialistische zorg vanuit de intramurale setting naar huis, waardoor ondersteuning thuis nog belangrijker wordt. Al deze factoren dragen bij aan een toenemende vraag naar wijkverpleging. Het is daarom belangrijk het wijkverpleegkundig vak toekomstbestendig te houden, om aan deze toenemende zorgvraag te kunnen blijven voldoen. De bekostiging van wijkverpleging is een van de aspecten die de toekomstbestendigheid beïnvloeden.

In dit rapport omschrijven we de opties van verschillende bekostigingsvormen voor de wijkverpleging en worden de voor- en nadelen per bekostigingsmodel uiteengezet. Daarnaast definiëren we uitkomstbekostiging en geven we aan op welke wijze dit (op termijn) een rol kan spelen in de wijkverpleging. Tot slot volgen enkele conclusies en aanbevelingen voor de sector op basis van ons onderzoek.

Dit onderzoek heeft als doel een bijdrage te leveren aan de noodzakelijke ontwikkeling in de wijkverpleging om te komen tot passende bekostiging en contractering. Het rapport is tot stand gekomen op basis van wetenschappelijke en grijze literatuur, in combinatie met betrokkenheid van een klankbordgroep, in opdracht van Buurtzorg. Betrokken partijen in de klankbordgroep bestonden uit zorgaanbieders en -verzekeraars, alsmede inhoudelijke experts en wetenschappers.

Bekostigingsvormen in de wijkverpleging

Op dit moment gelden er twee beleidsregels voor de bekostiging van de wijkverpleging. De reguliere bekostiging, op basis van Fee For Service (FFS), en een experimentele bekostigingsvorm. De experimentele bekostiging bestaat uit twee onderdelen: 1) bekostiging op basis van integrale tarieven en 2) het registreren en bekostigen op basis van cliëntprofielen. Hierin krijgen zorgaanbieders en -verzekeraars de ruimte om af te wijken van de reguliere bekostiging en een vast bedrag per cliënt op basis van de samenstelling van de populatie af te spreken. De afgelopen jaren is contractering op basis van het integrale uurtarief de standaard geworden voor de gecontracteerde zorg.

Begin 2022 heeft de NZa op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een advies uitgebracht over een nieuw bekostigingsmodel voor de wijkverpleging met als doelstelling coördinatie, samenwerking en beloning van goede resultaten te bevorderen. Het experiment gaat uit van een bekostiging op basis van cliëntprofielen. De wijkverpleegkundige moet samen met de cliënt een vragenlijst doorlopen, waarna een profiel gekoppeld wordt aan de cliënt. Dit cliëntprofiel geeft de verwachte zorgvraag van de cliënt aan. Op basis hiervan kan een koppeling gemaakt worden met het gemiddelde aantal uren zorg voor het betreffende cliëntprofiel. In de eerste twee jaar van dit experiment blijft een declaratie op basis van een integraal tarief bestaan. Daarna kan alleen nog gedeclareerd worden in combinatie met cliëntprofielen. Hoe de cliëntprofielen zich gaan verhouden tot de bekostiging zal in de loop van het experiment duidelijk worden.

De bekostiging op basis van cliëntprofielen kent zowel voor- als nadelen. De zorg voor de cliënt kan passend worden ingericht door beter inzicht in de verwachte zorgvraag van de cliënt te krijgen. Hierdoor kunnen op termijn interventies effectiever worden ingezet. Een nadeel van deze bekostiging is de extra administratieve belasting die cliëntprofielen met zich meebrengen. Daarnaast heeft de zorgaanbieder mogelijk baat bij het toekennen van een duurder cliëntprofiel en het doorbehandelen van een cliënt, wat kan leiden tot een toename van zorgkosten wanneer een directe link tussen een cliëntprofiel en bekostiging bestaat. In de bekostiging is het realiseren van uitkomstindicatoren vrijblijvend vormgegeven, waardoor een concrete invulling op contractering van uitkomsten (nog) ontbreekt, net zoals in het huidige 'integrale tarieven'-model overigens.

In dit rapport definiëren we ook een andere variant van bekostiging, namelijk een uitkomstgerichte bekostiging. Bij uitkomstgerichte bekostiging worden afspraken gemaakt over het halen van vastgestelde normen ten aanzien van de kwaliteit van geleverde zorg tussen zorgaanbieder en -verzekeraar. Deze bekostigingsvorm onderscheidt zich daarmee met name op het gebied van contractuele afspraken die gemaakt worden over de uitkomsten van zorg. Zo kan worden afgesproken dat de hoogte van de prijs of het ingekochte volume via een op- of afslag (deels) wordt bepaald door een behaalde uitkomst.

Eenzijds kan uitkomstbekostiging uit shared savings bestaan, waarbij bijvoorbeeld de kostenreductie voortkomend uit besparingen in het aantal uren zorg per cliënt gedeeld wordt tussen zorgaanbieder en -verzekeraar. Anderzijds kan het gebaseerd zijn op het behalen van normen op vastgestelde uitkomsten, bijvoorbeeld het halen van een norm in Omaha-scores van een cliënt. Zo stimuleert uitkomstgerichte bekostiging zorgaanbieders om de kwaliteit van hun zorg te verbeteren en tevens te innoveren.

Het meten en leren van ingezette interventies stelt zorgaanbieders in staat om interventies gericht in te zetten. Hierdoor zal het totale volume afnemen en de passendheid van zorg toenemen. Het belonen van uitkomsten heeft mogelijk een positief effect op de zorgkosten, omdat zorg van mindere kwaliteit ook minder wordt beloond. Nadeel is dat er bij uitkomstbekostiging in combinatie met een onderliggend FFS-model een productieprikkel blijft bestaan, zoals dat nu ook het geval is bij het integrale tarief. Het inzicht in kwaliteit en uitkomsten van zorg neemt echter toe. Zorgaanbieders kunnen deze inzichten gebruiken voor hun interne verbetercycli; zorgverzekeraars kunnen het kwaliteitsaspect meenemen in de contractering en patiënten kunnen een geïnformeerde keuze maken. De som van deze ontwikkelingen zal de kwaliteit van zorg verhogen. De uitdaging hierbij is dat de sector nog in de beginfase is van het eenduidig definiëren en meten van uitkomsten.

Conclusies

Op basis van het onderzoek komen wij tot drie conclusies.

Inhaalslag noodzakelijk op uitkomsten van wijkverpleegkundige zorg

Ongeacht de bekostigingsvorm is een inhaalslag op het gebied van (inzicht in) uitkomsten van zorg noodzakelijk. De uitdagingen die op de wijkverpleging afkomen vragen een inhaalslag op het gebied van uitkomstgerichte zorg. De eerste stap, die wordt onderschreven door de betrokken partijen in dit onderzoek, is om meer inzicht te verkrijgen in de uitkomsten van de geleverde zorg. Vandaaruit kan het continu evalueren en verbeteren van de zorg een centrale plek binnen de sector krijgen.

Optimalisatie van contractering

De grootste ruimte voor optimalisatie ligt niet in de bekostiging, maar in de contractering tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Om invulling te geven aan de noodzakelijke focus op uitkomsten zouden zorgaanbieders en -verzekeraars afspraken moeten maken over uitkomsten van zorg. Op dit moment ligt de focus in de contractering (nog) te veel op het volume en de kosten van zorg. Het voeren van het inhoudelijke gesprek over uitkomsten belooft zorgaanbieders die actief inzetten op het evalueren en verbeteren van hun zorguitkomsten en stelt verzekeraars in staat om zorg in te kopen die waarde toevoegt. In de praktijk wordt zeer weinig gebruikgemaakt van contractering van uitkomsten. Naast uitkomsten bieden shared savings op basis van het aantal uren per cliënt mogelijkheden tot verdere contractinnovatie en doelmatigheidsprikkel.

Cliëntprofielen leiden mogelijk af van grootste optimalisatiemogelijkheid

Het realiseren van de gewenste ontwikkelingen met betrekking tot uitkomsten van zorg vergt inzet van de gehele sector. Het grootste risico dat wij zien in de bekostiging op basis van cliëntprofielen is dat het inzetten op een nieuw systeem met cliëntprofielen de focus op het verder ontwikkelen van uitkomsten kan doen verminderen. Dit effect wordt versterkt op het moment dat er financiële consequenties gekoppeld worden aan de cliëntprofielen. Anderzijds kan dit door middel van gewogen integrale tarieven (deels) gemitigeerd worden door zorgverzekeraars, mits daar actief op gestuurd wordt. Een volume prikkel is immers reeds aanwezig in de huidige bekostiging; de invoering van cliëntprofielen introduceert slechts een ander type volumerisico.

Aanbevelingen

Op basis van ons onderzoek doen we enkele aanbevelingen voor de doorontwikkeling van de bekostiging van de wijkverpleging. Wij hopen met deze aanbevelingen een waardevolle bijdrage te leveren aan passende bekostiging en contractering in de wijkverpleging.

Investeer in standaarden en uniforme uitkomstinformatie

In lijn met de belangrijkste conclusie van dit onderzoek is de voornaamste aanbeveling om als sector (nog) meer te investeren in standaarden en uniforme uitkomstinformatie. Op dit moment loopt de wijkverpleegkundige sector achter ten opzichte van andere zorgsectoren op het gebied van uitkomstinformatie. In alle (beleids)documenten komt het belang van deze ontwikkeling naar voren, maar de concrete invulling is nog te beperkt. Investeren in het vastleggen en transparant maken van uitkomstinformatie vormt de basis voor het continu verbeteren van zorg en het belonen van zorg die waarde toevoegt.

Experimenteer met uitkomstbekostiging

Om de ontwikkelingen op het gebied van uitkomsten van zorg aan te jagen adviseren wij te experimenteren met uitkomstbekostiging, waarbij het dan in de praktijk gaat over *uitkomstcontractering*. Dit kan kleinschalig, op basis van informatie die al voorhanden is (bijvoorbeeld door afspraken te maken over de reductie van vervolgcosten zoals ziekenhuisopnames op basis van declaratiegegevens), of als impuls om additionele waardevolle uitkomst informatie te gaan meten. Experimenten zijn ook van belang om meer ervaring op te doen voor de sectorbrede ontwikkeling; uitkomstcontractering op grote schaal is nog ver weg. Om hiertoe te komen zijn aanzienlijke inspanningen nodig. Met de experimenten kan inzicht gecreëerd worden in de meerwaarde in de praktijk, wat de sectorbrede ontwikkeling kan aanjagen.

1. Achtergrond

1.1 Inleiding

Wijkverpleging is de zorg aan patiënten in hun eigen omgeving (thuis) waarbij verpleging en verzorging nodig kan zijn vanwege ondersteuning van de gezondheid, een lichamelijke beperking of ziekte. Het kan gaan om bijvoorbeeld wondverzorging, huidverzorging, hulp bij het aan- en uitkleden maar ook coaching en preventiezorg om aandoeningen, beperkingen of verslechtering van de gezondheid te voorkomen. In 2018 maakten 589.000 mensen gebruik van wijkverpleging waarvan 75% ouder was dan 67 jaar. (1)

Bij aanvang van de wijkverpleging stelt de wijkverpleegkundige samen met de cliënt een plan op om vast te stellen welke zorg er daadwerkelijk nodig is en wie die zorg het beste kan leveren. Gedurende het traject wordt de zorgvraag van de cliënt geëvalueerd in samenspraak met de wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige vormt daarmee een cruciale rol in de begeleiding van de cliënt.

Nederland kampt op dit moment met de zogeheten dubbele vergrijzing. Mensen worden steeds ouder en het aandeel ouderen in de samenleving neemt toe. Tegelijkertijd wordt de potentiële beroepsbevolking naar verhouding kleiner. In 2015 was de verhouding tussen ontvanger van mantelzorg en gever van mantelzorg 1 op 5. In 2040 daalt deze verhouding naar 1 ontvanger op 3 mantelzorgers. (2) De toename van thuiswonende ouderen en de afname van potentiële mantelzorgers zal de vraag naar wijkverpleegkundigen in de toekomst verhogen. Daarnaast vindt er een verschuiving plaats van specialistische zorg vanuit de intramurale setting naar huis, hetgeen ook zal bijdragen aan een toenemende vraag naar wijkverpleegkundigen.

Om ervoor te zorgen dat er genoeg wijkverpleegkundigen en verzorgenden zijn om zorg te leveren is het belangrijk het vak aantrekkelijk te houden. Uit onderzoek blijkt dat het verwachte personeelstekort in 2027 voor de wijkverpleging oploopt tot boven de 10.000 werknemers. (3) De disbalans tussen instroom en uitstroom van wijkverpleegkundigen wordt genoemd als de belangrijkste verklarende factor voor het groeiende personeelstekort.

Het aandeel 55-plussers werkzaam in de verpleging, verzorging en thuiszorg was volgens het CBS in het eerste kwartaal van 2020 29,1%. Het gemiddelde in de categorie zorg en welzijn lag toen op 20,3%. Daarnaast is het aandeel 35 tot 55 jaar van 2010 tot het eerste kwartaal 2020 gezakt van ruim de helft van de werknemers naar ruim vier op tien. (4) Deze vergrijzing van wijkverpleegkundigen zorgt in de toekomst voor extra uitstroom van werknemers die met pensioen gaan. Daarnaast is er weinig aandacht voor wijkverpleging in zorgopleidingen: hoewel het sectorrendement van de zorgopleidingen voor de zorg als geheel hoog is, kiest slechts een relatief klein deel van de afgestudeerden voor wijkverpleging. (3) Ook werken wijkverpleegkundigen over het algemeen weinig uur per week en wordt verwacht dat zij zowel ochtend- als avonddiensten draaien. Het werk in de wijkverpleging, deels door de solistische functie van de wijkverpleegkundige, kan zowel fysiek als psychosociaal belastend zijn. 56% van de wijkverpleegkundigen geeft aan dat de werkdruk in het jaar 2021 is toegenomen. Over de hele zorg- en welzijnssector is dit in 2021 54,7%. (5) De belangrijkste redenen voor de hoge werkdruk blijkt, volgens wijkverpleegkundigen, een tekort aan personeel, de regeldruk en administratieve lasten en een hoog ziekteverzuim onder werknemers. Het ziekteverzuim binnen wijkverpleging is in het jaar 2021 7,5%; het gemiddelde in de zorgsector ligt op 4,7%. (6; 7)

De bekostigingsvorm is een van de factoren die invloed hebben op de aantrekkelijkheid van het wijkverpleegkundig vak. In het dagelijks werk staat de wijkverpleegkundige op afstand van de bekostiging, desondanks kan de bekostiging bijvoorbeeld door bijkomende administratieve lasten wel invloed hebben op de werkvreugde.

Bekostiging van de wijkverpleging

Om aanspraak te maken op wijkverpleging neemt de verzekerde zelf contact op met een thuiszorgaanbieder. Een verwijzing van de huisarts of medisch specialist is hierbij niet noodzakelijk. In de praktijk worden cliënten ook doorverwezen door andere zorgverleners, zoals transferverpleegkundigen. Als er sprake is van verpleging en verzorging met een behoefte aan of een hoog risico op geneeskundige zorg dan valt de vergoeding onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Als de geneeskundige context ontbreekt (alleen ondersteuning bij algemene

dagelijkse verrichtingen), dan valt de ondersteuning niet onder wijkverpleging en wordt deze vergoed volgens de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

Voor alle zorgaanbieders van verpleging en verzorging in de wijk geldt de huidige (reguliere) bekostiging als de standaard. (1) (8) Deze is vastgelegd in de NZa Beleidsregel verpleging en verzorging (BR/REG- 22101b). Daarnaast was er tussen 2016 en 2022 de mogelijkheid om te contracteren middels de Beleidsregel experiment bekostiging verpleging en verzorging (BR/REG-21120). Dit experiment gaf ruimte voor een integraal tarief per patiënt(groep), waarbij ook de eenheid vrij af te spreken was tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. In de praktijk was er dan ook sprake van twee bekostigingssystemen:

- De reguliere bekostiging, waarbij sprake kan zijn van zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorg.
- De experimentele bekostiging, waarbij alleen sprake is van gecontracteerde zorg.

Cijfers uit 2019 tonen dat het aandeel ongecontracteerde zorg in de wijkverpleging beperkt is; het aantal cliënten dat gebruikmaakt van ongecontracteerde zorg in de wijkverpleging bedraagt 3,5%. Deze cliënten zijn goed voor 5,7% van de landelijke kosten voor wijkverpleging. (9)

Met ingang van 2022 is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een nieuw landelijk experiment gestart in aanloop naar een nieuwe bekostiging van wijkverpleging in Nederland (BR/REG-22103). De aanleiding voor dit experiment wordt in paragraaf 4.1 uiteengezet.

Zorgaanbieders kunnen in de jaren 2022 en 2023 nog gebruikmaken van een vijftal integrale prestaties in het verlengde van het voorgaande experiment, wanneer zij deelnemen aan de nieuwe experimentbeleidsregel. Zorgaanbieders die gebruikmaken van deze experimentbeleidsregel registreren ook cliëntprofielen, die ze meesturen met de declaraties. De cliëntprofielen beogen zorgvraag, zorgconsumptie en kosten te voorspellen.

Ieder bekostigingsmodel kent zowel voordelen als nadelen. In dit rapport zet KPMG verschillende bekostigingsvormen in de wijkverpleging uiteen in opdracht van Buurtzorg en richten we ons op de brede markt van de gehele wijkverpleging. Doel van dit rapport is om aanvullende inzichten te genereren en daarmee een bijdrage te leveren aan passende bekostiging en contractering in de wijkverpleging. Hiervoor wordt een drietal bekostigingsvormen beschreven en worden de voor- en nadelen ervan in kaart gebracht. Ook is gekeken naar internationale voorbeelden van bekostiging van de wijkverpleging en specifiek naar hoe kwaliteit van zorg een rol kan spelen in de contractering tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. De verschillende opties worden afgewogen om aanbevelingen te doen over een bekostigingsmodel passend bij de situatie in Nederland.



Toekomst van de wijkverpleging

Ieder bekostigingsmodel kent zowel voor- als nadelen. Daarom is het van belang om de huidige context en toekomstige uitdagingen in de wijkverpleging in ogenschouw te nemen. Immers, een goed bekostigingsmodel helpt deze visie te realiseren en uitdagingen te verminderen.

Voor een toekomstbestendige wijkverpleging met behoud van de balans tussen zorgvraag en -aanbod zijn naar onze mening verschillende factoren van belang, de voornaamste: 1) de aantrekkelijkheid van het wijkverpleegkundig vak versterken; 2) preventie en het vergroten van de zelfredzaamheid van de cliënt; 3) goede organisatie van zorg in de keten.

1) De aantrekkelijkheid van het wijkverpleegkundig vak versterken

Om het arbeidsmarkttekort te verminderen moet de aantrekkelijkheid van het verpleegkundig vak verder verhoogd worden. Vrijheid van handelen door professionals binnen de geldende richtlijnen en geëvalueerd worden op de resultaten (uitkomsten) werkt motiverend. Daarnaast werkt het leveren van de integrale zorg aan cliënten (van het aantrekken van steunkousen tot het voeren van ingewikkelde gesprekken) erg motiverend voor professionals en draagt bij aan kwaliteit van zorg.

2) Preventie en het vergroten van de zelfredzaamheid van de cliënt

De zorgvraag stijgt juist ook in de wijkverpleegkundige zorg. Deze extra druk op de zorg maakt dat preventie een prominentere rol moet krijgen. Door preventie kan de zorgvraag afnemen en de zorg betaalbaar blijven. Ook worden hiermee arbeidsmarkttekorten verminderd. Het centraal stellen van de cliënt, het stimuleren van de zelfredzaamheid en het activeren van zijn of haar omgeving dragen bij aan het voorkomen van zorgvraag, zowel in de wijkverpleging als verderop in de zorgketen. Om dit te realiseren zijn andersoortige interventies nodig, meer gericht op het coachen van de cliënt en zijn omgeving. Interventies moeten (meetbaar) bijdragen aan het welzijn van de cliënt, hiervoor is inzicht in uitkomsten van zorg een randvoorwaarde.

3) Verbeteren van de organisatie van zorg in de keten

De zorgvraag van cliënten wordt toenemend complex. Cliënten worden ouder en worden toenemend multi-morbide (65). Om wijkverpleging toekomstbestendig te houden is een goede samenwerking tussen zorgaanbieders belangrijk. De wijkverpleegkundige werkt daarbij samen met het netwerk van zorgverleners rondom de cliënt. O.a. de huisarts, gemeente en mantelzorgers zijn daarbij van belang.

1.2 Vraagstelling

Onderstaande opsomming geeft de vraagstelling weer die we in deze analyse als uitgangspunt hebben genomen.

- *Hoe ziet de huidige bekostiging van de wijkverpleging eruit?*
 - *Wat zijn de voor- en nadelen van dit bekostigingsmodel?*
- *Wat zijn de kenmerken van het NZa bekostigingsexperiment op basis van cliëntprofielen?*
 - *Wat zijn de voor- en nadelen van dit bekostigingsmodel?*
- *Hoe kan kwaliteit van zorg gekoppeld worden aan de contractering tussen zorgaanbieder en -verzekeraar in een zogenaamd uitkomstbekostigingsmodel?*
 - *Wat zijn de voor- en nadelen van dit bekostigingsmodel?*
- *Hoe verhouden de drie verschillende bekostigingsmodellen zich tot elkaar?*
- *Welke aanbevelingen kunnen gedaan worden voor de Nederlandse situatie?*

1.3 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de aanpak van het onderzoek en het conceptueel kader. In hoofdstuk 3 wordt de huidige bekostiging in de wijkverpleging beschreven aan de hand van het conceptueel kader en worden de voor- en nadelen die hieraan verbonden zijn beschreven. Hoofdstuk 4 beschrijft het NZa-bekostigingsexperiment op basis van cliëntprofielen, waarmee begin 2022 is gestart. Waar hoofdstuk 3 en 4 reflecteren op bestaande bekostigingsvormen wordt in hoofdstuk 5 een alternatieve bekostigingsvorm gedefinieerd. Hoofdstuk 5 geeft een mogelijke invulling aan uitkomstgerichte bekostiging voor de wijkverpleging. Waarna hoofdstuk 6 een analyse biedt van de voor-, nadelen en impact van de bekostigingsmodellen en hoe deze zich tot elkaar verhouden. Tot slot geeft hoofdstuk 7 conclusies en aanbeveling om te komen tot passende bekostiging en contractering in de wijkverpleging.

2. Aanpak

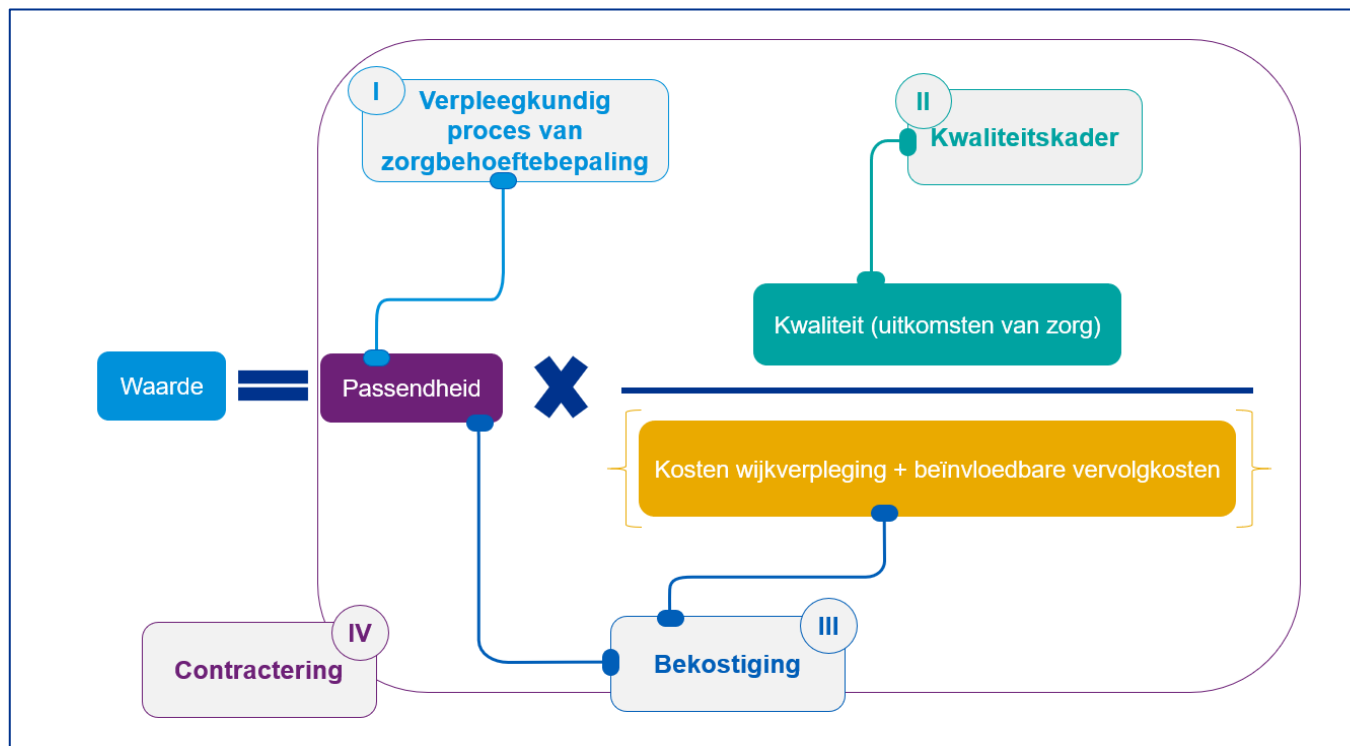
2.1 Aanpak van dit onderzoek

Dit onderzoek is gebaseerd op deskresearch, met als doel een breed en helder overzicht te creëren van de verschillende bekostigingsvormen in de wijkverpleging. Geïnccludeerde bronnen bestaan zowel uit wetenschappelijke als grijze literatuur. Vanuit de wetenschappelijke literatuur zijn relevante systematische reviews en meta-analyses geïnccludeerd. Daarnaast wordt gekeken naar de toepasbaarheid van het artikel op de wijkverpleging in Nederland, haalbaarheid van implementatie en publicatiedatum niet ouder dan 20 jaar. Grijze literatuur werd geselecteerd op basis van relevantie voor dit onderzoek, toepasbaarheid op de situatie in Nederland. Daarnaast is bij het opstellen van dit rapport een klankbordgroep betrokken. Deelnemers aan de klankbordgroep leveren inhoudelijke input op het rapport, maar zijn geenszins verantwoordelijk voor de inhoud van dit rapport. Betrokken partijen in de klankbordgroep bestaan uit zorgaanbieders en zorgverzekeraars alsmede inhoudelijke experts en wetenschappers (zie bijlage 9.1 voor de leden van de klankbordgroep).

2.2 Conceptueel kader

In dit onderzoek staat de meerwaarde voor de patiënt centraal. De basis voor dit gedachtegoed is gelegd met het 'Value Based Healthcare' (VBHC)-principe van Michael E. Porter. Bij VBHC is het doel om de waarde voor de patiënt te maximaliseren door de beste uitkomsten te realiseren tegen de laagste kosten. Het gaat daarbij over de beïnvloedbare kosten in de hele zorgketen, niet die van de wijkverpleging *sec.* (10) De theorie van Porter is in Nederland verrijkt met de component van passendheid. Zo definiëren de NZa en ZiNL in een gezamenlijk rapport passende zorg als gepast gebruik vermenigvuldigd met de organisatie van zorg. Passende zorg is zorg die van waarde is voor de gezondheid en het functioneren van het individu, tegen een redelijke prijs. Gepast gebruik kent verschillende definities en gaat over de effectiviteit en doelmatigheid van medische interventies en of deze aansluiten bij de situatie en wensen van het individu. (11) Ook in het KPMG-rapport *Contracting value: Shifting paradigms* wordt geschetst hoe de route naar passende contractering ingaat op de componenten passendheid van zorg, kosten en uitkomsten. (12) Dat de waarde van zorg niet alleen wordt bepaald door de kwaliteit hiervan, maar ook hoe deze zich verhoudt tot de kosten komt ook naar voren in eerder KPMG-onderzoek binnen de wijkverpleging. Het is essentieel dat beide aspecten worden meegenomen in de weging: een organisatie die vergelijkbare kwaliteit tegen lagere kosten of juist hogere kwaliteit tegen gelijke kosten weet te realiseren, zal een betere waarde van zorg hebben. (13)

In dit onderzoek hanteren we daarom de volgende 'waarde van zorg'-formule (zie figuur 1). Daarnaast geven we in de figuur ook meteen vier beleidsinstrumenten aan die van invloed zijn op de waarde van zorg: het verpleegkundig proces van zorgbehoeftebepaling (indicatiestelling), het kwaliteitskader, de bekostiging en de contractering. De lijnen en de cirkel in het geval van contractering geven aan op welk onderdeel van de formule het beleidsinstrument invloed heeft. Het gaat hierbij om een conceptuele formule, waarbij mathematische operationalisatie vaak lastig is, alhoewel in het rapport *De toegevoegde waarde van Buurtzorg t.o.v. andere aanbieders van thuiszorg* deze mathematische operationalisatie in belangrijke mate ook in de praktijk gelukt is.



Figuur 1: 'Waarde van zorg'-formule in relatie tot de onderdelen die van belang zijn voor een bekostigingssysteem

Bovenstaande formule definieert waarde voor de patiënt als het realiseren van een passend zorgvolume met de beste uitkomsten tegen de laagste kosten. Passendheid gaat over het volume ("hoeveel cliënten krijgen wijkverpleging en hoeveel uur wijkzorg wordt er gemiddeld per cliënt besteed?"). Deze parameter krijgt een lage waarde als een persoon zorg ontvangt terwijl dit niet (medisch) noodzakelijk is en/of wanneer er te zware zorg wordt ingezet zonder vooraf lichtere alternatieven met mogelijk dezelfde uitkomsten te proberen (stepped care).

Kwaliteit gaat primair over de uitkomsten van zorg en de toegevoegde waarde voor de situatie van de patiënt, bijvoorbeeld de vermindering van pijnscores in de loop van de behandeling van een patiënt. Het gevolg hiervan is dat de patiënt minder pijn heeft en mogelijk zelfredzamer wordt. Om van zorg van kwaliteit te spreken dient deze tevens te voldoen aan vastgestelde normen, bijvoorbeeld dat bij iedere patiënt met een pijnbehandeling de pijnscores minstens 3 punten moeten dalen gedurende het traject.

Tot slot wordt de kostencomponent meegenomen. Dit is de prijs van de geleverde zorg (bijvoorbeeld uurtarief * aantal uren wijkverpleging) en de kosten in brede zin, met als specifiek aandachtspunt de benodigde arbeidskrachten gelet op het arbeidsmarkttekort. Daarnaast wordt gekeken naar de beïnvloedbare vervolgcosten. Met beïnvloedbare vervolgcosten wordt bijvoorbeeld het aantal ziekenhuisopnames en/of zorg geleverd door andere ketenpartners bedoeld. Door het ketenperspectief mee te nemen in de formule wordt voorkomen dat de zorg verschuift binnen de keten. Hiermee borgen we dat preventief handelen meegenomen wordt in de afwegingen.

In dit onderzoek analyseren we de verschillende bekostigingssystemen aan de hand van de waardeformule. Dit doen we door onderscheid te maken in verschillende beleidsinstrumenten die invloed hebben op passende zorg: I) Verpleegkundig proces van zorgbehoeftebepaling, II) Kwaliteitskader, III) Bekostiging en IV) Contractering. Hieronder wordt toegelicht hoe deze onderdelen zich tot elkaar en de waardeformule verhouden.

I) Verpleegkundig proces van zorgbehoeftebepaling

Binnen de Zvw is de zorgprofessional verantwoordelijk voor het zorgproces. Dit bestaat uit indiceren, uitvoeren van zorg en evalueren. Zorgbehoeftebepaling en de daaropvolgende acties vormen dan ook een dynamisch proces. Bij aanvang van het zorgtraject legt de wijkverpleegkundige via de indicatiestelling de zorgbehoefte van de cliënt vast. Dit gebeurt door een vragenlijst af te nemen. Gedurende het zorgtraject wordt de gestelde indicatie continu geëvalueerd en bijgesteld indien nodig. Deze stap is van belang voor de component passendheid in de waardeformule. Goede zorgbehoeftebepaling gedurende het zorgtraject borgt dat de patiënt

de zorg krijgt die passend is bij zijn of haar situatie, niet te veel en ook niet te weinig en in de juiste setting. Ook wordt hiermee voorkomen dat zorg wordt geleverd aan personen die daar geen of beperkt baat bij hebben. Adequate zorgbehoeftebepaling resulteert in een hoge waarde op passendheid van zorg. De zorgbehoefte van een patiënt verschuift naarmate deze gezonder of zieker wordt. Om passendheid van zorg middels zorgbehoeftebepaling te borgen wordt deze continu in samenspraak met de patiënt bijgesteld.

Naast het invullen van de standaardvragenlijsten voor de indicatiestelling registreert de wijkverpleegkundige ook de ZN-doelgroepen. Deze doelgroepen worden sinds 2016 door zorgaanbieders geregistreerd. Het registreren van doelgroepen ondersteunt zorgaanbieders en -verzekeraars bij de contractering van zorg. Het indelen van patiënten in homogene groepen met voorspelkracht over de zorgconsumptie stelt partijen namelijk beter in staat om prijs- en volumeafspraken te maken.

Recent is in het bekostigingsexperiment op basis van cliëntprofielen tevens een nieuwe indeling van doelgroepen geïntroduceerd: de cliëntprofielen. In hoofdstuk 4 wordt het bekostigingsexperiment met cliëntprofielen in detail toegelicht. Zodra wordt overgestapt naar declaratie op basis van cliëntprofielen hoeft de zorgaanbieder niet langer de ZN-doelgroepen te registreren.

II) Kwaliteitskader

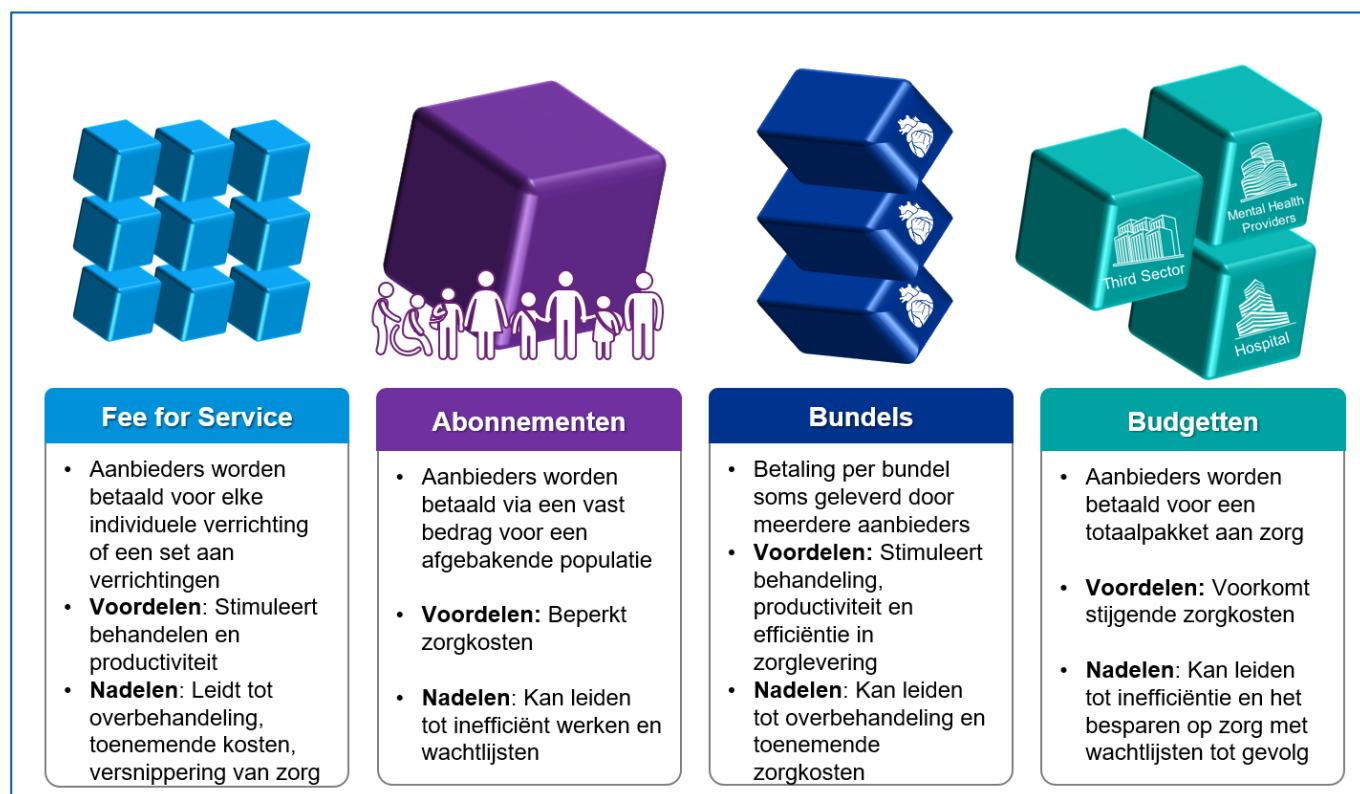
Het Kwaliteitskader wijkverpleging (14) beschrijft wat goede wijkverpleging is en wat cliënten en hun naasten mogen verwachten. Het kwaliteitskader biedt inspiratie en handvatten voor zorgprofessionals en zorgaanbieders om de zorgverlening continu te verbeteren. Het vormt het uitgangspunt voor extern toezicht en inkoop en contractering van zorg. Het kwaliteitskader zelf bevat veelal procesafspraken en bijbehorende procesindicatoren. Wel is in de ontwikkelagenda het belang van uitkomstmetingen opgenomen: *“Kwaliteitsinformatie is een belangrijke bouwsteen voor het verbeteren van kwaliteit van zorg. Kwaliteitsinformatie begint bij feedback van de cliënt en eindigt bij gegevens over uitkomsten van zorg in de eigen praktijk of uit goede voorbeelden elders. Het levert primair verbeterinformatie op voor de zorgverleners en zorgorganisaties die zich door spiegelen en leren, verbeteren. Daarnaast kan kwaliteitsinformatie gebruikt worden als keuze- en etalage informatie voor (toekomstige) cliënten of mantelzorgers. Toekomstige cliënten moeten kunnen beschikken over ervaringen van andere cliënten, zorginhoudelijke kwaliteitsinformatie en etalage informatie. Ook voor zorgverzekeraars kan kwaliteitsinformatie gebruikt worden bij zorginkoop gesprekken en bij zorginkoop.”* (14)

Inmiddels zijn in samenwerking met ZorgthuisNL, Actiz, Patiëntenfederatie Nederland (PFN), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) drie indicatoren ontwikkeld: 1) belastbaarheid mantelzorg, waarvan de eerste meting in 2021 heeft plaatsgevonden; 2) spoedeisendehulpbezoeken en ongeplande ziekenhuisopnames en 3) Patient Reported Experience Measures (PREM's). De informatie over de tweede indicator wordt sinds 2021 jaarlijks gemeten op basis van declaratiedata en inzichtelijk gemaakt als benchmark voor zorgorganisaties. (15)

Inzichten in kwaliteit en uitkomsten van zorg worden nu veelal ingezet ten behoeve van de interne verbetercyclus van de zorgaanbieder. Er is echter ook een toepassing van deze inzichten, als keuzehulp voor patiënten. Randvoorwaarde hierbij is een eenduidige registratie van uitkomsten en toegang voor de patiënt tot deze inzichten om een onderbouwde keuze te kunnen maken. Tot slot kunnen – zoals ook het Kwaliteitskader beschrijft – uitkomstmaten gebruikt worden in de contractering tussen zorgaanbieder en -verzekeraar.

III) Bekostiging

Bekostiging is de manier waarop betaald wordt voor de geleverde zorg. De bekostigingsvorm is van invloed op zowel de kosten als de passendheid van zorg. Daarbij kan onderscheid gemaakt worden tussen vier basisbekostigingsmodellen: Fee For Service (FFS), abonnementen, bundels en budgetten per aanbieder. De verschillende bekostigingsvormen hebben alle hun voor- en nadelen. De belangrijkste zijn in figuur 2 weergegeven.



Figuur 2: Bekostigingsvormen met hun belangrijkste voor- en nadelen

De prikkels die uitgaan van de verschillende bekostigingsvormen zijn belangrijke bepalers voor de kostencomponent in de waardeformule. Zo zal bijvoorbeeld een FFS-bekostiging zonder mitigerende maatregelen de kosten opdrijven, doordat van FFS een volumeprikkel uitgaat. Ook heeft de bekostiging invloed op de passendheid van zorg. Als voorbeeld kan het solitair gebruik van abonnementen per ingeschrevene (populatiebekostiging zoals van toepassing in de huisartsenzorg) leiden tot onderbehandeling – er wordt immers betaald ongeacht of er zorg geleverd wordt.

IV) Contractering

Het sluitstuk zijn de contractafspraken tussen individuele aanbieders van wijkverpleegkundige zorg en zorgverzekeraars. De contractuele afspraken kunnen invloed hebben op alle aspecten van de waardeformule. Jaarlijks maken zorgaanbieders en -verzekeraars afspraken over de tarieven voor de geleverde zorg (kosten) en de hoeveelheid zorg (passendheid). Afhankelijk van de bekostiging worden afspraken gemaakt over mitigerende maatregelen bij ongewenste prikkels.

Aanvullend kunnen ook afspraken gemaakt worden over de uitkomsten van zorg, naast het landelijke Kwaliteitskader dat toeziet op de minimumkwaliteitsvereisten voor de geleverde zorg. Zodra er financiële consequenties verbonden zijn aan het al dan niet realiseren van de afspraken over de uitkomsten van zorg spreekt men van uitkomstbekostiging. Gelet op het feit dat dit vooral in de contractering geregeld wordt, is de term ‘uitkomstcontractering’ wellicht passender, maar gezien het algemeen gebruik van de term *uitkomstbekostiging* zal ook in dit rapport worden gesproken over uitkomstbekostiging.

Toepassing conceptueel kader

In de hoofdstukken 3 en 4 van dit rapport worden de verschillende bekostigingsmethoden geanalyseerd aan de hand van het conceptueel kader. Daarbij wordt gekeken naar de (onderscheidende) kenmerken van de bekostigingsvorm én bijbehorende voor- en nadelen. In hoofdstuk 5 wordt een brede analyse gemaakt van de impact van de bekostigingsvormen. We kijken hierbij niet alleen naar de effecten van de bekostigingsvorm op betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg, maar hebben ook aandacht voor de arbeidsmarkt en de aantrekkelijkheid van het vak als wijkverpleegkundige door te kijken naar administratieve lasten en in welke mate een bepaalde bekostigingsvorm zorgverzekeraars informatie (data) geeft om te komen tot de juiste afspraken met zorgaanbieders.

3. Huidige bekostiging van de wijkverpleging

Dit hoofdstuk biedt een analyse van de huidige bekostigingsvormen in de wijkverpleging aan de hand van het geschetste conceptueel kader. Daarbij komen ook de voor- en nadelen van de huidige bekostigingsvormen aan bod.

3.1 Reguliere en experimentele (integrale) bekostiging wijkverpleging

Op dit moment gelden er twee beleidsregels voor de bekostiging van de wijkverpleging. De reguliere bekostiging omschreven in NZa Beleidsregel verpleging en verzorging (BR/REG-22101b). En een experimentele bekostigingsvorm vastgelegd in de NZa Beleidsregel experiment cliëntprofielen verpleging en verzorging (BR/REG-22103). De huidige experimentbeleidsregel bestaat uit twee onderdelen:

- Vijf integrale prestaties die in de jaren 2022 en 2023 gebruikt kunnen worden voor afspraken tussen zorgaanbieders en -verzekeraars, in lijn met het voorgaande bekostigingsexperiment.
- Het registreren en bekostigen aan de hand van cliëntprofielen, wederom aan de hand van een vijftal integrale prestaties. Hoofdstuk 4 gaat nader in op deze mogelijkheid.

Daarnaast worden systeemfuncties separaat bekostigd, hierover meer in onderstaand kader.



Systeemfuncties

Naast de reguliere bekostigingsvormen bestaan er separate prestaties voor systeemfuncties. Systeemfuncties zijn gericht op het onderhouden van het netwerk van de cliënt, het opleiden van werknemers, het verrichten van onderzoek, beschikbaar stellen van infrastructuur en de organisatieschil om zorgverlening heen. Ondanks dat deze kosten beperkt individueel aan de cliënt toe te wijzen zijn, zijn enkele systeemfuncties in te passen in de reguliere bekostiging, bijvoorbeeld in de vorm van overhead. Andere systeemfuncties, met name die regionaal georganiseerd worden, zoals de coördinatie van samenwerking tussen wijkverpleging, of het vervullen van een opleidingsfunctie, lenen zich hier minder voor. Het inpassen van systeemfuncties in de bekostiging brengt uitdagingen met zich mee, ongeacht de gekozen bekostigingsvorm. Om die reden is de optimale bekostiging van systeemfuncties buiten scope is van dit onderzoek gelaten.

In de volgende paragrafen wordt voor de verschillende componenten uit het conceptueel kader beschreven hoe deze worden toegepast bij de huidige bekostigingsvormen.

I) Verpleegkundig proces van zorgbehoeftebepaling

Binnen de Zvw is de zorgprofessional verantwoordelijk voor de zorgbehoeftebepaling. De wijkverpleegkundige legt via de indicatiestelling de zorgbehoefte van de cliënt vast en stelt deze gedurende het zorgproces bij. Dit is een belangrijke stap om de passendheid van het zorgvolume vast te stellen.

Om de uitgangspunten van de indicatiestelling te borgen heeft de beroepsgroep in 2014 een Normenkader vastgesteld (6) waaraan de wijkverpleegkundige moet voldoen om te mogen indiceren. De indicatiestelling dient altijd door een hbo- of masteropgeleide verpleegkundige uitgevoerd te worden.

Het verpleegkundig proces begint bij een anamnese, waarbij de vraag van de cliënt verhelderd wordt en er verschillende (medische) gegevens verzameld worden. Daarna volgt, na analyse van de anamnese, een beoordeling van de gezondheid van de cliënt en wordt een probleemlijst opgesteld. De verpleegkundige maakt hier gebruik van o.a. medische kennis, literatuur en de 'Toolbox indicatieproces wijkverpleging'. In 2018 is deze toolbox ontwikkeld met en voor wijkverpleegkundigen. De toolbox bestaat uit beslissingsondersteunende hulpmiddelen voor het in kaart brengen en evalueren van de zorgvraag en de zorgbehoefte van de cliënt/het cliëntsysteem als onderdeel van het verpleegkundig proces.

Aan de hand van de probleemlijst worden zorgdoelen vastgesteld op basis van prognoses en zorgbehoefte van de cliënt, diens netwerk en de wijkverpleegkundige. Interventies worden dan vastgesteld om de beoogde zorgdoelen te behalen. Daarna plant de wijkverpleegkundige samen met de cliënt de interventies in. Het

zorgproces wordt continu gemonitord en geëvalueerd, waardoor zorgdoelen en interventies bijgesteld kunnen worden gedurende het zorgproces.

Parallel aan het indiceren stelt de wijkverpleegkundige in samenspraak met de cliënt vast wie de geïndiceerde zorg het beste kan uitvoeren. Tot slot bepaalt de wijkverpleegkundige of de zorg inderdaad Zvw-zorg is, of dat de zorg onder een ander wettelijk kader valt zoals de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of de Wet langdurige zorg (Wlz).

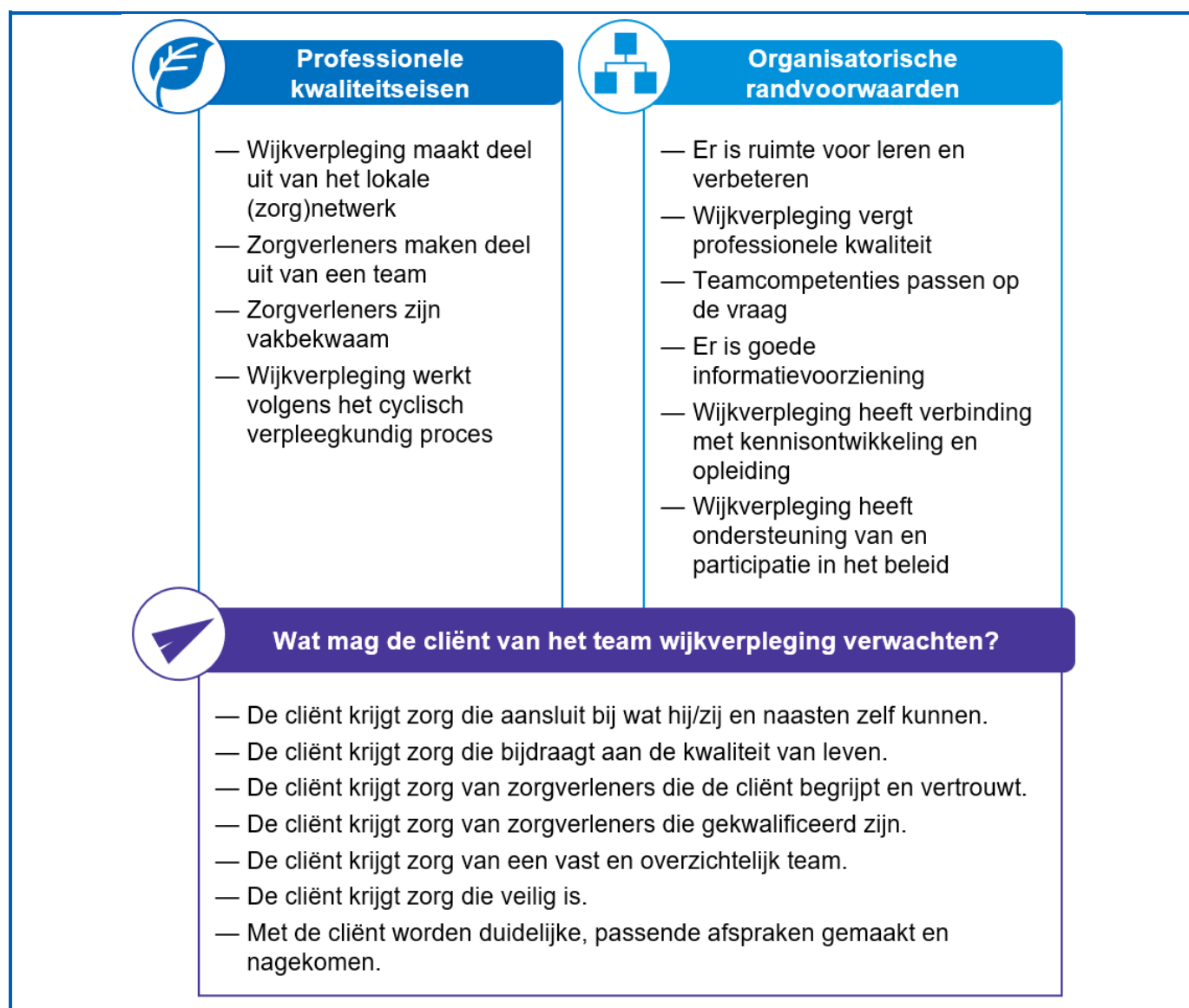
Naast het invullen van de standaardvragenlijsten voor de indicatiestelling registreert de wijkverpleegkundige ook de ZN-doelgroepen. De ZN-doelgroepen zijn ontstaan met als doel het gesprek tussen zorgaanbieder en -zorgverzekeraar omtrent de populatie/klantgroepen van de verschillende organisaties in de verschillende regio's te faciliteren. Vanwege het (toenemende) belang om inzichtelijk te maken of de wijkverpleegkundige in staat is een juiste inschatting te maken over de verwachte zorgduur en het behalen van de doelen is in 2016 besloten om doelgroepenregistratie in te voeren. (16) Middels een vragenlijst worden patiënten door middel van patiëntkenmerken in een van de zeven ZN-doelgroepen ingedeeld:

1. Kortdurende zorg na ziekenhuisopname en gespecialiseerde verpleegkundige (MTH-zorg) op verzoek huisarts/specialist;
2. Zorg aan kwetsbare ouderen en/of chronisch zieken, die naar verwachting korter dan 3 maanden duurt;
3. Zorg aan kwetsbare ouderen en/of chronisch zieken, die (naar verwachting) langer duurt dan 3 maanden waarbij het zwaartepunt van de zorg ligt op somatische problematiek (incl. palliatieve zorg);
4. Zorg aan kwetsbare ouderen, die (naar verwachting) langer duurt dan 3 maanden, waarbij het zwaartepunt van de zorg ligt op psychogeriatrische problematiek;
5. Preventie aan kwetsbare ouderen die nog geen (of een lichte) zorgvraag hebben;
6. Zorg aan terminale cliënten;
7. Medische kindzorg.

De zorgbehoeftebepaling en het registreren van de ZN-doelgroepen zijn gelijk voor alle bekostigingsvormen. In de hierop volgende hoofdstukken zullen deze om die reden niet meer in detail besproken worden. Wel gaat hoofdstuk 4 in op de registratie van cliëntprofielen.

II) Kwaliteitskader

Het kwaliteitskader beschrijft de inhoud en organisatie van de zorg en maakt zichtbaar wat cliënten en hun naasten van wijkverpleging mogen verwachten. De figuur op de volgende pagina toont de aspecten die hierover zijn opgenomen in het kwaliteitskader.



Figuur 3: Beschrijving van de inhoud en organisatie van de zorg en wat cliënten en hun naasten van wijkverpleging mogen verwachten conform het kwaliteitskader (14)

Vanuit de ontwikkelagenda van het kwaliteitskader wordt ingezet op het ontwikkelen van indicatoren. Vanaf 2021 is het voor zorgorganisaties van wijkverpleging verplicht om de volgende indicatorenset op te leveren:

- PREM (Patient Reported Experience Measure)
- Belastbaarheid mantelzorg
- Spoedeisendehulp-bezoeken en ongeplande ziekenhuisopnames

Aanvullend is in 2018 een besluit genomen om een indicatorenset voor het thema kwetsbaarheid te ontwikkelen. Daarnaast staat de indicator Patient Reported Outcome Measure (PROM) 'kwaliteit van leven' hoog op de ontwikkelagenda. (15)

Deze indicatoren en de landelijke vergelijkende data worden binnen de huidige bekostiging met name gebruikt voor de interne leer- en verbetercyclus van de zorgaanbieder. Enkel de PREM-indicatoren zijn inzichtelijk als keuzehulp voor patiënten.

Het kwaliteitskader is gelijk voor alle bekostigingsvormen. Voor de volgende bekostigingsvormen wordt het daarom niet in detail besproken. Wel wordt ingegaan op de rol van kwaliteits- en uitkomstindicatoren in de verschillende bekostigingsvormen.

III) Bekostiging

In de reguliere bekostiging is er sprake van Fee For Service (FFS)-bekostiging, waarbij vastgestelde prestaties per uur gedeclareerd worden. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vastgestelde prestaties en bijbehorende door de NZa vastgestelde maximumtarieven (17):

Tabel 1: Prestatiebeschrijvingen met bijbehorende tarieven

Prestatiebeschrijvingen met specifieke bepalingen	Maximumtarieven
Persoonlijke verzorging	€ 60,24 per uur
Oproepbare verzorging: verzorging buiten de afgesproken tijden	€ 64,52 per uur
Verpleging	€ 78,34 per uur
Oproepbare verpleging: verpleging buiten de afgesproken tijden	€ 83,92 per uur
Gespecialiseerde verpleging	€ 98,26 per uur
Advies, instructie en voorlichting	€ 95,60 per uur
Verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar	€ 98,26 per uur
Beloning op maat	Vrij tarief
Organisatie en beschikbaarheid van onplanbare avond-, nacht- en weekendzorg	Vrij tarief
Ketenzorg dementie	Vrij tarief
Thuiszorgtechnologie: zorg die op digitale wijze wordt ondersteund of gerealiseerd	Tarief voor Persoonlijke verzorging of Verpleging per uur
Onderlinge dienstverlening	Vrij tarief

De tarieven zijn grotendeels gespecificeerd per uur, waarbij de maximumtarieven voor verpleging en verzorging zijn gebaseerd op een kostenonderzoek naar de werkelijke kosten uit het meest recente beschikbare boekjaar (2016) onder aanbieders van verpleging en verzorging. (18) In de daaropvolgende jaren is indexatie op de tarieven toegepast. Zowel gecontracteerde als ongecontracteerde aanbieders van wijkverpleging kunnen gebruikmaken van de reguliere beleidsregel. In de praktijk maken met name ongecontracteerde aanbieders gebruik van de reguliere bekostiging. Uit de NZa Monitor wijkverpleging 2021 blijkt dat 93% van de gecontracteerde zorgaanbieders gebruikmaakt van de experimentele bekostigingsvorm en een integraal uurtarief is overeengekomen. (9)

In 2016 is de NZa gestart met een experiment voor een alternatieve, integrale manier van bekostigen als aanvulling op de reguliere bekostiging. In dit experiment krijgen zorgaanbieders en zorgverzekeraars de ruimte om af te wijken van de reguliere bekostiging en afspraken te maken over een vast bedrag per patiënt op basis van de samenstelling van de populatie. In dit experiment werd gewerkt met één prestatie 'experiment bekostiging wijkverpleging'. Zorgaanbieders hadden daarbij grote vrijheid om deze vorm te geven. Zowel de patiëntgroep(en) die onder de prestatie valt (vallen), het tarief als de te declareren tijdseenheid kon(den) door partijen zelf worden vastgesteld.

Bij integrale tarieven wordt een tarief per tijdseenheid (al dan niet per doelgroep) voor al de binnen de tijdseenheid geleverde zorg afgesproken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Integrale prestaties maken dus geen onderscheid meer tussen persoonlijke verzorging en verpleegkundige zorg en de andere in de tabel hierboven beschreven activiteiten. Omdat verpleging en verzorging niet meer apart geregistreerd hoeft te worden, is er met een integraal uurtarief potentieel een vermindering in administratieve lasten voor de zorgverlener. Aanbieders die afstappen van deze registratie ondervinden echter ook nadelen, zoals verlies aan informatie, een risico op onderbehandeling, risicoselectie en onduidelijkheid over declaraties bij cliënten. Omdat zorgaanbieders meer ruimte krijgen om de zorg rondom te patiënt te regelen, kan de grens tussen Wlz en het sociaal domein vervagen. Hierdoor moeten zorgaanbieders frequenter het zorgproces evalueren om de inzet van onnodige zorg te voorkomen. (19)

Begin 2022 is de nieuwe experimentbeleidsregel in werking getreden. Deze borduurt voort op het voorgaande experiment. Ook de nieuwe beleidsregel maakt het in de jaren 2022 en 2023 mogelijk om integraal tarief (een tarief voor alle geleverde zorg binnen een bepaalde tijdseenheid) af te spreken door gebruik te maken van één van de vijf onderstaande prestaties:

Verpleging en verzorging, integraal uurtarief	Verpleging en verzorging, integraal weektarief
Verpleging en verzorging, integraal dagtarief	Verpleging en verzorging, integraal maandtarief
Verpleging en verzorging, integraal kwartaaltarief	

Figuur 4: Prestaties te gebruiken bij afspraken over een integraal tarief

IV) Contractering

Zorgaanbieders en -verzekeraars hebben dus al geruime tijd de keuze tussen verschillende bekostigingsvormen om contractafspraken te maken. De NZa-evaluatie (19) van de experimentele bekostiging tot 2022 laat zien dat contractering op basis van het integrale uurtarief de standaard is geworden voor de gecontracteerde zorg. Zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders ervaren het maken van afspraken aan de hand van een integraal uurtarief niet meer als een experiment, maar als de reguliere bekostigingsvorm. Dit wordt ook gesteund door de NZa Monitor contractering wijkverpleging 2021 waaruit blijkt dat in 2021 93% van de gecontracteerde aanbieders een integraal tarief overeengekomen is met hun dominante zorgverzekeraar (n=157). (9)

Contractanalyse uitgevoerd in dezelfde NZa-monitor (9) toont dat de nadruk van de contracten tussen zorgaanbieders en -verzekeraars ligt op doelmatigheid en niet op kwaliteit. Zo hanteerden in 2020 zeven zorgverzekeraars een zogeheten budgetplafond, waarmee een maximum aan zorgkosten voor een bepaalde periode (veelal één jaar) wordt afgesproken. Doordat er in de contractering afspraken gemaakt worden over een budgetplafond, is er in feite sprake van een mix van bekostigingsvormen: FFS en budgetten.

De bevraagde zorgaanbieders geven aan dat het kwaliteitskader geen onderwerp van gesprek was met de zorgverzekeraars. Wel is er de afgelopen paar jaar een stijgende lijn te zien in het aantal zorgaanbieders dat informatie over doelmatigheid en kwaliteit teruggekoppeld krijgt van de zorgverzekeraar. Waar dit niet gebeurde was de oorzaak in het algemeen het ontbreken van een statistisch valide benchmark. Verder komt naar voren dat bij het merendeel (69%) van de respondenten de inzet van digitale zorg onderwerp van gesprek is ten tijde van de contractonderhandeling. Op het onderwerp preventie daarentegen geeft slechts 29% van de ondervraagde zorgaanbieders aan dat ze via het contract gestimuleerd worden om meer in te zetten op preventie. Ook worden er nauwelijks afspraken gemaakt over het opvangen van (komende) arbeidstekorten; slechts 9% van de zorgaanbieders geeft aan hierover afspraken te hebben gemaakt. Dit terwijl een groot deel van de zorgaanbieders een opleidingsfunctie heeft in de wijkverpleging. (9)

3.2 Voor- en nadelen bij de huidige bekostiging

Aan de hand van de 'waarde van zorg'-formule zoals geschetst in het conceptueel kader reflecteren onderstaande paragrafen op de voor- en nadelen van de huidige bekostigingsvormen.

Reguliere beleidsregel

Op het gebied van passendheid heeft de reguliere bekostiging een potentieel risico, aangezien de bekostiging per verrichting (FFS) stimuleert tot het leveren van zorg met een zogeheten productieprikkel, meer uren zorg resulteren in meer opbrengsten voor de zorgaanbieder. Een mogelijk nadeel is dan ook een (te) hoog volume van zorg. Wat betreft de kostencomponent is het voornaamste voordeel de eenvoud van het model; er wordt

immers per uur betaald. Het is voor zowel zorgaanbieders als -verzekeraars inzichtelijk hoeveel uur zorg geleverd wordt. Hier kunnen betrekkelijk eenvoudig contractueel afspraken over gemaakt worden op basis van historische data en benchmarkdata. Deze inzichten kunnen gebruikt worden om het nadeel op het gebied van passendheid (deels) te mitigeren, bijvoorbeeld door afspraken te maken over de maximale zorgkosten per jaar: een (historisch) budgetplafond. Door de geassocieerde productieprikkel met dit model bestaat tevens het risico dat overbehandeling van patiënten plaatsvindt en dat zorgaanbieders niet gestimuleerd worden samen te werken. Een versnippering van de markt kan hiervan het gevolg zijn. Daarnaast worden zorgaanbieders niet gestimuleerd om in te zetten op preventie, omdat dit een vermindering van (toekomstig) werk ten gevolge heeft en daarmee een vermindering van inkomsten.

Wat betreft de kwaliteitscomponent heeft het kwaliteitskader slechts enkele uitkomstmaten in zich en worden er maar zeer beperkt contractuele afspraken gemaakt over kwaliteit van zorg. Hierdoor is er voor zowel zorgverzekeraars als patiënten weinig inzicht in de kwaliteit van zorg per zorgaanbieder. Ook is veelal onduidelijk in hoeverre een zorgaanbieder interne focus heeft op het continu doorontwikkelen van de kwaliteit van zorg.

Experimentele beleidsregel

Het hierboven beschreven nadeel op de kwaliteitscomponent in de 'waarde van zorg'-formule geldt eveneens voor de experimentele beleidsregel. Wel is er op het gebied van passendheid en kosten van zorg een verschil: de experimentele beleidsregel maakt het mogelijk om afspraken te maken op een hoger aggregatieniveau. Anders dan betaling per uur is er de optie om de betaling over een langere tijdsperiode te doen, bijvoorbeeld per maand of per jaar. Breder nog valt er ook te denken aan betaling per cliëntengroep. Het verschuiven van de bekostiging naar een hoger aggregatieniveau heeft als voordeel dat de financiële prikkel om te behandelen afneemt. Er wordt immers niet meer betaald per uur, maar voor het gemiddelde van een groep patiënten voor een bepaald tijdvak. De focus zal daarmee verschuiven naar preventie en interventies die de zorgconsumptie doen afnemen, hetgeen een voordeel is voor de kosten van (vervolg)zorg. Nadeel is dat de kostenhomogeniteit afneemt. Dit gaat gepaard met een risico voor de zorgaanbieder. De inkomsten kunnen namelijk niet meer een-op-een in verband gebracht worden met de kosten per patiënt. Het is voor de zorgaanbieder financieel aantrekkelijk om patiënten te behandelen die – binnen het aggregatieniveau – ondergemiddeld kosten met zich meebrengen, hetgeen kan leiden tot risicoselectie en/of onderbehandeling.

4. Experimentele bekostiging op basis van cliëntprofielen per 2022 —

Dit hoofdstuk gaat nader in op de experimentele bekostiging op basis van cliëntprofielen waaraan aanbieders van wijkzorg vanaf 2022 kunnen deelnemen. Eerst lichten we de aanleiding voor het nieuwe bekostigingsexperiment en het NZa-advies hierover toe. Vervolgens beschrijven we de ontwikkeling van de bekostiging binnen het experiment. Tot slot analyseren we het nieuwe experiment langs de assen van het conceptueel kader, inclusief de voorziene voor- en nadelen.

4.1 Aanleiding bekostigingsexperiment op basis van cliëntprofielen

Sinds 2015 valt de wijkverpleging onder de Zvw en is er meer aandacht voor of ruimte in de bekostiging voor integrale zorgverlening, demedicaliseren en kwaliteit van leven. (20) Ook is men de wijkverpleegkundige gaan zien als een cruciale speler – ‘spin in het web’ – in de eerstelijnszorg en in de verbinding met andere zorg. Mede door de overheveling van de wijkverpleging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zvw is bij alle betrokken partijen het besef ontstaan dat het huidige FFS-bekostigingsmodel (‘uurtje factuurtje’) dat productie stimuleert niet langer wenselijk is.

In een onderzoek uit 2015 concludeerde Strategies in Regulated Markets (SiRM) – met input van stakeholders zoals de NZa, ZN, ActiZ, V&VN, Zorgthuisnl, PFN, Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en het ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) – dat de persoonlijke omstandigheden van de cliënt moeten meewegen bij de bekostiging voor wijkverpleging. (21) Verder stelde SiRM dat het wenselijk is dat de volume prikkel uit de bekostiging verdwijnt en dat innovatie en kwaliteit van zorg moeten worden beloond. SiRM stelde voor om met een classificatiesysteem te werken door het grootste deel van de wijkverpleegkundige zorg via zorgpakketten te leveren.

In het onderzoeksvoorstel van SiRM uit 2015 hangt bij een zorgpakket de bekostiging van wijkverpleegkundige zorg niet af van de uren geleverde zorg (vergelijkbaar met de bekostiging in de generalistische basis-GGZ of met de DRG-systematiek uit het buitenland), maar worden maximale tarieven per zorgpakket vastgesteld door de NZa. (13) Welk type zorgpakket wordt ingezet volgt uit een verpleegkundige diagnose en hangt af van de mate van zelfredzaamheid en het netwerk van de cliënt. De wijkverpleegkundige stelt vast welke inzet van zorg nodig en gepast is en de wijkverpleegkundige inhoud is daarbij bepalend voor de bekostiging.

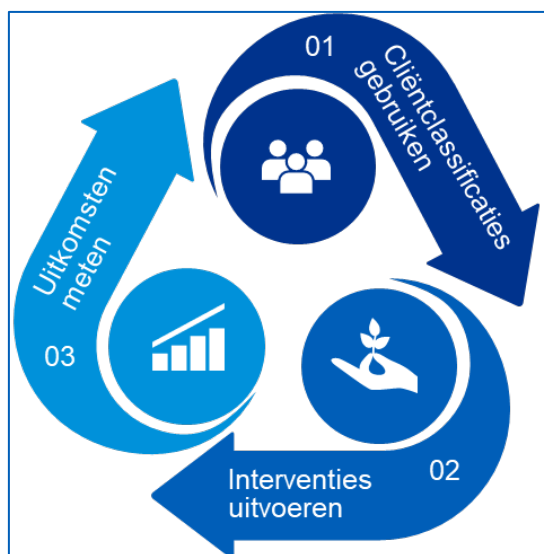
In een vervolgonderzoek uit 2016 concludeerde Gupta dat een automatische classificatie en afleiding van zorgpakketten per cliënt op basis van cliëntkenmerken niet haalbaar is, omdat er een betrouwbare ICT-infrastructuur voor nodig is, zowel voor classificatie als voor het afleiden van producten die gedeclareerd kunnen worden bij de zorgverzekeraar. (22) Als cliëntkenmerken vastgelegd zouden worden in Omaha System (hierna Omaha), dan zouden deze kenmerken maximaal 23% van de variatie (R-kwadraat) in het werkelijke zorggebruik van cliënten bepalen. Uit onderzoek blijkt het Home and Community Support Services Case-Mix Model (HCSS CM) uit Nieuw Zeeland met behulp van de MDS-HC, een uitgebreide vragenlijst voor patiënten, in staat te zijn om een variatie van 24% in zorgduur te voorspellen voor hoog-complexe patiënten en 16% voor laag-complexe patiënten. Het Personal Care Services Case-Mix Model (PCS CM) uit de Verenigde Staten kan een variatie in zorgduur van 29% voorspellen over een periode van drie maanden. De voorspelkracht op zorgduur van de meetinstrumenten gebruikt in dit onderzoek is dus vergelijkbaar met Omaha. (23) Gupta concludeert dat een bekostigingsmodel op basis van Omaha-clientkenmerken de helft van de cliëntengroep in het juiste zorgproduct classificeert. De andere helft krijgt zorg geleverd waarbij het zorgproduct suboptimaal is afgestemd op de cliënt, waardoor er te weinig of te veel betaald wordt voor de geleverde zorg. Er bestaat onvoldoende statistische samenhang tussen Omaha-clientkenmerken en het zorggebruik, aldus Gupta.

Ook werd in het onderzoek van Gupta het belang van onderstaande uitgangspunten onderstreept:

- het belonen van goede kwaliteit van zorg;
- het stimuleren van efficiënte zorg;
- inzicht in cliëntprofielen als basis voor het verbeteren van interventies en begrip van de case-mix per zorgaanbieder.

Ter verdieping van het vak van wijkverpleegkundige stelt Gupta voor om het inzicht in de wijkverpleegkundige zorg en de effectiviteit van interventies te vergroten (figuur 5) middels een ontwikkelagenda. Met een

verbetercyclus en een digitale cliëntclassificatie als basis is daarmee het doel om af te leiden welke interventies voor welke cliëntdoelgroepen tot welke uitkomsten (behandelresultaten) leiden.



Figuur 5: Verbetercyclus als basis om inzicht in zorg en effectiviteit van interventies te vergroten

Een verdere detaillering van het vak van wijkverpleegkundigen werd zichtbaar in het Kwaliteitskader wijkverpleging dat het Zorginstituut Nederland (ZIN) opnam in het Register in juni 2018. (14)

Na de onderzoeken van SiRM en Gupta en publicatie van het kwaliteitskader heeft de NZa in opdracht van VWS vervolgens de uitwerking voor een nieuwe bekostiging in de wijkverpleging op zich genomen. In een opdrachtbrief uit 2019 aan de NZa gaf de minister van VWS aan dat een bekostigingsmodel met cliëntprofielen vooralsnog het best geschikt lijkt om de vooropgestelde doelen (coördinatie, samenwerking en het belonen van goede resultaten) te bereiken. Belangrijke uitgangspunten voor een nieuwe bekostiging zijn volgens de minister van VWS dat deze (8):

- Duidelijk en bruikbaar is voor zorgverleners, zorgaanbieders en zorgverzekeraars;
- Adequate prikkels voor zorgaanbieders bevat ten aanzien van kwaliteit en doelmatigheid en mogelijkheden voor zorgverzekeraars om daarop te sturen;
- Lage administratieve lasten heeft;
- Rekening houdt met bekostiging voor specifieke doelgroepen zoals dementie en palliatieve zorg;
- Samenwerking, coördinatie en preventie stimuleert;
- Voldoende keuze behoudt van de verzekerde voor een zorgverlener.

Ook vraagt de minister van VWS in de adviesaanvraag naar de randvoorwaarden waaraan de implementatie van het nieuwe bekostigingsmodel voor 2022 moet voldoen. Regulering moet op de gehele sector toepasbaar zijn en uniformiteit tussen aanbieders is van groot belang om inzicht te krijgen in kwaliteit en uitkomsten van wijkverpleging. Echter, met een groot aantal niet-gecontracteerde aanbieders van wijkverpleegkundige is het moeilijker om hier een beeld van te krijgen. Niet-gecontracteerde aanbieders dienen gestimuleerd te worden te werken met een contract. Om de uniformiteit van het nieuwe experiment te borgen staat dit alleen open voor zorgaanbieders met een contract.

Bij de totstandkoming van het advies zijn stakeholders als belangenvertegenwoordigers van cliënten, wijkverpleegkundigen, zorgaanbieders en zorgverzekeraars betrokken geweest. Daarnaast maken het verzamelen en analyseren van data met betrekking tot de indeling van cliëntprofielen (middels een pilot en onderzoek) en het evalueren van de werking van de Beleidsregel experiment bekostiging verpleging en verzorging deel uit van de uitwerking van de NZa.

4.2 Advies NZa voor nieuwe bekostiging wijkverpleging 2022

Op verzoek van VWS heeft de NZa een advies uitgebracht over een nieuw bekostigingsmodel in de wijkverpleging met als doelstelling om coördinatie, samenwerking en het belonen van goede resultaten te bevorderen. (8) De NZa noemt in haar advies dat de nieuwe bekostiging wijkverpleging 2022 optimaal moet bijdragen aan het doel van wijkverpleging dat als volgt is verwoord in het Kwaliteitskader wijkverpleging: (24) (25)

Het doel van wijkverpleging is:

Kwaliteit van leven thuis te bevorderen, ondanks ziekte, behandeling of beperking. Gezondheid wordt daarbij als een positieve, dynamische conditie gezien die rust op fysieke, functionele, psychische, sociale en spirituele pijlers.

Met dat doel en de adviesaanvraag voor ogen heeft de NZa van juni 2019 tot en met december 2019 onderzoek gedaan naar het ontwikkelen van cliëntprofielen in de wijkverpleging. (26) Het onderzoek was erop gericht om een beperkt aantal patiëntkenmerken (case-mix vragenlijst) te identificeren die betrouwbaar voorspellen hoeveel zorg een cliënt zal ontvangen in een bepaalde periode. Het Wetenschappelijk Programma Wijkverpleging (WPW) is opgezet met Universiteit Maastricht en leidde tot een pilot. Aan de pilot hebben vier zorgaanbieders (Cordaan, Envida, MeanderGroep en Vierstroom Zorg Thuis) meegedaan en er zijn circa 5.500 case-mix vragenlijsten afgenomen door 351 wijkverpleegkundigen. Uit dit onderzoek bleek dat een case-mix vragenlijst een maximale voorspelkracht (R-kwadraat) heeft van 25% volgens het 'random forest'-algoritme. De huidige ZN-doelgroepen hebben een voorspelkracht van circa 10%, maar deze zijn niet primair ontworpen om zorg te voorspellen. Voorspelkracht is hierbij gedefinieerd als de mate waarin kenmerken van een cliënt informatie bevatten over het toekomstige zorggebruik van de cliënt (in aantal uren geleverde zorg als schatting voor de bijbehorende zorgkosten). Ter vergelijking is de voorspelkracht van internationaal bekende case-mix systemen voor wijkverpleging en thuiszorg 20-40%. (27) De tien cliëntprofielen die afgeleid worden uit de case-mix vragenlijst van de NZa hebben een voorspelkracht van 21%. Een palliatieve zorgvraag en op ADL gebaseerde kenmerken bleken het meest voorspellend te zijn voor de grootte van de zorgvraag. Uit eerder onderzoek, onder andere op basis van het Nieuw-Zeelandse bekostigingsmodel (Home Community Support Services, HCSS), kwam al naar voren dat een aantal cliëntkenmerken, waaronder functionele beperkingen in ADL en incontinentie, relevant zijn in de bepaling van cliëntprofielen. (28) Dit wordt door het voorgenoemde onderzoek van de NZa bevestigd.

De voorspelkracht van de verwachte zorgzwaarte is enkel gebaseerd op de case-mix vragenlijst. Als er extra kenmerken op basis van bestaande classificatiesystemen voor verpleegkundige diagnostiek worden toegevoegd aan de case-mix vragenlijst – zoals Omaha of NANDA – is er een begrensde toename in de voorspelkracht. Toevoegen van NANDA-kenmerken verbetert de voorspelkracht niet (deze blijft circa 28% voor uren formele zorg) en toevoegen van Omaha verbetert de voorspelkracht met maximaal circa 4%. Dit betekent dat toevoeging van meerdere meetinstrumenten slechts beperkte toegevoegde waarde heeft op de voorspelkracht van zorgzwaarte. Zorgzwaarte zal echter altijd voor een deel onvoorspelbaar blijven, bijvoorbeeld door het al dan niet optreden van complicaties, invloed van comorbiditeiten op ziekte en het gelijktijdig ontwikkelingen van andere ziekten. Ook is er mogelijk sprake van aanbodgeïnduceerde variatie die niet afhankelijk is van zorgzwaartekenmerken.

In navolging van het NZa-advies is een convenant gesloten tussen de NZa en enkele branche- en beroepsorganisaties: ActiZ, PFN, V&VN, ZorgthuisNL, ZN. Het convenant dient als basis om aan vernieuwde bekostiging te werken. (29)

4.3 Uitgangspunten bekostiging op basis van cliëntprofielen

Het vijfjarig experiment moet gaan leiden tot verdere aanscherping van de cliëntprofielen: naarmate er meer aanbieders van wijkzorg deelnemen aan het experiment, neemt de hoeveelheid onderliggende data toe. Dit kan leiden tot een vermindering of juist een uitbreiding van het aantal cliëntprofielen. Ook kunnen de afkappunten van profielen wijzigen. De voorspelbaarheid van de cliëntprofielen is reeds onderzocht en zal ook gedurende het experiment een punt van aandacht zijn. Deze kan zowel af- als toenemen door deelname van meer wijkzorgaanbieders. Meer data betekent in principe meer betrouwbaarheid. Anderzijds kan meer praktijkvariatie de voorspelbaarheid juist doen afnemen.

Daarnaast zal gedurende het experiment de rol van de cliëntprofielen binnen de contractering tussen zorgaanbieder en -verzekeraar worden verkend. Tegen het einde van de looptijd van het experiment zullen de ervaringen met de cliëntprofielen en het gebruik binnen de contractering worden geëvalueerd. Bij een eventuele introductie van een nieuwe landelijke bekostiging wijkverpleging zullen de resultaten van de evaluatie belangrijke input vormen. Op hoofdlijnen zien we voor de landelijke bekostiging twee denkrichtingen.

De ene denkrichting kan getypeerd worden als een vorm van bundelbekostiging: per cliëntprofiel stelt de NZa een tarief vast, dan wel is het tarief vrij onderhandelbaar tussen verzekeraar en zorgaanbieder. Hiermee worden de cliëntprofielen direct gekoppeld aan de financiële afspraken. Gedurende de looptijd van de experimentregel zal in dat geval veel aandacht uitgaan naar de kostenhomogeniteit binnen een cliëntprofiel. Kostenhomogeniteit is namelijk een belangrijke randvoorwaarde bij een dergelijke vorm van bekostiging.

De tweede denkrichting typeren we als een integrale bekostiging, waarbij de cliëntprofielen gebruikt worden als verklarende informatie; de cliëntprofielen vertegenwoordigen de zorgzwaarte van de populatie. In deze vorm worden de cliëntprofielen indirect gekoppeld aan de financiële afspraken. Een voorbeeld: stel dat een wijkzorgaanbieder met een verzekeraar een integraal, gemiddeld tarief heeft afgesproken. De wijkzorgaanbieder constateert na afloop van jaar X dat het tarief niet kostendekkend was voor de zorg die is geleverd. Door het bekijken van de mix van cliëntprofielen (case-mix) kan mogelijk een verklaring gevonden worden in de zwaarte van de patiënten aan wie in jaar X zorg is geleverd.

De NZa geeft desgevraagd aan dat cliëntprofielen primair bedoeld zijn als verklarende informatie. De NZa is dan ook niet voornemens om de cliëntprofielen te koppelen aan tarieven. Wel beoogt de NZa met de introductie van cliëntprofielen het inhoudelijke gesprek tussen zorgaanbieder en -verzekeraar te stimuleren. In de rest van dit hoofdstuk is daarom uitgangspunt dat er geen directe link bestaat tussen de cliëntprofielen en de bekostiging. Het is echter niet uit te sluiten dat zorgaanbieders en/of -verzekeraars deze link in de toekomst wel zullen maken. De kenmerken en verwachte voor- en nadelen zijn opgesteld in lijn met het scenario waarin een link gemaakt wordt tussen de cliëntprofielen en de bekostiging.

4.4 Het NZa-bekostigingsexperiment op basis van cliëntprofielen per 2022

Hieronder worden de kenmerken van het bekostigingsexperiment op basis van cliëntprofielen aan de hand van de onderdelen van het conceptueel kader beschreven.

I) Verpleegkundig proces van zorgbehoeftebepaling

De zorgbehoeftebepaling in het verpleegkundig proces is een belangrijke component in het experiment met cliëntprofielen. In het experiment wordt gebruikgemaakt van een nieuwe case-mix vragenlijst naast de reguliere indicatiestelling. De reguliere indicatiestelling is reeds beschreven in paragraaf 3.1. Daarnaast wordt per cliënt het bijpassende cliëntprofiel bepaald. In de praktijk ziet het proces ter vaststelling van cliëntprofielen er als volgt uit: De wijkverpleegkundige stelt vijf vragen aan de cliënt om de cliëntkenmerken vast te stellen welke leiden tot één cliëntprofiel. De NZa heeft op basis van eerdere studies tien cliëntprofielen vastgesteld die af te leiden zijn met een case-mix vragenlijst over specifieke cliëntkenmerken zoals verwacht verloop (in de komende maand), continëntie, kleden, wassen/douchen en medicatiegebruik. De case-mix vragenlijst bestaat tot op heden uit de volgende vijf vragen die aan de cliënt worden gesteld:

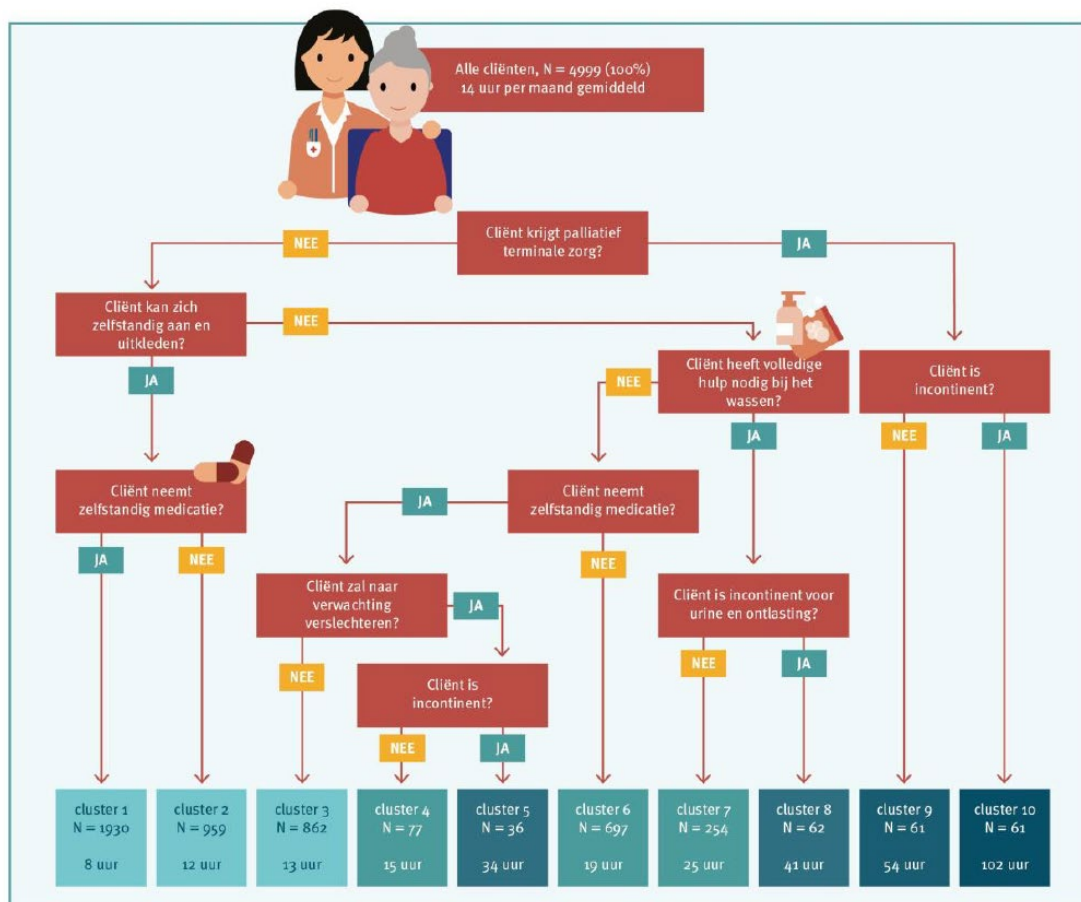
Tabel 2: Case-mix vragenlijst met antwoordopties

Hoe is het verwachte verloop?	
1	De toestand en/of zelfstandigheid van de cliënt zal naar verwachting verbeteren de komende maand.
2	De toestand en/of zelfstandigheid van de cliënt blijft naar verwachting (relatief) stabiel de komende maand.
3	De toestand en/of zelfstandigheid van de cliënt zal naar verwachting verslechteren de komende maand
4	De cliënt ontvangt palliatief terminale zorg en heeft een levensverwachting van minder dan 3 maanden.
Is de cliënt (in)continent?	
1	De cliënt is volledig continent, zowel voor urine als voor ontlasting.
2	De cliënt is incontinent voor urine.
3	De cliënt is incontinent voor ontlasting.

4	De cliënt is incontinent voor urine én ontlasting.
Kan de cliënt zich kleden?	
1	De cliënt kan zich zelfstandig aan- en uitkleden.
2	De cliënt heeft gedeeltelijke hulp van derden nodig (bijv. aansporing, toezicht of fysieke ondersteuning) om zich aan- en/of uit te kleden.
3	De cliënt moet volledig geholpen worden door derden om zich aan- en uit te kleden.
Kan de cliënt zich wassen/douchen?	
1	De cliënt wast/doucht zich zelfstandig.
2	De cliënt heeft gedeeltelijke hulp van derden nodig (bijv. aansporing, toezicht of fysieke ondersteuning) om zich te wassen/douchen.
3	De cliënt moet volledig geholpen worden door derden om zich te wassen/douchen.
Kan de cliënt zelfstandig medicatie nemen?	
1	De cliënt heeft geen medicatie of neemt zijn/haar medicatie zelfstandig.
2	De cliënt heeft gedeeltelijke hulp van derden nodig (bijv. medicatie aanreiken of klaarzetten, Medido medicijndispenser vullen, medicatie deels toedienen, aansporing of toezicht) bij het nemen van (een deel van de) medicatie.
3	Het toedienen van medicatie moet volledig worden overgenomen door derden.

De door de cliënt gekozen antwoordopties in de vragenlijst stellen het uiteindelijke cliëntprofiel vast. De beslisboom in figuur 6 geeft (op basis van data van in de studie geïnccludeerde cliënten (N = 4.999)) de gemiddelde inzet van uren formele zorg per cliëntprofiel in de vier weken na het invullen van de case-mix vragenlijst weer. De verwachte ureninzet per cliëntprofiel loopt uiteen van 8 uur tot 102 uur per maand. De gemiddelde inzet van uren wijkverpleging (formele zorg) per maand per cliëntprofiel loopt uiteen van 8 uur tot 102 uur. De voorspelkracht van dit model is 21%.

Gedurende het experiment geeft de NZa samen met de sector verder vorm aan het model van cliëntprofielen. Intentie is om te komen tot bruikbare cliëntprofielen die herkenbaar zijn voor de sector en die maximale voorspelkracht hebben. (8) Aanvullend is de afspraak gemaakt met de sector dat de ZN-doelgroepenregistratie komt te vervallen na succesvolle implementatie van de cliëntprofielen. (29)



Figuur 6: Beslisboom ter voorspelling van de formele zorgvraag per cliëntprofiel in de vier weken na het aanmaken van de case-mix vragenlijst (8)

II) Kwaliteitskader

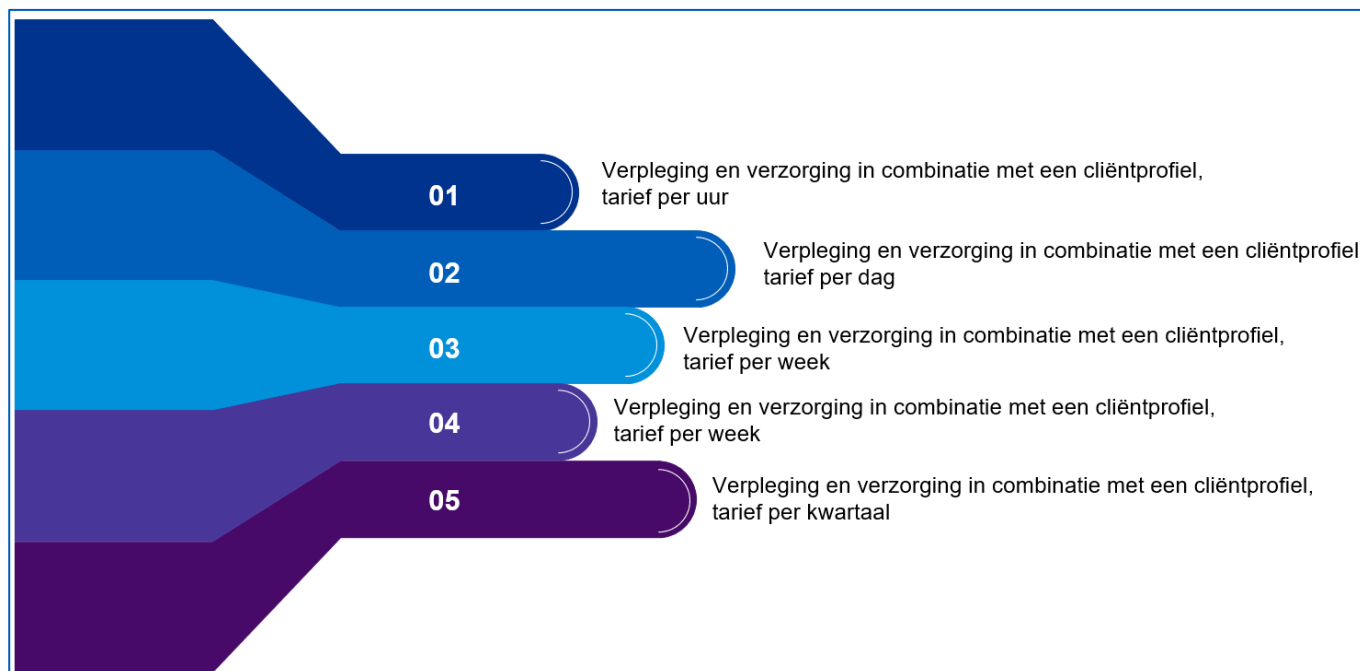
Het kwaliteitskader blijft met de komst van het nieuwe experiment ongewijzigd. Wel schrijft de NZa in haar advies dat kwaliteit en uitkomsten van zorg belangrijke pijlers zijn binnen het experiment. De cliëntprofielen lenen zich om voor groepen met een vergelijkbare zorgvraag uitkomsten te vergelijken. Door de ingezette interventies met elkaar te bespreken, kunnen interventies gekoppeld worden aan kwaliteit en uitkomsten en kunnen bruikbare en niet-bruikbare interventies worden verzameld. Cliëntprofielen helpen dus om kwaliteit en uitkomsten te vergelijken en hierop te sturen. (8)

Daar staat tegenover dat de NZa een risico op onderbehandeling signaleert. Omdat in het experiment wordt gewerkt met prestaties voor een langere periode, kan de verleiding ontstaan om binnen een periode minder zorg te leveren dan nodig is. Daarom wil de NZa binnen het experiment extra aandacht besteden aan uitkomsten van zorg. De NZa stelt hierbij dat alle zorgaanbieders binnen het experiment informatie vastleggen over uitkomsten en hierover concrete afspraken maken bij de inkoop. Waar dit waarde toevoegt, kunnen relevante uitkomsten worden gekoppeld aan specifieke cliëntprofielen. (8)

III) Bekostiging

Bij gebruik van het cliëntprofielmodel voor bekostiging zal het gekozen cliëntprofiel in eerste instantie niet van belang zijn voor het tarief dat wijkzorgaanbieders ontvangen voor de geleverde zorg. In de beginfase van het experiment zullen zorgaanbieders de zorg declareren met een integraal tarief: de cliëntprofielen worden als 'gemeenschappelijke taal' toegevoegd aan de declaratie. Op termijn kan de link tussen de cliëntprofielen en de bekostiging directer worden (zie 4.3), in meer of mindere mate door de NZa gereguleerd. Een gereguleerde bekostiging ziet er bijvoorbeeld als volgt uit: Gesteld dat er tien cliëntgroepen zijn, kunnen op basis daarvan tien prestaties met een vrij tarief per uur, tien prestaties met een vrij tarief per week en tien prestaties met een

vrij tarief per maand door NZa vastgesteld worden. (8) Op dit moment zijn in de experimentbeleidsregel de volgende vijf prestaties opgenomen:



Figuur 7: Vijf prestaties behorende bij het experiment o.b.v. cliëntprofielen

Op het moment dat cliëntprofielen gerelateerd zijn aan de hoogte van het tarief ontstaat het risico op het 'gestuurd' (strategisch) beantwoorden van vragen uit de case-mix vragenlijst (upcoding). Om dit risico te mitigeren zijn heldere contractuele afspraken nodig. Historische trends en/of informatie van andere aanbieders kunnen daarbij dienen als spiegelinformatie om ontwikkelingen te duiden en het upcodingsrisico te mitigeren.

Een bekostigingsmodel gebaseerd op cliëntprofielen is ook gevoelig voor uitschieters. De zorgkosten voor een cliënt met een (zeer) hoge zorgvraag worden dan niet volledig gedekt door het cliëntprofiel waaronder zij vallen. Het is daarom van belang dat een model flexibel wordt ingericht, of dat de mogelijkheid bestaat om te corrigeren voor uitschieters.

Daarnaast bestaat het risico dat er geen goede tarieven zijn vast te stellen voor kleine aanbieders, omdat zij (te) weinig cliënten in zorg hebben om patiëntkenmerken betrouwbaar mee te nemen in de vaststelling van de tarieven.

Het kader op pagina 27 geeft een voorbeeld uit de Verenigde Staten waar patiëntkenmerken een prominente positie hebben in bekostiging van de wijkverpleging.

IV) Contractering

De contractering verschilt in het experiment met de cliëntprofielen niet wezenlijk van de situatie bij het experiment met integrale tarieven, behalve dat de cliëntprofielen zorgaanbieders en -verzekeraars in staat stellen om op basis van de specifieke case-mix afspraken te maken over de hoogte van een integraal tarief. Door cliëntprofielen vast te leggen kunnen op groepsniveau de verwachte zorgkosten voorspeld worden. Ook kan historische data gebruikt worden om het upcodingrisico te mitigeren. Op basis van opgebouwde historie kan een zorgverzekeraar monitoren of de case-mix van een bepaalde aanbieder niet onverwachts verschuift naar andere, meer kostbare, cliëntprofielen.

Bij de introductie van het nieuwe experiment benadrukt de NZa dat er een plaats moet komen voor uitkomsten in de contractering. De NZa spoort de sector dan ook aan om vaart te maken met de voorgenomen acties rond het meten van uitkomsten. Daarbij geeft zij aan geen voorstander te zijn van een verplichte registratie vanuit de NZa. In plaats daarvan stelt de NZa voor de urgentie hiervan en het commitment hieraan een plek te geven in het bestuurlijk convenant wijkverpleging. (8)

4.5 Voor- en nadelen in aanloop naar de nieuwe bekostiging op basis van cliëntprofielen

De introductie van een nieuwe landelijke bekostiging op basis van cliëntprofielen kent net als alle andere bekostigingsvormen zowel voor- als nadelen. Hieronder worden de voornaamste besproken aan de hand van de 'waarde van zorg'-formule.

Op het gebied van passendheid van zorg heeft het voorspellend vermogen van de cliëntprofielen een positief effect. Meer inzicht in de verwachte zorgvraag van de patiënt faciliteert het leveren van passende zorg.

De voor- en nadelen op het gebied van (beïnvloedbare vervolg)kosten van het bekostigingsexperiment met cliëntprofielen zijn in lijn met die van het experiment met integrale tarieven. Er is immers sprake van een gelijkende bekostiging, een integrale vergoeding per tijdseenheid. Wel kan door toenemende inzichten in de cliëntprofielen op termijn het voordeel ontstaan dat interventies effectiever kunnen worden ingezet. Nadeel voor de kostencomponent is enerzijds de extra administratieve belasting die cliëntprofielen met zich meebrengen. Anderzijds kan het eerder beschreven risico op upcoding leiden tot een toename van de zorgkosten wanneer er een directe link is tussen de cliëntprofielen en de bekostiging, zoals bij een tarief per cliëntprofiel (bundelbekostiging). De zorgaanbieder heeft dan baat bij het langer doorbehandelen van de patiënt en/of om een duurder cliëntprofiel aan de cliënt te koppelen. In de geestelijke gezondheidszorg werden in de jaren 2009-2013 deze trends gezien.



Bekostiging in de geestelijke gezondheidszorg

In de voormalige bekostiging van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) werd onderscheid gemaakt tussen gebudgetteerde en vrijgevestigde zorgaanbieders. De gebudgetteerde zorgaanbieders spraken met de zorgverzekeraar jaarlijks een budget af, afhankelijk van de verwachte geleverde zorg. Bij deze aanbieders was er een prikkel om aan de productieafspraken met de zorgverzekeraar te voldoen. Tegelijkertijd bestond er minder risico op het doorbehandelen van de patiënt, omdat de zorgaanbieder maximaal het gestelde budget als vergoeding ontvangt. (64)

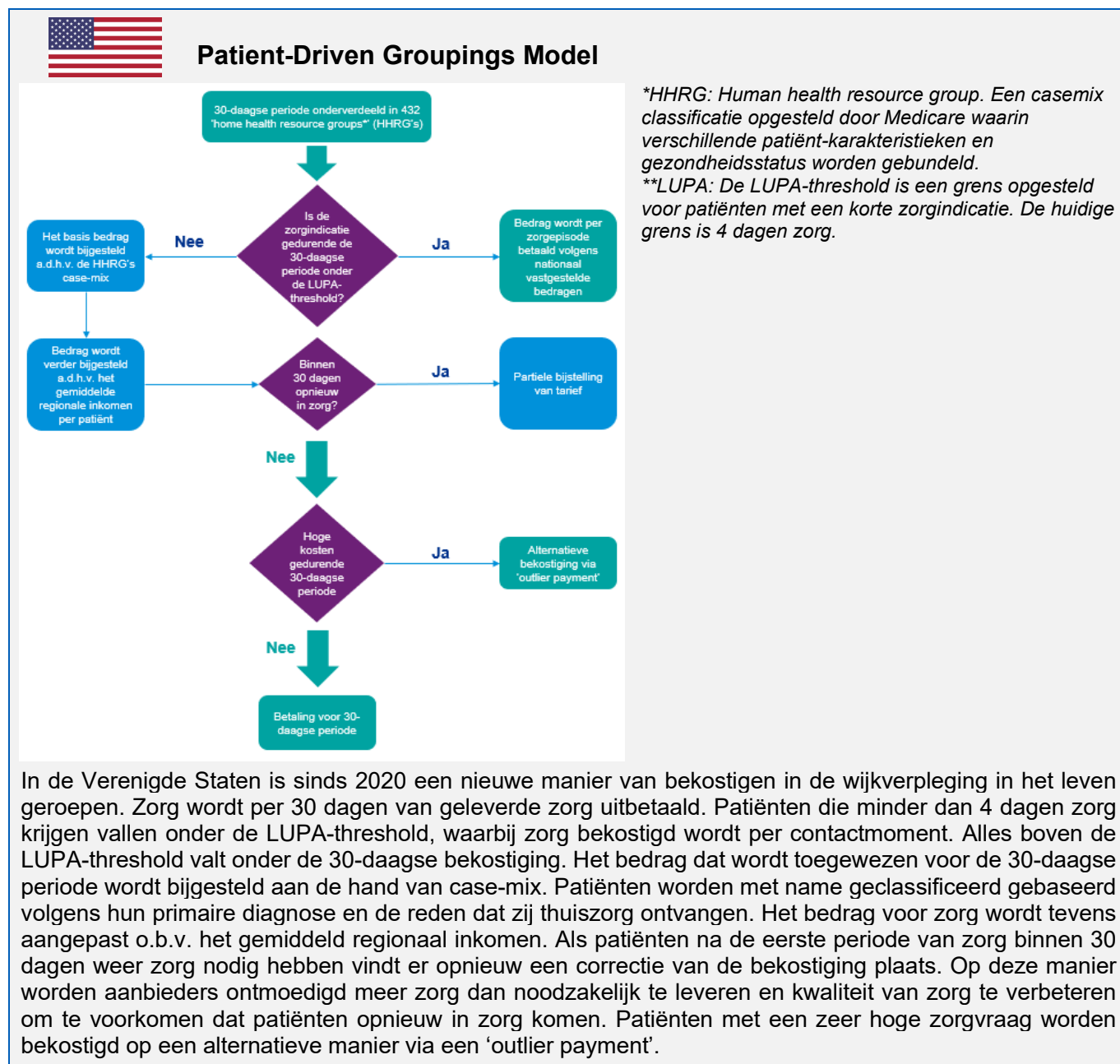
De vrijgevestigde zorgaanbieders, waaronder bijvoorbeeld vrijgevestigde psychologen en psychiaters vallen, werden betaald per behandeltraject. De vergoeding voor zorg hing af van de diagnose van de patiënt en het aantal minuten dat zij behandeld worden. Voor een langere behandeling krijgt de zorgaanbieder meer vergoed. De fee for service vergoeding nam trapsgewijs toe bij de tijdsgrenzen 800, 1.800, 3.000 en 6.000 minuten, tussen deze tijdsgrenzen is de vergoeding gelijk. (64)

Uit onderzoek van de NZa (2013) blijkt bij vrijgevestigde zorgaanbieders een stijging waarneembaar bij de overgang naar een tijdsgrens met een hoger tarief. Bij gebudgetteerde zorgaanbieders (die niet worden bekostigd via DBC's in 2011) is de deze stijging niet waarneembaar. (64)

Ander onderzoek toont aan de impact van bekostigingssystemen op een afnemende zorgvraag. In 2012 en 2013 verminderde de overheid de groei van de uitgaven in de GGZ, waardoor het aantal patiënten afnam. Het gevolg hiervan was dat gebudgetteerde zorgaanbieders langer gingen doorbehandelen: gemiddeld 8%. (63)

Conclusie van het onderzoek destijds was dat het ontwikkelen van een goed bekostigingssysteem complex is. Een budget heeft voordelen omdat het niet leidt tot doorbehandelen tot aan een tariefgrens, zoals bij vrijgevestigde zorgverleners. Het lastige van een budget is echter het bepalen van de omvang ervan. Een te ruim budget kan tot inefficiënties leiden omdat zorgaanbieders de neiging hebben om beschikbare capaciteit op te vullen. Zeker in de geestelijke gezondheidszorg, waar de kwaliteit en effectiviteit van behandelingen moeilijk te meten is, is dit risico groot. Idealiter zouden er kwaliteitsindicatoren en dan specifiek de uitkomsten van zorg moeten worden meegenomen in de bekostiging. (63) (64)

De risico's uitgelicht in het kader uit de GGZ kunnen ook optreden wanneer bekostigd wordt op basis van cliëntprofielen. Aanbieders kunnen geneigd zijn zwaardere cliëntprofielen toe te kennen, zodat zij meer geld per cliënt ontvangen. Als cliëntprofielen in de praktijk gaan samenhangen met tarieven, omdat verschillende profielen staan voor een bepaalde behandelduur, kunnen aanbieders ook geprikkeld worden om cliënten in een bepaald profiel te laten vallen zodat ze een hogere vergoeding krijgen, ofwel cliënten langer door te behandelen totdat deze in een duurder tijdvak terechtkomen. Overigens geldt deze prikkel dus ook in de huidige P*Q bekostiging, maar daar is deze meer gradueel en niet afhankelijk van bepaalde stapjes. Het lijkt raadzaam om te werken met budgetten én om in alle gevallen uitkomsten te meten en te belonen om zo het risico op over- en onderbehandeling te minimaliseren.



Tot slot, op het gebied van kwaliteit en uitkomstmaten kent het bekostigingsexperiment met cliëntprofielen zowel voor- als nadelen. Vanuit de NZa is er veel aandacht voor het realiseren van uitkomstindicatoren en de rol van uitkomsten in de contractering, maar in de bekostiging is dit vrijblijvend vormgegeven. Bijkomend nadeel is dat de focus van zorgaanbieders mogelijk zal komen te liggen op de implementatie en registratie van de cliëntprofielen. Hierdoor komt de gewenste (tijds)investering in het realiseren van uitkomstindicatoren mogelijk op een tweede plaats te staan.

5. Uitkomstgerichte bekostiging

In alle hierboven besproken bekostigingsvormen ontbreekt het aan (concrete invulling van) contractering van uitkomsten. Dat is ook logisch, omdat deze bekostigingsvormen zogenaamde basisbekostigingsmethoden zijn. Uitkomstgerichte bekostiging wordt technisch gezien altijd gecombineerd met een vorm van basisbekostiging (zie verder). In dit hoofdstuk definiëren we uitkomstbekostiging, een bekostigingsvorm met als doel om zorgaanbieders te stimuleren de kwaliteit van geleverde zorg te verbeteren. Bij uitkomstgerichte bekostiging krijgen afspraken over het halen van vastgestelde normen ten aanzien van de kwaliteit van geleverde zorg een rol binnen de contractering tussen zorgaanbieder en -verzekeraar. Zo stimuleert uitkomstgerichte bekostiging zorgaanbieders om de kwaliteit van hun zorg te verbeteren en tevens te innoveren.

5.1 Definitie van uitkomstbekostiging

Een uitkomstgericht bekostigingsmodel is een bekostiging waarvan de hoogte van de prijs via een op- of afslag ofwel via het meer of minder inkopen van volume de bekostiging (deels) wordt bepaald door een behaalde uitkomst. Dit betekent dat uitkomstbekostiging met verschillende typen 'grondvormen' van bekostiging kan samengaan (er zijn vier grondvormen van bekostiging: FFS, abonnementen, bundels of budgetten per aanbieder). (30)

De figuur hieronder geeft weer hoe uitkomstbekostiging voor de verschillende onderdelen van het conceptueel kader gepast gebruik ingevuld kan worden:



Figuur 8: Verschillende stappen van uitkomstgerichte bekostiging in de praktijk

Om te komen tot uitkomstbekostiging is een drietal stappen van belang; twee daarvan vallen onder het onderdeel kwaliteitskader en de ander onder contractering. De zorgbehoeftebepaling en bekostigingsvorm hoeven niet aangepast te worden om te komen tot uitkomstbekostiging. Hieronder wordt het theoretisch kader beschreven behorende bij de drie stappen:

— **Kwaliteitskader:** Het definiëren van uitkomsten:

Door definities van uitkomsten vast te stellen wordt kwaliteit gedefinieerd in termen van uitkomsten die voor de cliënt van belang zijn. Het is van belang dat de gekozen uitkomstmaat relevant is voor de cliëntengroep, een kwalitatief goede indicator van herstel of ziekte is en sensitief is voor verandering in de toestand van de cliënt en een eenduidige teller, noemer, in- en exclusiecriteria kent. Uitkomsten kunnen geaggregeerd bijvoorbeeld per type zorgvraag of per (ZN) doelgroep inzichtelijk gemaakt worden.

— **Kwaliteitskader:** Het meten van uitkomsten:

Vervolgens dient een instrument gekozen te worden om deze uitkomstmaat te meten. Bij voorkeur wordt gebruikgemaakt van gevalideerde meetinstrumenten. Daarbij is belangrijk dat de benodigde meetgegevens in de data beschikbaar zijn. Voorbeelden van mogelijke databronnen zijn: vragenlijsten (PROM's en PREM's), klinische data (ECD/Omaha) en/of declaratiedata. Randvoorwaarde voor het gebruik van een databron is dat deze dusdanig compleet is dat van een representatief deel van de patiënten de resultaten beschikbaar zijn. En dat zij eenvoudig, met weinig administratieve last te verkrijgen zijn.

Voor een zuivere vergelijking van uitkomsten tussen aanbieders is het van belang om zorgzwaartecorrectie toe te passen. Dit is minder relevant indien een betreffende aanbieder in de tijd wordt gevolgd, aangezien de cliëntpopulatie per zorgaanbieder door de tijd vaak relatief constant is. Ook is een zorgzwaartecorrectie minder relevant indien een stratificatie naar doelgroep heeft plaatsgevonden en doelgroepen daarmee vergelijkbaar zijn tussen aanbieders. Een uitkomstindicator met een daarbij passende norm kan ook worden gebruikt om de verkregen data te interpreteren en inzichtelijk te maken of de geleverde zorg al dan niet aan de gestelde norm voldoet. Zodra uitkomstmaten beschikbaar zijn, kunnen deze op drie wijzen gebruikt worden: 1) voor het stimuleren van verbeteringen via de PDCA-cyclus van een zorgaanbieder, 2) voor het publiceren van deze uitkomsten en daarmee het creëren van keuze-informatie voor patiënten en 3) voor de zorginkoop, of anders gezegd voor het contracteren van de zorg.

— Contractering:

De uitdaging na het definiëren en meten van uitkomsten is de koppeling aan contractuele afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, waarmee de bekostiging (deels) afhankelijk wordt van de uitkomst. Deze partijen dienen af te spreken welke eisen er aan uitkomstindicatoren gesteld moeten worden en welke normen hierbij gelden. In de praktijk wordt altijd maar een gedeelte van de bekostiging afhankelijk gemaakt van de uitkomst en gaat uitkomstbekostiging dus altijd samen met een grondvorm van bekostiging. Daarom dienen ook afspraken te worden gemaakt over de grondvorm van de bekostiging, welke in de Nederlandse context vaak een 'prijs x volume'-afpraak met eventueel een budget is.

In onderstaand kader is een voorbeeld weergegeven van hoe middels 'shared savings' invulling gegeven kan worden aan contractering op uitkomsten.



Shared savings

Een instrument bij een uitkomstgericht bekostigingsmodel dat kan bijdragen aan betere kwaliteit van zorg voor patiënten is shared savings. Aanbieders van wijkverpleging kunnen bij deze bekostigingsvorm meeprofiten van financiële besparingen die ze zelf helpen te bereiken vergeleken met het marktgemiddelde ('standaard') zorg. Deze besparingen zijn het gevolg van bijvoorbeeld (extra) inzet op preventie, betere coördinatie, technologische innovatie en ondersteuning van zelfmanagement. Deze besparingen kunnen liggen in de zorg die zij zelf leveren, maar ook in het voorkomen of uitstellen van vervolgzorg in bijvoorbeeld het ziekenhuis of een intramurale instelling. Als gevolg van het toepassen van shared savings in de contractering met zorgverzekeraars krijgen zorgaanbieders hierdoor meer belang bij het leveren van doelmatige (uitkomstgerichte) zorg. Het toepassen van shared savings kent drie stappen:

- I) Stel vast wat de gerealiseerde kostenbesparing is ten opzichte van de verwachte kosten. Hiervoor kan het huidige kostenniveau afgezet worden tegen een controlepopulatie of marktgemiddelde waarbij mogelijk ook effecten van beleidsaanpassingen of demografie meegenomen worden.
- II) Bepaal de randvoorwaarden voor het uitbetalen van de shared savings. Bij deze stap wordt vastgesteld dat – bijvoorbeeld – de shared savings niet worden uitbetaald als de kosten wél dalen maar de kwaliteit van zorg onvoldoende is. Daarnaast kan ook worden vastgesteld dat dalende kosten op één gebied (bijvoorbeeld vervolgcosten in de tweedelijnszorg) niet mogen samengaan met stijgende kosten op een ander gebied (bijvoorbeeld meer thuiszorg door meer hulpbehoevende patiënten).
- III) Ten slotte, bepaal de sleutel voor het verdelen van de kostenbesparing. Hier wordt bepaald in welke verhouding aanbieders en zorgverzekeraars meedelen in de shared savings en waarvoor dit aangewend zal worden. Zo kan er worden gekozen om de shared savings deze te herinvesteren in (technologische) innovatie of de gezondheidszorg in de regio.

Bovenstaande theorie beschrijft het kader waarbinnen uitkomstgerichte bekostiging in de wijkverpleging vormgegeven kan worden. In het volgende deel van dit hoofdstuk worden de verschillende stappen om te komen tot uitkomstgerichte bekostiging voor de wijkverpleging beschreven en nader ingevuld. Daarbij wordt in eerste instantie ingegaan op het definiëren van de uitkomsten, vervolgens hoe deze te meten en tot slot worden enkele mogelijkheden en aandachtspunten in de contractering uitgelicht.

5.2 Uitkomstgerichte bekostiging in de wijkverpleging

Aan de hand van het conceptueel kader wordt hieronder invulling gegeven aan uitkomstbekostiging. Daarbij bestaat niet één juiste vorm van uitkomstbekostiging, de precieze invulling hangt af van de lokale context.

I) Verpleegkundig proces van zorgbehoeftebepaling

Zoals benoemd, hoeft de zorgbehoeftebepaling voor de introductie van uitkomstgerichte bekostiging niet aangepast te worden. Dit kan via de reguliere methodiek, en kan registratie van case-mix groepen aan de hand van ZN-doelgroepen en/of cliëntprofielen helpen. Dit is echter niet essentieel voor het vormgeven van uitkomstbekostiging.

II) Kwaliteitskader

Om uitkomstbekostiging succesvol in te voeren is het essentieel dat er aanvullend inzicht komt in de uitkomsten van zorg en dat deze inzichten eenduidig en transparant worden gemeten.

Met de komst van het Kwaliteitskader wijkverpleging in 2018 is ingezet op het (door)ontwikkelen van verschillende proces- en uitkomstindicatoren, zoals PREM's, ongeplande ziekenhuisbezoeken en de belastbaarheid van mantelzorg. (24) Naast de indicatoren vanuit het kwaliteitskader worden door zorgaanbieders aanvullende uitkomsten per patiënt bijgehouden, zoals Omaha- en ICHOM-vragenlijsten. Op dit moment ontbreekt het echter nog aan consensus over welke uitkomstmaten zich het best lenen om uitkomstbekostiging in de wijkverpleging vorm te geven.

Definitie, welke uitkomsten zijn voor de wijkverpleging mogelijk relevant?

Een belangrijke eerste stap om te komen tot uitkomstbekostiging voor de wijkverpleging is het vaststellen van eenduidige definities van uitkomsten. (31) Daarbij kan onderscheid gemaakt worden tussen generieke uitkomstmaten, relevant voor alle patiënten, en specifieke uitkomstmaten die enkel relevant zijn voor bepaalde doelgroepen.

In tabel 3 is per ZN-doelgroep kort omschreven welke uitkomstmaten mogelijk relevant kunnen zijn voor patiënten in de wijkverpleging. De indeling in ZN doelgroepen en daarbij horende in- en exclusiecriteria bieden een stratificatie van de patiëntenpopulatie. Middels de ZN doelgroepen wordt een heterogene groep cliënten onderverdeeld in meer homogene groepen waarvoor uitkomstmaten bepaald en vergeleken kunnen worden. Daarnaast bieden de ZN-doelgroepen inzicht in historische trends, gezien deze sinds 2016 geregistreerd worden. De opsomming in de tabel dient als voorbeeld voor een selectie aan uitkomstmaten per doelgroep, die relevant kunnen zijn voor het vormgeven van uitkomstbekostiging.

Tabel 3: Voorbeelden van uitkomstmaten en meetinstrument per ZN-doelgroep, aansluitend op de (zorg)taken van de wijkverpleging per doelgroep.

ZN-doelgroep (16)	Doel wijkverpleging	Uitkomstmaat	Meetinstrument
Kortdurende ziekenhuis-(na)zorg en gespecialiseerde verpleegkundige (MTH-zorg) op verzoek huisarts/specialist	Voorkomen van heropnames	(Her)opnames Wondgenezing Ernst van symptomen	Registratie van ziekenhuisopname
	Zelfredzaamheid van patiënt bevorderen	Kennisniveau Gezondheidsgedrag	Omaha ICHOM-sets
Zorg aan kwetsbare ouderen en/of chronisch zieken, die naar	Voorkomen van opnames Voorkomen van verergering ziektebeloop	Ernst/ ontwikkeling van symptomen Wel/niet opnemen	Omaha ICHOM-sets

verwachting korter dan 3 maanden duurt	Zelfredzaamheid van patiënt bevorderen	Kennisniveau Gezondheidsgedrag	Omaha
Zorg aan kwetsbare ouderen en/of chronisch zieken, die (naar verwachting) langer duurt dan 3 maanden waarbij het zwaartepunt van de zorg ligt op somatische problematiek (incl. palliatieve zorg)	Voorkomen van ernstig beloop ziekte	Kwaliteit van leven Ernst van symptomen	EQ-5D Omaha ICHOM-sets
	Zelfredzaamheid van patiënt bevorderen	Kennisniveau Gezondheidsgedrag	Omaha
Zorg aan kwetsbare ouderen, die (naar verwachting) langer duurt dan 3 maanden, waarbij het zwaartepunt van de zorg ligt op psychogeriatrische problematiek	Voorkomen van verslechtering mentale status	Functioneren Gezondheidsstatus	Omaha ICHOM-sets
	Zelfredzaamheid van patiënt bevorderen	Kennisniveau Gezondheidsgedrag	Omaha
Preventie aan kwetsbare ouderen die nog geen (of een lichte) zorgvraag hebben	Voorkomen van ziekte/ernstiger beloop van ziekte	Ernst van symptomen	Omaha
Zorg aan terminale cliënten	Bevorderen kwaliteit van leven	Kwaliteit van leven PROM's	EQ-5D
Medische Kindzorg (voorheen Intensieve Kindzorg)	Voorkomen van heropnames	Heropnames	Registratie van heropnames
	Bevorderen kwaliteit van leven	Kwaliteit van leven	PedsQL

Niet alle uitkomstmaten lenen zich voor het gebruik bij uitkomstbekostiging. Het is van belang dat de keuze voor een uitkomstmaat gebaseerd wordt op mogelijke toekomstige trends en dat uitkomstmaten aan te passen zijn aan de (toekomstige) behoeften van een lerende organisatie. Het is ook van belang dat er eenduidige criteria worden vastgesteld voor het gebruik van uitkomstmaten in de bekostiging. Daarbij kan gedacht worden aan de volgende aspecten:



Figuur 9: Criteria waaraan een goede uitkomstmaat moet voldoen

Meten, hoe kunnen uitkomstmaten inzichtelijk gemaakt worden?

De volgende stap is het meten van de gedefinieerde uitkomstmaten. In de laatste kolom van tabel 3 is een voorbeeld opgenomen van de verschillende meetinstrumenten. Hieronder worden enkele (meet)instrumenten nader toegelicht.

Omaha

Het Omaha System is een classificatiesysteem voor zorg en welzijn, waarmee patiëntkenmerken en uitkomsten op 42 aandachtsgebieden gescoord kunnen worden. De systematiek en de terminologie zijn vastgelegd en dat zorgt ervoor dat iedereen het op dezelfde manier gebruikt en steeds dezelfde termen hanteert, eenheid van taal dus. Het Omaha System is het meest gebruikte classificatiesysteem voor de wijkverpleging, maar wordt ook gebruikt in verpleeghuizen, de gehandicaptensector en in het sociale domein. Op dit moment zijn 62 veelal wijkverpleegkundige zorgaanbieders aangesloten bij het Omaha-systeem. (32) De inzet van Omaha als uniform meetinstrument vraagt om verdere verdieping en adoptie door de sector, gezien het feit dat er 588 grote (omzet > €3.000) verpleeg- en verzorgingsorganisaties zijn en er in totaal – inclusief zzp'ers – circa 2.733 aanbieders actief zijn. (18) (33)

ICHOM-sets

Naast Omaha zijn sets van ICHOM (International Consortium for Health Outcome Measurement) mogelijk ook bruikbaar als standaardisering voor ziektespecifieke uitkomsten en meetinstrumenten. De ICHOM-sets combineren hiervoor klinische uitkomstinformatie en PROM's. De sets leggen sterk de nadruk op uitkomstindicatoren die voor de patiënt belangrijk zijn. Op dit moment zijn 21 sets door ICHOM ontwikkeld op verschillende aandachtsgebieden. Deze omvatten 42% van de totale ziektelast in Nederland. (34) Thema's die binnen de diverse sets terugkomen zijn o.a.: patiëntgerapporteerde gezondheid en kwaliteit van leven, overleving en controle over ziekte, bijwerkingen en complicatie, aandoeningspecifieke uitkomsten van zorg en symptomen, kwaliteit van leven en functioneren. Voordeel van het gebruik van ICHOM-sets is de uniformiteit van uitkomsten en de wijze waarop deze te meten zijn, waardoor vergelijking tussen cliënten en/of organisaties betrouwbaarder is. (34)

Door het koppelen van klinische registraties, PROM's en declaratiegegevens is het meten van uitkomstindicatoren (nog beter) mogelijk. Echter, om uitkomstindicatoren bij verschillende aanbieders met elkaar te vergelijken moeten de uitkomsten wel onderling vergelijkbaar zijn. Er zijn grote nadelen bij het uitvragen van de data op het niveau van aanbieders. Enerzijds omdat hiermee de administratieve lasten voor de aanbieders toenemen, anderzijds omdat dit ten koste kan gaan van de objectiviteit en vergelijkbaarheid van de data.

Aanbieders kunnen er bijvoorbeeld voor kiezen alleen gemiddelde pijnscores van een patiënt over een bepaalde periode te registreren, waardoor een patiënt stabiel lijkt in hun scores. Diezelfde patiënt zou echter in de praktijk de ene keer een pijnscore van 1 kunnen aangeven en de andere keer een 9, een schommeling die mogelijk te verklaren zou zijn door ineffectieve behandeling. Data uitvragen op patiëntniveau kan meer nuance bieden tussen verschillende scores en omzeilt de subjectiviteit van de zorgprofessional in het registreren van de scores.

Bij het ontbreken van informatie op patiëntniveau, evenals bij een inadequate borging van de betrouwbaarheid van gegevens, is correctie voor zorgzwaarte onmogelijk. Hierdoor ontbreekt de waarde die de scores van de uitkomstindicatoren moeten geven. In geval van declaratiegegevens zijn er echter géén extra inspanningen nodig, omdat alle data op patiëntniveau geregistreerd en beschikbaar is. Het kader op de volgende pagina geeft een voorbeeld uit de Engelse praktijk waar informatie uit het patiëntendossier automatisch verzameld wordt en gebruikt kan worden als uitkomstinformatie.



Quality and Outcomes framework in de huisartspraktijk

Sinds 2004 wordt een deel van de huisartsenzorg in het Verenigd Koninkrijk bekostigd op basis van prestaties en uitkomsten – het zogeheten Quality and Outcomes framework (QOF). Deelname aan dit programma is vrijwillig. Hoewel er jaarlijks aanpassingen aan dit model plaatsvinden, is het model in de basis hetzelfde gebleven. Zorg wordt beoordeeld aan de hand van 68 indicatoren op 4 domeinen: klinisch, publieke gezondheid, publieke gezondheid - aanvullende diensten en op kwaliteitsverbetering. Per indicator kunnen de huisartspraktijken punten verdienen – in totaal 567 punten. Elk punt vertegenwoordigt £ 125. Het totaal inkomen van de huisarts kan tot maximaal 25% bepaald worden door het QOF programma. Uit de elektronische patiëntendossiers van de praktijk worden gegevens over de kwaliteit van zorg automatisch verzameld. Huisartsen hebben zelf nog de vrijheid om een aantal patiënten te excluderen van beoordeling (42).

Toepassing van de data

Inzicht in uitkomsten stimuleert het leren en verbeteren van zorg door de zorgaanbieder. Binnen deze verbetercyclus zijn geregistreerde uitkomsten naar aanleiding van de uitgevoerde interventies belangrijk voor zorgaanbieders. Deze bieden inzicht in de effectiviteit en doelmatigheid van hun zorg, waarna verbeteracties kunnen leiden tot een toename van kwaliteit van zorg.

Voor het vormgeven van een verbetercyclus op basis van de gemeten uitkomsten zijn de volgende drie stappen relevant:

- 1 De kenmerken van de patiënt worden in kaart gebracht en op basis van de verzamelde inzichten worden interventies ingezet.
- 2 De uitkomsten worden periodiek (om de X aantal weken) gemeten met het meetinstrument.
- 3 De voortgang op de uitkomstindicatoren wordt gebruikt om de effectiviteit van de interventies te beoordelen en verbeteringen door te voeren waar mogelijk.

De hierboven geschetste stappen om te komen tot meer (objectief) inzicht in de kwaliteit van zorg zijn randvoorwaardelijk om te komen tot uitkomstbekostiging. Dit vormt gelijk ook de grootste uitdaging voor de sector. Tot op heden zijn er zeer beperkt uniforme uitkomstmaten beschikbaar die iets zeggen over de ingezette interventie. In de praktijk zijn velerlei factoren van invloed op de uitkomst van de cliënt. Ook zijn de huidige metingen veelal subjectief in de vorm van een vragenlijst afgenomen door een wijkverpleegkundige. De meer objectieve data die beschikbaar is, bijvoorbeeld ongeplande ziekenhuisopnames en/of inzichten vanuit declaratiegegevens over vervolgcosten zijn waarschijnlijk sneller bruikbaar, maar geven niet het volledige beeld van de uitkomsten/kwaliteit van zorg.

III) Bekostiging

Voor het introduceren van uitkomstbekostiging is een aanpassing van de bekostiging geen vereiste. Dit kan plaatsvinden aan de hand van de huidige reguliere FFS-bekostiging of aan de hand van de experimentele bekostiging met integrale tarieven per tijdseenheid. Wel heeft uitkomstbekostiging impact op de tariefstelling. Waar dit eerder een vast vooraf afgesproken bedrag was, kan er nu sprake zijn van een bijstelling van het tarief achteraf aan de hand van het al dan niet behalen van de contractuele afspraak over de te behalen uitkomsten.

IV) Contractering

Als laatste stap moeten zorgaanbieders en zorgverzekeraars lokaal bepalen welke uitkomstindicatoren een rol gaan spelen in de bekostiging van zorg, middels de contractering. Het grote verschil met de voorgaande bekostigingsvormen is dat het maken van uitkomstafspraken in de contractering in deze vorm niet vrijblijvend is. Wel kan de manier waarop de uitkomstafspraken een rol spelen in de contractering verschillen. Zowel zorgaanbieders als -verzekeraars moeten zich inzetten voor het meten van uitkomsten, waarbij de gekozen uitkomstindicatoren in beginsel kunnen dienen als data ter verbetering van zorg via PDCA-cycli in de wijkverpleging. Bij voorkeur is er niet alleen transparantie over uitkomstindicatoren van zorgaanbieder naar zorgverzekeraar, maar ook richting de zorggebruiker als keuzehulp.

Belangrijk punt bij de contractuele afspraken is dat deze niet statisch zijn. Periodieke herevaluatie van gemaakte afspraken, vertrouwen tussen partijen en transparantie van data zijn van belang. Tabel 4 geeft een

voorbeeld van hoe uitkomstbekostiging vormgegeven kan worden, met bijbehorende voor- en nadelen die vervolgens in paragraaf 5.4 nader worden toegelicht:

Tabel 4: Voorbeeld contracteren van uitkomsten in de wijkverpleging

Contracteren van uitkomsten		
Onderwerp	Voorstel en/of opties voor inrichting	
Uitgangspunt	Als uitgangspunt voor de bekostiging zijn verschillende opties denkbaar: 1. Reguliere FFS-model (P*Q); 2. Integrale P*Q bijv. betaling per uur/week/maand.	
Doelgroep en uitkomstindicatoren	De ZN-doelgroepen met als uitkomstindicatoren een selectie van de Omaha en/of ICHOM-uitkomstmaten	
Meetperiode en betaalmoment	De doorlooptijd van de uitkomstmetingen is gelijk aan de contractperiode (veelal 1 jaar). Waarbij achteraf gekeken wordt naar eventuele verrekening.	
Aggregatieniveau	Metingen worden verricht op individueel patiëntniveau, per ZN-doelgroep en wordt geaggregeerd (op doelgroep- en aanbieder niveau) gedeeld met stakeholders.	
Financiële impact	Uitkomstgerichte bekostiging is (op termijn) een financiële consequentie:	3. Optie is een 'shared savings'-afspraken (zie kader pagina 30). 4. Als alternatief kan ook gekozen worden voor een op- of afslag op de prijs. 5. Of een andere vorm van financiële bonus/malus-afspraken ten aanzien van volume.
Voordelen	+ Transparantie op uitkomsten zal ten goede komen aan de kwaliteit van zorg. + Kwaliteitsmetingen bieden relevante keuze-informatie voor de patiënt en zorgverzekeraar. + Een betere kwaliteit van zorg. De zorgverlener heeft meer ruimte om zorg rond de patiënt in te richten, waardoor betere samenwerking en coördinatie van zorg met o.a. de eerste en tweede lijn en het sociaal domein mogelijk is. + Focus op preventie. + Mogelijk kostenreductie en minder vraag op de arbeidsmarkt.	
Nadelen	– De volumeprikkel blijft in enige mate aanwezig. – Meten van uitkomsten is complex en kan de administratieve last voor zorgaanbieders en wijkverpleegkundigen verhogen. – Nog geen volledige dekking van uitkomsten in de markt.	



Bekostigen op kwaliteit van zorg in de internationale context

Naast de beschreven uitkomstbekostiging voor de Nederlandse context zijn er in het buitenland ook tal van voorbeelden waarbij kwaliteit en uitkomsten van zorg een prominente plek hebben in het bekostigingssysteem. Hieronder worden enkele studies met betrekking tot het bekostigen op kwaliteit van zorg in de internationale context uitgelicht.

Uit onderzoek van Cattel, et al. bleek dat een deel van de perverse prikkels die ons huidige zorgsysteem kent te wijten is aan de manier van bekostigen van zorg (58). In de Verenigde Staten wordt gretig gebruik gemaakt van FFS modellen, met als gevolg dat productie (en kosten) erg hoog zijn. Zorgaanbieders in de VS die investeren in gezondheid en preventie van ziekte, met als gevolg minder inzet van zorg, worden door dit model gestraft. In Europa worden daarentegen vaker integrale tarieven per persoon per periode afgesproken. Hierbij blijken echter onderbehandeling en risicoselectie belangrijke valkuilen te zijn van deze bekostigingsmethode.

Om de problemen van populaire bekostigingsmethode aan te pakken en zorg te sturen op kwaliteit worden wereldwijd alternatieve bekostigingsvormen onderzocht door overheden en zorginkopers. Bekostigingsmodellen waarbij zorgaanbieders gestimuleerd worden om hun zorg te sturen op kwaliteit kunnen hier een belangrijke rol in spelen. Bekostiging gekoppeld aan bepaalde kwaliteitsindicatoren van zorg worden ook wel Pay-for-performance (P4P) modellen genoemd.

P4P-modellen zijn bekostigingsmodellen die financiële prikkels koppelen aan het wel of niet voldoen aan vastgestelde prestatie-indicatoren. Deze prestatie-indicatoren kunnen gekoppeld zijn aan structuur, proces of uitkomstmaat. Als ze gekoppeld zijn aan uitkomstmaten wordt dit in de internationale literatuur ook wel een outcome-based payment model (OBPM), ofwel een uitkomstgericht bekostigingsmodel, genoemd. Omdat de gehele bekostiging van zorg in de praktijk niet alleen gestuurd kan worden op kwaliteitsparameters wordt deze methode van bekostiging veelal gebruikt naast een basisvorm van bekostiging.

Een systematic review van Cattel, et al. tracht de verschillende ontwerpcriteria en effectiviteit van bekostigingsmodellen sturend op kwaliteit van zorg uiteen te zetten (57). De verschillende methoden gebruikte uiteenlopende meetinstrumenten voor het meten van kwaliteit. Over het algemeen werd gekozen voor klinische kwaliteitsindicatoren, zoals het voorkomen van ziekenhuisopnamen en patiëntervaring. Het overgrote deel van bekostigingsmethoden stuurde kwaliteit op procesindicatoren, waarbij slechts een klein aantal kozen voor uitkomstindicatoren. Daarnaast werden zorgaanbieders beloond op het halen van absolute targets, het verbeteren van kwaliteit van zorg en werden zorgaanbieders aan elkaar gebenchmarkt. Over het algemeen werden de kwaliteitsindicatoren gebruikt voor slechts een deel van de totale bekostiging van zorg. Het overige deel werd bekostigd d.m.v. een basisvorm van bekostigen, bijvoorbeeld een tarief per uur. De maximale invloed van de kwaliteitsindicatoren op de bekostiging van zorg was 10% onder de onderzochte bekostigingsvormen.

Uitkomstgerichte bekostiging bleek de beste resultaten te bereiken als deze gecombineerd werd met een basis bekostigingsvorm. Hoewel bij verschillende modellen er geen daling werd gezien in de zorgkosten, stegen deze ook niet t.o.v. het oude model. Daarnaast bleek kwaliteit van zorg over het algemeen wel vooruit te gaan – er bleek met name verbetering te zijn in de uitkomsten gekoppeld aan de bekostiging. Zo bleek een model gebaseerd op het Alternative Quality Contract (VS) 1,8% verbetering te zien in de kwaliteit van hun preventieve zorg voor kinderen.

Uitkomsten gebruikt bij patiënten met diabetes en coronair vaatlijden stegen ook significant t.o.v. het landelijk gemiddelde. De kosten waren daarentegen gelijk voor de kindzorg en over twee jaar \$22,58 lager per diabetes- en hartpatiënt. Geen van de studies vond een verslechterde kwaliteit van zorg bij implementatie van het voorgenoemde bekostigingsmodel. Uitkomstgerichte bekostigingsmodellen bleken echter niet (kosten-)effectief als het onderliggende bekostigingsmodel niet goed was (30).

Concluderend, worden bekostigingsmodellen sturend op kwaliteit van zorg gezien als een mogelijke oplossing voor de risico's die FFS modellen met zich meebrengen. Uit onderzoek blijken deze bekostigingsmodellen niet duurder te zijn en kunnen tot verbetering in de kwaliteit van zorg leiden, met name uitkomsten van zorg die gekoppeld zijn aan de bekostiging.

5.4 Voor- en nadelen van uitkomstbekostiging

Ook voor de geschetste bekostigingsvorm op basis van contractering van uitkomsten geldt dat er voor- en nadelen aan verbonden zijn. Aan de hand van de 'waarde van zorg'-formule uit het conceptueel kader komen hieronder de belangrijkste aan bod.

Uitkomstbekostiging kan een voordeel bieden voor de passendheid van zorg; het meten en leren van ingezette interventies stelt zorgaanbieders in staat om passende zorg in te zetten. Doordat minder interventies met geen of beperkte meerwaarde worden ingezet, zal het totale volume van zorg afnemen. Als nadeel blijft dat ook bij uitkomstbekostiging er een zekere mate van productieprikkel aanwezig is, wegens een mogelijk onderliggend FFS-model, hetgeen een negatief effect kan hebben op de passendheid van zorg.

Het belonen van uitkomsten heeft mogelijk een positief effect op de zorgkosten; zorg van mindere kwaliteit wordt immers niet langer beloond. Afhankelijk van de gekozen contractvorm kan uitkomstbekostiging ook een voordelig effect hebben op de beïnvloedbare vervolgcosten. Bijvoorbeeld door het belonen van preventie middels een 'shared savings'-model. Als nadeel staat hiertegenover dat het opzetten van (landelijk vergelijkbare) indicatoren en de implementatie ervan kosten met zich mee zal brengen, zowel op het gebied van ICT als op het gebied van personeel voor het uitvoeren van de administratieve lasten. Kanttekening bij dit nadeel is dat aan de andere bekostigingsvormen ook de intentie gekoppeld is om deze stappen te zetten. De additionele focus op uitkomstindicatoren kan daarmee als vliegwielen dienen om te komen tot standaarden in de sector.

De kwaliteitskant van de 'waarde van zorg'-formule komt bij uitkomstbekostiging centraal te staan, met als belangrijk voordeel het toenemen van het inzicht in kwaliteit en uitkomsten van zorg voor zowel zorgaanbieders en -verzekeraars als cliënten. Zorgaanbieders kunnen deze inzichten (nog) meer gebruiken voor hun interne verbetercycli, zorgverzekeraars kunnen het kwaliteitsaspect meenemen in de contractering en patiënten kunnen een geïnformeerde keuze maken. De som van deze ontwikkelingen zal de kwaliteit van zorg verhogen. Dit voordeel brengt echter ook een grote uitdaging met zich mee. Zoals hierboven reeds benoemd, is de sector nog in de beginfase van het eenduidig definiëren en meten van uitkomsten. Er is een lange weg te gaan om te komen tot uniforme uitkomstmaten die daadwerkelijk – op grote schaal – bruikbaar zijn in de contractering. Daarbij vraagt dit aanzienlijke inzet vanuit de sector.

BUURTZORG

Casestudie: uitkomstgericht werken in de praktijk

Om uitkomstgericht te werken in de praktijk is het essentieel dat data geregistreerd wordt en door professionals en de organisatie actief gebruikt wordt om het zorgproces en de uitkomsten daarvan te verbeteren. Buurtzorg heeft een casestudie opgezet ter illustratie van de (on)mogelijkheden om met huidige data inzicht te krijgen in de kwaliteit en effectiviteit van de geleverde zorg.

Methoden

Voor deze analyse is gekeken naar de totale populatie van cliënten (n=5.219) met de aandoening dementie die bij Buurtzorg in het jaar 2020 in zorg waren. De uitkomsten opgenomen in de analyse zijn de Omaha-statusscores van de aandachtsgebieden cognitie, persoonlijke zorg, medicatie en mantelzorgbelasting. Daarnaast is gekeken naar de gemiddelde zorginzet per cliënt. Cliënten (n=1.123) waarbij in 2020 ten minste drie keer de status van cognitie gescoord is, zijn geïnccludeerd in de analyse. Vanwege het gebrek aan valide data met voldoende meetmomenten is dus bijna 80% van de cliënten uitgesloten van de casestudie.

Hieronder is het voorbeeld van cognitie verder uitgewerkt. Bij de uitwerking is de hypothese gesteld dat er een positief verband bestaat tussen de zorginzet en de statusscores; meer zorg (indien passend) leidt tot betere uitkomsten en/of een vertraging van achteruitgang. Deze veronderstelde relatie tussen zorginzet en statusscores voor het aandachtsgebied cognitie is over 20 maanden geanalyseerd. Om meer inzicht te krijgen in de mogelijke trends van subgroepen zijn cliënten uit het aandachtsgebied cognitie onderverdeeld in een uitkomstmatrix bestaande uit vier groepen:

- 1 Gelijk gebleven / daling zorginzet & verbeterd / gelijk in score status aandachtsgebied.
- 2 Toename zorginzet & verbeterd / gelijk in score status aandachtsgebied.
- 3 Gelijk gebleven / daling zorginzet & verslechterd in score status aandachtsgebied.
- 4 Toename zorginzet & verslechterd in score status aandachtsgebied.

Daarbij is voor deze casestudie geen case-mix correctie toegepast. Methodisch gezien kan het toepassen van een case-mix correctie bijdragen aan de juiste interpretatie van de resultaten.

Tot slot is een vergelijking gemaakt van de uitkomstenmatrixen tussen de verschillende Buurtzorg-teams.

Resultaten

Voor de totale cliëntengroep is – conform verwachting – een geleidelijke achteruitgang te zien van de gemiddelde statusscores op alle aandachtsgebieden. Daarnaast werd – eveneens conform verwachting – een toename in de gemiddelde zorginzet gedurende het zorgtraject gezien. Op basis van de groepen is de relatie tussen de ontwikkeling in zorginzet en de ontwikkeling in status per aandachtsgebied beter in beeld gebracht (zie *tabel 5*). Hierin is te zien dat voor de statusscore cognitie de grootste groep cliënten (n=847; 75,4%) in de tijd gelijk blijft of vooruitgaat. In deze groep is bij 64,2% van de cliënten (n=544) een toename te zien in zorginzet. Bij de groep cliënten die verslechtert in statusscore, gaat de achteruitgang in 78,5% van de gevallen gepaard met een grotere zorginzet. Het grootste deel van groep waarbij de zorginzet niet toeneemt (n=365; 32,5%) blijft stabiel of verbetert in status (n=303; 83%).

Tabel 5: Ontwikkeling status cognitie ten opzichte van ontwikkeling zorginzet

	Verbeterd / gelijk in score status aandachtsgebied cognitie	Verslechterd in score status aandachtsgebied cognitie	Totaal
Gelijk gebleven / daling zorginzet	303	62	365
Toename zorginzet	544	214	758
Totaal	847	276	1.123

In tabel 6 zijn de verschillende groepen ingedeeld per regio, zodat inzichtelijk gemaakt wordt hoe de regio's zich tot elkaar verhouden. Hierin is te zien dat het kwadrant 'verbeterde/ gelijke score van status' in combinatie met 'gelijk gebleven/ afgenomen zorginzet' in Zuid-Holland vaker voorkomt dan in Limburg. Op basis hiervan kunnen teams met elkaar in gesprek om een verdieping te bereiken op vragen als: welke factoren de uitkomsten beïnvloeden, welke interventies succesvol zijn en hoe de zorg verder verbeterd kan worden. Daarnaast kan per interventie in kaart gebracht worden hoe deze bijdraagt aan de uitkomsten en welke andere factoren de zelfredzaamheid en zorginzet beïnvloeden.

Tabel 6: Verdeling kwadranten van uitkomstgerichte matrix naar provincie

Verdeling in kwadranten					
Provincie	Score ↓ Zorginzet ↑	Score ↑↔ Zorginzet ↑	Score ↓ Zorginzet ↓↔	Score ↑↔ Zorginzet ↓↔	Totaal # cliënten
Totaal	19%	48%	6%	27%	1121
Gelderland	19%	48%	6%	27%	299
Zuid-Holland	15%	47%	3%	35%	159
Limburg	20%	54%	6%	20%	104
Overijssel	21%	45%	12%	21%	99
Noord-Brabant	15%	47%	7%	32%	92
Noord-Holland	26%	42%	7%	25%	88
Groningen	18%	50%	10%	22%	72
Friesland	21%	55%	2%	23%	62
Utrecht	16%	47%	2%	35%	57
Zeeland	16%	57%	2%	24%	49
Drenthe	23%	48%	0%	29%	31
Flevoland	44%	22%	0%	33%	9

Conclusie

Op basis van de casestudie wordt duidelijk dat het gebruik van uitkomstinformatie nog de nodige doorontwikkeling behoeft, voornamelijk omdat er op dit moment nog te weinig betrouwbare data voorhanden is. Daarnaast ontbreken standaarden waartegen de ontwikkeling afgezet kan worden. Uitkomsten van dementiezorg zijn lastig te interpreteren aangezien het natuurlijk ziektebeloop nu eenmaal een achteruitgang in cognitie in zich heeft. Daarentegen is het positief dat de data die er wel is aanknopingspunten biedt voor het gesprek tussen teams en/of zorgorganisaties. Het voeren van deze gesprekken draagt bij aan het verfijnen van de uitkomstmaten en het continu verbeteren van de geleverde zorg.

Op basis van deze analyse zijn twee belangrijke ontwikkelpunten richting de toekomst te identificeren:

1. Betere registratiediscipline door verpleegkundigen: De analyse laat zien dat verpleegkundigen scoreschalen niet altijd vastleggen. De uitkomsten worden niet altijd (eenduidig) gemeten. De ervaring bij Buurtzorg is dat de motivatie voor de registratie wel toeneemt na scholing en dat door scholing en door het delen van data de registratie meer betekenis krijgt in het werk van de verpleegkundigen.
2. Consensus over wat bij welke cliënt wordt gemeten: het is essentieel dat het veld aanvullende nieuwe kennis genereert over geschikte uitkomstmaten. Vervolgens is consensus nodig over welke uitkomsten voor wie op welke manier gemeten moeten worden – dit kan gevat worden in een standaardmethode voor het verkrijgen van data.

6. Impact van de voor- en nadelen van de verschillende bekostigingsvormen

In onderstaande tabel wordt een vergelijking gemaakt van de impact van de voor- en nadelen van de bekostigingsvormen op de aspecten van de 'waarde van zorg'-formule. Aanvullend wordt gekeken naar de impact op de arbeidsmarkt en de databeschikbaarheid.

Impact op:	Voortzetten reguliere bekostiging	Voortzetten experiment met integrale tarieven	NZa experimentbekostiging o.b.v. cliëntprofielen	Uitkomstgerichte bekostiging (met basis-bekostiging als grondvorm)
Passendheid	De productieprikkel die uitgaat van FFS resulteert zonder mitigerende maatregelen in een lage score op het gebied van passendheid.	Het hogere aggregatieniveau van integrale tarieven stimuleert de passendheid van zorg.	Conform integrale tarieven stimuleert het hogere aggregatieniveau de passendheid van zorg.	De focus op kwaliteit en uitkomsten heeft een positief effect op passendheid, doordat minder interventies met geen of beperkte meerwaarde worden ingezet
Kosten van zorg <i>Prijs</i>	Zonder mitigerende maatregelen loopt bij het FFS-model zowel het volume als de prijs op.	Nadeel is dat kostenhomogeniteit afneemt. Dit gaat gepaard met een risico voor de zorgaanbieder. De inkomsten kunnen namelijk niet meer een-op-een in verband gebracht worden met de kosten per patiënt.	Met het gebruik van cliëntprofielen bestaat het risico op upcoding. Dit kan leiden tot een toename van zorgkosten.	Doordat de prijs gekoppeld wordt aan kwaliteit kunnen op termijn de zorgkosten afnemen; zorg van mindere kwaliteit wordt immers niet langer beloond. Intensief proces met zorgverzekeraar: kost veel tijd in samenwerking en maken van afspraken.

Kosten van zorg <i>Volume</i>	Zonder mitigerende maatregelen loopt bij het FFS-model zowel het volume als de prijs op.	Het is voor de zorgaanbieder financieel aantrekkelijk om patiënten te behandelen die – binnen het aggregatieniveau – ondergemiddeld kosten met zich meebrengen, hetgeen kan leiden tot risicoselectie en/of onderbehandeling.	De voorspellende waarde van cliëntprofielen op het gebied van zorgvraag kan gebruikt worden om de volumeontwikkeling te sturen, zowel door zorgaanbieders als -verzekeraars.	Uitkomstgerichte bekostiging kan leiden tot een lager zorgvolume, aangezien interventies zonder of met beperkte meerwaarde niet langer beloond worden.
Kosten van zorg <i>Beïnvloedbare vervolgcosten</i>	Vanuit het FFS-model gaat voor zorgaanbieders een prikkel uit om te behandelen in plaats van in de keten tot een passende oplossing te komen.	Risico op onderbehandeling waardoor de zorgvraag van patiënten elders in de keten terechtkomt.	Risico op onderbehandeling waardoor de zorgvraag van patiënten elders in de keten terechtkomt.	Door de bekostiging uitkomstgericht te sturen vindt er minder onder- en overbehandeling plaats, waardoor meer zorg op de juiste plek geleverd kan worden. Internationaal nog weinig besparing op zorgkosten aangetoond.
Kwaliteit van zorg	De kwaliteit van zorg zal niet significant wijzigen ten opzichte van de huidige situatie.	De kwaliteit van zorg zal niet significant wijzigen ten opzichte van de huidige situatie.	Kwaliteit van zorg heeft een prominentere plek in het experiment; wel is het vooralsnog vrijblijvend.	Toegenomen focus op kwaliteit van zorg en uitkomstmaten zal de kwaliteit van zorg ten goede komen.
Arbeidsmarkt <i>Benodigde arbeidskrachten</i>	De volumeprikkel die uitgaat van het reguliere model zal het zorgvolume doen toenemen en daarmee de vraag naar wijkverpleegkundigen.	Het beroep op de arbeidsmarkt zal in lijn zijn met de huidige situatie.	Additionele registraties vereisen mogelijk een toename in de benodigde arbeidskrachten om aan de zorgvraag te blijven voldoen.	Het dempen van volume in combinatie met een toename in werkplezier kan de vraag naar arbeidskrachten afremmen. Aandachtspunt zijn eventuele additionele registraties.

Arbeidsmarkt <i>Werkplezier/ administratieve lasten</i>	Beperkte administratieve lasten vanwege de simplicitéit van het model.	De administratieve lasten zijn hoger dan bij FFS, maar lager dan bij de andere twee modellen.	Bovenop de toename van de administratieve last zal de toegenomen focus op indicatiestelling de diversiteit van het werk voor de wijkverpleegkundige doen afnemen, hetgeen (negatief) van invloed kan zijn op het werkplezier, met name als de meerwaarde voor de medewerker onduidelijk is.	Het vastleggen van uitkomsten vergt administratieve lasten, anderzijds kan door te sturen op uitkomsten de regelruimte voor aanbieders toenemen en daarmee het werkplezier.
Data-beschikbaarheid <i>Mogelijkheid tot benchmarken / meten van kwaliteit en doelmatigheid</i>	Geen additionele data benodigd, anderzijds ook geen prikkel om additionele kwaliteitsregistraties uit te voeren.	Geen additionele data benodigd, anderzijds ook geen prikkel om additionele kwaliteitsregistraties uit te voeren.	Data over cliëntprofielen moet worden afgenomen via een vragenlijst. Ook benadrukt de NZa het belang van het verkrijgen van inzicht in kwaliteit en uitkomsten.	Om uitkomstgericht te bekostigen dienen effectiviteit en doelmatigheid van geleverde zorg meermaals geëvalueerd te worden met de cliënt.
Data-beschikbaarheid <i>Tijdelijk onderbreking van data beschikbaarheid t.g.v. nieuwe grondvorm bekostiging</i>	Het herinvoeren van de FFS-bekostiging zal voor sommige aanbieders additionele registraties met zich meebrengen. Daarmee is (voor enkele jaren) wellicht sprake van onderbreking van data. Voordeel van het lage detailniveau (per uur) van de FFS-bekostiging is dat er veel (historische) data beschikbaar is die ook op een hoger aggregatieniveau bruikbaar is.	Het experiment met integrale tarieven wordt gezien als de gangbare bekostigingsvorm. Hiervoor is de juiste data voorhanden en is historie beschikbaar; er is geen sprake van onderbreking in de beschikbaarheid van data.	Het invoeren van cliëntprofielen gaat gepaard met een nieuw registratiesysteem waarvoor nog enkel pilotdata als historie beschikbaar is. Door het ontbreken van (historische) data zullen gedurende enkele jaren dubbele registraties moeten worden uitgevoerd.	De uitkomstindicatoren dienen (door)ontwikkeld te worden om deze landelijk te meten. Tot dit het geval is, ontbreekt data voor het uitvoeren van deze bekostigingsvorm. Data beschikbaar krijgen is arbeidsintensief. Op kleinere schaal kan al gestart worden aan de hand van (historische) data die wel beschikbaar is (bijvoorbeeld vanuit Omaha/ declaratiegegevens).

7. Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden op basis van de analyse van de verschillende bekostigingsvormen enkele conclusies en aanbevelingen uiteengezet. Het doel hiervan is een bijdrage te leveren aan de noodzakelijke ontwikkeling om te komen tot passende bekostiging en contractering in de wijkverpleging.

7.1 Conclusies

Op basis van het onderzoek komen wij tot drie conclusies die hieronder worden toegelicht. Zoals meermaals aangegeven, is geen enkele vorm van bekostiging perfect; elk van de opties heeft zowel voor- als nadelen. Desondanks zijn er wel overkoepelend conclusies te trekken over de richting die moet worden ingeslagen.

Inhaalslag noodzakelijk op uitkomsten van wijkverpleegkundige zorg

Ongeacht de bekostigingsvorm is een inhaalslag op het gebied van (inzicht in) uitkomsten van zorg noodzakelijk. De sector is al enkele jaren bezig met het formuleren van standaarden en het uniformeren van uitkomstmaten. De afgelopen jaren zijn vanuit de ontwikkelagenda van het kwaliteitskader enkele uitkomstindicatoren ontwikkeld. Dit is een stap in de goede richting, maar deze ontwikkeling gaat te traag. De uitdagingen die op de wijkverpleging afkomen vragen een inhaalslag op het gebied van uitkomstgerichte zorg. De eerste stap, die wordt onderschreven door de betrokken partijen in dit onderzoek, is om meer inzicht te verkrijgen in de uitkomsten van de geleverde zorg. Vandaaruit kan de focus gelegd worden op interventies die bijdragen aan het welzijn van de cliënt, zodat het continu evalueren en verbeteren van de zorg een centrale plek binnen de sector krijgt.

Optimalisatie van contractering

Uit onze analyse blijkt dat de grootste ruimte voor optimalisatie niet zozeer ligt in de bekostiging, maar in de contractering tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Om invulling te geven aan de noodzakelijke focus op uitkomsten zouden zorgaanbieders en -verzekeraars afspraken moeten maken over uitkomsten van zorg. Onder uitkomsten vallen kwaliteitsmaten die toezien op de geleverde zorg, maar óók het voorkomen van vervolgzorg in de Wlz en het ziekenhuis. Ook is van belang dat uitkomstmaten bijdragen aan belangrijke ontwikkelingen in de wijkzorg zoals het stimuleren van de zelfredzaamheid van cliënten, bijvoorbeeld te meten via het gemiddeld aantal uur zorg per cliënt. Op dit moment ligt de focus in de contractering (nog) te veel op het volume en de kosten (en dan met name de prijs per uur) van zorg. Het voeren van het inhoudelijke gesprek over uitkomsten heeft meerdere voordelen. Enerzijds beloont het zorgaanbieders die actief inzetten op het evalueren en verbeteren van hun zorguitkomsten. Anderzijds stelt het verzekeraars in staat om – namens hun verzekerden – zorg in te kopen die waarde toevoegt. Hoewel de mogelijkheid om uitkomsten een plek te geven in de contractering al geruime tijd bestaat, wordt hier in de praktijk zeer weinig gebruik van gemaakt. Naast uitkomsten bieden shared savings op basis van het aantal uren zorg per cliënt mogelijkheden tot verdere contractinnovatie en doelmatigheidsprikkels.

Cliëntprofielen leiden mogelijk af van grootste optimalisatiemogelijkheid

Het realiseren van de gewenste ontwikkelingen met betrekking tot (het inzicht in) uitkomsten van zorg vergt inzet van de gehele sector. De druk op de sector geeft uitdagingen in het realiseren van deze ontwikkeling zoals ook gebleken is de afgelopen jaren. Uit onze analyse blijkt dat de bekostiging op basis van cliëntprofielen voor- en nadelen heeft. Het grootste risico dat wij zien is dat het inzetten op een nieuw systeem met cliëntprofielen de focus op het verder ontwikkelen van uitkomsten kan doen verminderen. Dit effect wordt versterkt op het moment dat de kans bestaat dat er financiële consequenties gekoppeld worden aan de cliëntprofielen, analoog aan de upcoding in de eerdere GGZ-bekostiging. Anderzijds kan dit door middel van gewogen integrale tarieven (deels) gemitigeerd worden door zorgverzekeraars, mits daar actief op gestuurd wordt. Tevens is een (andere vorm van een) volumeprikkel ook reeds aanwezig in de huidige bekostiging en introduceert de invoering van cliëntprofielen slechts een ander type volumerisico.

Aanvullend risico is dat de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige (verder) versnipperen. Het afnemen van vragenlijsten voor cliënten waarbij de uitvoering van zorg bij een andere verzorgende of andere collega belegd is, kan een negatieve impact hebben op de aantrekkelijkheid van het vak.

7.2 Aanbevelingen

Op basis van ons onderzoek doen we enkele aanbevelingen voor de doorontwikkeling van de bekostiging van de wijkverpleging. Wij hopen met deze aanbevelingen een waardevolle bijdrage te leveren aan passende bekostiging en contractering in de wijkverpleging.

Investeer in standaarden en uniforme uitkomstinformatie

In lijn met de belangrijkste conclusie van dit onderzoek is de voornaamste aanbeveling om als sector (nog) meer te investeren in standaarden en uniforme uitkomstinformatie. Om een zuiver gesprek te kunnen voeren over waarde van zorg is inzicht randvoorwaardelijk. Op dit moment loopt de wijkverpleegkundige sector achter ten opzichte van andere zorgsectoren op het gebied van uitkomstinformatie. In alle (beleids)documenten komt het belang van deze ontwikkeling naar voren, maar de concrete invulling is nog te beperkt. Het investeren in het vastleggen en transparant maken van uitkomstinformatie vormt de basis voor het continu verbeteren van zorg en het belonen van zorg die waarde toevoegt.

Experimenteer met uitkomstbekostiging

Om de ontwikkelingen op het gebied van uitkomsten van zorg aan te jagen adviseren wij te experimenteren met uitkomstbekostiging, waarbij het dan in de praktijk gaat over uitkomst*contractering*. In theorie is dit al geruime tijd mogelijk, maar in de praktijk komt dit nog zeer beperkt van de grond. Enerzijds omdat het ontbreekt aan de randvoorwaarden, zoals uniforme uitkomstinformatie. Anderzijds omdat zowel zorgaanbieder als -verzekeraar zich nog niet durft te wagen aan deze vorm van contractinnovatie. Aanbeveling is dan ook om te experimenteren met het gebruik van uitkomstinformatie in de contractering. Dit kan kleinschalig, op basis van informatie die al voorhanden is (bijvoorbeeld via Omaha of declaratiegegevens), of als impuls om additionele waardevolle uitkomstinformatie te gaan meten. Experimenten zijn ook van belang om meer ervaring op te doen voor de sectorbrede ontwikkeling; uitkomstcontractering op grote schaal is nog ver weg. Om hiertoe te komen zijn aanzienlijke inspanningen nodig. Met de experimenten kan inzicht gecreëerd worden over de meerwaarde in de praktijk, wat de sectorbrede ontwikkeling kan aanjagen.

8. Literatuurlijst

1. **Vektis.** Factsheet Wijkverpleging. *vektis.nl*. [Online] 02 03 2020.
2. **Alice de Boer, Inger Plaisier, Mirjam de Klerk.** *Mantelzorgers in het vizier: Beleidssignalement mantelzorg*. sl : Sociaal en Cultureel Planbureau, 2019.
3. **Panteia.** *De situatie op de arbeidsmarkt in de wijkverpleging*. 2020.
4. **Wijk, Marcel van.** *Arbeidsmarktprofiel van zorg en welzijn*. sl : CBS, 2020.
5. **CBS.** *Werkgevers; gezond en veilig werken*. 2021.
6. **CBS.** *Ziekteverzuimpercentage; AZW branches*. 2021.
7. **CBS.** *Ziekteverzuimpercentage; AZW branches*. 2021.
8. **Nederlandse Zorgautoriteit.** *Advies NZa bekostiging wijkverpleging 2022*. 2020.
9. **Nederlandse Zorgautoriteit.** *Monitor contractering wijkverpleging 2021*. 2021.
10. **Lee, Michael E. Porter and Thomas H.** *The Strategy That Will Fix Health Care*. sl : Harvard Business Review, 2013.
11. **Nederlandse Zorgautoriteit.** *Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú*. 2020.
12. **KPMG.** *Contracting Value*. 2014.
13. **KPMG Plexus.** *De toegevoegde waarde van Buurtzorg t.o.v. andere aanbieders van thuiszorg*. 2015.
14. **Wijkverpleging, Stuurgroep Kwaliteitskader.** *Kwaliteitskader*. 2018.
15. **Zorginstituut Nederland, Mediquest.** *Kwaliteit wijkverpleging*. [Online] 2022.
16. **Zorginstituut Nederland.** *ZN Doelgroepenregistratie schema en beslisboom*. 2018.
17. **Nederlandse Zorgautoriteit.** *Prestatie- en tariefbeschikking verpleging en verzorging - TB/REG-22601-03*. 2021.
18. **PWC.** *Onderzoek tariefherijking verpleging en verzorging*. 2017.
19. **Nederlandse Zorgautoriteit.** *Evaluatie experiment bekostiging verpleging en verzorging*. 2019.
20. **Tweede Kamer der Staten-Generaal.** *Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst*. 2013.
21. **SIRM.** *Contouren bekostiging wijkverpleging*. 2015.
22. **Gupta Strategists.** *Onderzoek bekostiging wijkverpleging*. 2016.
23. **van den Bulck, A. O., de Korte, M. H., Elissen, A. M., Metzelthin, S. F., Mikkers, M. C., & Ruwaard, D.** *A systematic review of case-mix models for home health care payment: Making sense of variation*. sl : Health Policy, 124(2), 121-132, 2020.
24. **Zorginstituut Nederland.** *Kwaliteitskader wijkverpleging*. 2018.
25. **Huber M, Knottnerus J A, Green L, Horst H v d, Jadad A R, Kromhout D et al.** *How should we define health?* sl : BMJ, 2011.
26. **Nederlandse Zorgautoriteit.** *Onderzoeksrapport Pilot clientprofielen wijkverpleging*. 2020.
27. **van den Bulck, A., de Korte, M. H., Elissen, A., Metzelthin, S. F., Mikkers, M. C., & Ruwaard, D. (2020).** *A systematic review of case-mix models for home health care payment: Making sense of variation*. Health policy (Amsterdam, Netherlands), 124(2), 121–1.
28. **Maastricht University.** *Case-mix classificatie als basis voor bekostiging van wijkverpleging*. 2017.

29. **Nederlandse Zorgautoriteit.** *Convenant bekostiging wijkverpleging 2022-2026.* 17 juni 2021.
30. **KPMG.** *Betalen voor kwaliteit. Aan de slag met uitkomstbekostiging in Nederland.* 2014.
31. *Uitkomstbekostiging in de zorg: een (on)begaanbare weg?* **Dr. Frank Eijkenaar, Prof.dr. Erik Schut.** sl : Erasmus University Rotterdam, 2015.
32. **Omaha System.** <https://www.omahasystem.nl/>. [Online] N.A.
33. **Nederlandse Zorgautoriteit.** *Kerncijfers Wijkverpleging.* N.A.
34. **Zorginstituut Nederland.** *ICHOM de heilige graal of routekaart naar meer uitkomstinformatie?* 2018.
35. **Volksgezondheid, Ministerie van Sociale Zaken en.** *Plan van aanpak hervorming ziekenhuisfinanciering.* 2015.
36. *Pay for performance in the inpatient sector: A review of 34 P4P programs in 14 OECD countries.* **Ricarda Milstein, Jonas Schreyoegg,** 10, sl : Elsevier, 2016, Vol. 120.
37. *Snapshot of Hospital Quality Reporting and Pay-for-Performance under Medicare.* **Kahn, et al.** 1, sl : Health Affairs, 2006, Vol. 25.
38. *Does payment for performance increase performance inequalities across health providers? A case study of Tanzania.* **Binyaruka, et al.** 9, sl : Oxford Journals, 2018, Vol. 33.
39. *Pay for Performance: A Reflection on How a Global Perspective Could Enhance Policy and Research.* **Anselmi, et al.** 9, sl : International Journal of Health Policy and Management, 2020, Vol. 9.
40. *The Challenge of Rising Health Care Costs — A View from the Congressional Budget Office.* **Peter R. Orszag, Ph.D., and Philip Ellis, Ph.D.** 357, sl : N Engl J M, 2007.
41. *Design and effects of outcome-based payment models in healthcare: a systematic review.* **F.P. Vlaanderen, et al.** sl : The European Journal of Health Economics, 2019, Vol. 20.
42. **NHS.** *2020/21 General Medical Services (GMS) contract Quality and Outcomes Framework (QOF).* 2020.
43. *Is the evidence on the effectiveness of pay for performance schemes in healthcare changing? Evidence from a meta-regression analysis.* **Zaresani, Arezou en Scott, Anthony.** 175, sl : BMC Health Services Research, 2021, Vol. 21.
44. **Al Dobson, Ph.D., et al.** *Evaluation of Medicare Home Health Services under PDGM and Implications for CY 2022 HH PPS Proposed Rule.* sl : Dobson DaVanzo Health Economics Consulting, 2021.
45. **Nederlandse Zorgautoriteit.** *Monitor contractering wijkverpleging .* 2018.
46. **Nederlandse Zorgautoriteit.** *Sectoranalyse wijkverpleging.* 2020.
47. **Nederlandse Zorgautoriteit.** *Doorontwikkeling bekostiging wijkverpleging.* 2019.
48. **Nederlandse zorgautoriteit.** *Populatiebekostiging: Panacee, hype of verkapt kartel?* 2013.
49. **Actiz.** *De Juiste Zorg op de Juiste Plek in de wijkverpleging, revalidatie en herstelzorg.* 2021.
50. **Nederlandse Zorgautoriteit.** *Beleidsregel experiment bekostiging verpleging en verzorging - BR/REG-19144.* 2020.
51. **Patientenfederatie NPCF.** *Kwaliteit en keuze informatie verpleging en verzorging thuis.* 2015.
52. **Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.** *Staatscourant van het Koninkrijk der Nederlanden.* 2021.
53. **Nederlandse Zorgautoriteit.** *Beleidsregel Experiment bekostiging verpleging en verzorging - BR/REG-18102.* 2017.

54. **V&VN.** *Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving.* 2014.
55. **V&VN.** Verpleegkundige Indicatiestelling: het normenkader. [Online] 2019.
<https://www.venvn.nl/afdelingen/wijkverpleegkundigen/verpleegkundige-indicatiestelling/>.
56. **Gleckman, Howard.** How Medicare's New PDGM Home Care Payments May Be Making It Harder To Get Physical Therapy. [Online]
<https://www.forbes.com/sites/howardgleckman/2020/02/14/how-medicare-new-pdgm-home-care-payments-may-be-making-it-harder-to-get-physical-therapy/>.
57. **Cattel, D., & Eijkenaar, F.** *Value-Based Provider Payment Initiatives Combining Global Payments With Explicit Quality Incentives: A Systematic Review.* sl : Medical care research and review : MCCR, 77(6), 511–537, 2020.
58. **Cattel, D., Eijkenaar, F., & Schut, F. T.** *Value-based provider payment: towards a theoretically preferred design.* sl : Health economics, policy, and law, 15(1), 94–112., 2020.
59. **Westerdijk, M., Zuurbier, J., Ludwig, M., & Prins, S.** *Defining care products to finance health care in the Netherlands.* sl : The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care, 13(2), 203–221, 2012.
60. **Parsons, M., Rouse, P., Sajtos, L., Harrison, J., Parsons, J., & Gestro, L.** *Developing and utilising a new funding model for home-care services in New Zealand.* sl : Health & social care in the community, 26(3), 345–355., 2018.
61. **Huber, M., van Vliet M. & Boers, I.** *Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid.* sl : Ned Tijdschr Geneeskunde, 2016.
62. **CBS.** *Werknemers; tevredenheid en psychosociale arbeidsbelasting.* 2021.
63. **R. Douven, M. Remmers-Waal, T. Vervliet.** *Zorgaanbieders in de ggz behandelen langer na afname aantal patiënten.* sl : ESB, to be published, N.A.
64. **Nederlandse Zorgautoriteit.** *Marktscan en beleidsbrief, Geestelijke Gezondheidszorg. Weergave van de markt 2009-2013.* 2014.
65. **Oostrom, S.H. van, Picavet, H.S.J., Gelder, B.M. van, Lemmens, L.C., Hoeymans, N., Verheij, R.A., Schellevis, F.G., Baan, C.A.** *Multimorbiditeit en comorbiditeit in de Nederlandse bevolking: gegevens van huisartsenpraktijken.* Nederlands Tijdschrift voor Ge.

9. Bijlage

9.1 Deelnemers aan de klankbordgroep

Voor het opstellen van dit rapport is gebruikgemaakt van een klankbordgroep. De rol van deze groep is het leveren van inhoudelijke input op het rapport. De leden van de klankbordgroep zijn geenszins verantwoordelijk voor de inhoud van dit rapport en onderschrijven niet noodzakelijkerwijs de inhoud of conclusies ervan. De verantwoordelijkheid voor de inhoud van dit rapport ligt volledig bij KPMG. De volgende personen hebben zitting genomen in de klankbordgroep:

Naam	Organisatie
Mevr. Borghuis	Amstelring
Mevr. Hijnen	CZ
Dhr. van Noort	Menzis
Dhr. Dam	ONVZ
Dhr. Bosma	TSN Thuiszorg
Mevr. Versteeg	Vilans
Dhr. Canoy	Vrije Universiteit Amsterdam
Dhr. de Groot	Zorggroep Gelderland
Mevr. Hartel	Zilveren Kruis / ZN
Mevr. van Dijk	VGZ

9.2 Overzicht figuren

FIGUUR 1: 'WAARDE VAN ZORG'-FORMULE IN RELATIE TOT DE ONDERDELEN DIE VAN BELANG ZIJN VOOR EEN BEKOSTIGINGSSYSTEEM	10
FIGUUR 2: BEKOSTIGINGSVORMEN MET HUN BELANGRIJKSTE VOOR- EN NADELEN	12
FIGUUR 3: BESCHRIJVING VAN DE INHOUD EN ORGANISATIE VAN DE ZORG EN WAT CLIËNTEN EN HUN NAASTEN VAN WIJKVERPLEGING MOGEN VERWACHTEN CONFORM HET KWALITEITSKADER (14).....	15
FIGUUR 4: PRESTATIES TE GEBRUIKEN BIJ AFSPRAKEN OVER EEN INTEGRAAL TARIEF	17
FIGUUR 5: VERBETERCYCLUS ALS BASIS OM INZICHT IN ZORG EN EFFECTIVITEIT VAN INTERVENTIES TE VERGROTEN.....	20
FIGUUR 6: BESLISBOOM TER VOORSPELLING VAN DE FORMELE ZORGVRAAG PER CLIËNTPROFIEL IN DE VIER WEKEN NA HET AANMAKEN VAN DE CASE-MIX VRAGENLIJST (8)	24
FIGUUR 7: VIJF PRESTATIES BEHORENDE BIJ HET EXPERIMENT O.B.V. CLIËNTPROFIELEN.....	25
FIGUUR 8: VERSCHILLENDE STAPPEN VAN UITKOMSTGERICHTE BEKOSTIGING IN DE PRAKTIJK	28
FIGUUR 9: CRITERIA WAARAAN EEN GOEDE UITKOMSTMAAT MOET VOLDOEN	31

9.3 Overzicht tabellen

TABEL 1: PRESTATIEBESCHRIJVINGEN MET BIJBEHORENDE TARIEVEN	16
TABEL 2: CASE-MIX VRAGENLIJST MET ANTWOORDOPTIES.....	22
TABEL 3: VOORBEELDEN VAN UITKOMSTMATEN EN MEETINSTRUMENT PER ZN-DOELGROEP, AANSLUITEND OP DE (ZORG)TAKEN VAN DE WIJKVERPLEGING PER DOELGROEP.	30
TABEL 4: VOORBEELD CONTRACTEREN VAN UITKOMSTEN IN DE WIJKVERPLEGING	34
TABEL 5: ONTWIKKELING STATUS COGNITIE TEN OPZICHTE VAN ONTWIKKELING ZORGINZET	37
TABEL 6: VERDELING KWADRANTEN VAN UITKOMSTGERICHTE MATRIX NAAR PROVINCIE	38

Contact



Dr. David Ikkersheim
Partner, KPMG Health
E Ikkersheim.david@kpmg.nl



Wessel van Rietschoten
Manager, KPMG Health
E Vanrietschoten.wessel@kpmg.nl



Pieter-Jan Schrooyen
Consultant, KPMG Health
E Schrooyen.pieterjan@kpmg.nl

www.kpmg.nl

© 2022 KPMG Advisory N.V., een naamloze vennootschap en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Limited, een Engelse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

De naam KPMG en het logo zijn geregistreerde merken die onder licentie worden gebruikt door de zelfstandige ondernemingen die lid zijn van de wereldwijde KPMG-organisatie.

Dit rapport is uitsluitend bestemd voor Buurtzorg. Het is niet bedoeld voor andere partijen, buiten deze doelgroep, en het gebruik van dit rapport door andere partijen is dan ook voor eigen risico. KPMG aanvaardt geen aansprakelijkheid voor het gebruik van dit rapport anders dan waarvoor het is opgesteld en aanvaardt geen aansprakelijkheid jegens andere partijen dan Buurtzorg.