

FAQ nieuwe bekostiging in de wijkverpleging – zorgverzekeraars en zorgaanbieders

Datum: juni 2021

Dit document is bedoeld voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Het bevat veelgestelde vragen over de nieuwe bekostiging in de wijkverpleging en de antwoorden hierop. De FAQ wordt periodiek uitgebreid op basis van de vragen die wij ontvangen. In de bestandstitel staat de datum vermeld. Deze FAQ is opgedeeld in drie onderwerpen: algemene vragen over de nieuwe bekostiging en experiment cliëntprofielen, praktische vragen over beginnen en declareren en tot slot praktische vragen rondom de implementatie.

Algemene vragen: nieuwe bekostiging en experiment cliëntprofielen

1. Hoe ziet de nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging eruit?

In het nieuwe experiment voor de wijkverpleging is ruimte om toe te groeien naar afspraken voor de bekostiging op basis van cliëntprofielen. Hiervoor vullen wijkverpleegkundigen een vragenlijst in met vijf vragen over cliëntkenmerken die veel invloed hebben op de verwachte zorginzet. Deze vragenlijst leidt tot een cliëntprofiel. Op basis van deze cliëntprofielen kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken maken over een vergoeding voor een langere periode. In het convenant bekostiging wijkverpleging (Volgt naar verwachting in juli 2021) hebben alle branchepartijen uitgesproken zich in te zetten om weg te bewegen van de productieprikkel in de wijkverpleging.

2. Hoe en wanneer wordt een cliëntprofiel bepaald? En kan een cliëntprofiel veranderen gedurende een tijdsperiode?

De vragenlijst wordt ingevuld bij de indicatie en elke herindicatie. Zo past het cliëntprofiel bij de actuele zorgbehoefte van de cliënt. Het invullen van de vragenlijst staat los van het verpleegkundig indicatieproces en het opstellen van een zorgplan. De cliëntprofielen worden alleen gebruikt voor de contractering en op termijn de bekostiging.

3. Zorgt het invullen van de vragenlijsten voor een verhoging van de administratieve lasten?

Administratieve lastenverlichting en vermindering van de regeldruk vinden zowel de veldpartijen als wij bij de NZa belangrijk. Wijkverpleegkundigen moeten vooral goede zorg kunnen leveren. We

voeren daarom niet zomaar een vragenlijst in. Wij doen dit alleen als blijkt dat dit echt toegevoegde waarde heeft en als wijkverpleegkundigen, zorgaanbieders en zorgverzekeraars hierachter staan. Samen zijn we tot de conclusie gekomen dat deze vragenlijst met een minimale tijdsbesteding veel oplevert. De vragenlijst vraagt een klein aantal minuten van de wijkverpleegkundige om de cliënt goed in kaart te brengen. Bij het overgaan op declaratie aan de hand van cliëntprofielen komt het administreren van de ZN-doelgroepen te vervallen. Wijkverpleegkundigen die al met de vragenlijst hebben gewerkt geven aan dit niet te ervaren als extra administratieve lasten.

4. Op welke manier hangt het aantal uur samen met de verschillende cliëntprofielen?

In het "[Advies bekostiging wijkverpleging 2022](#)" van de NZa staat een beslisboom. Deze beslisboom is het resultaat van het wetenschappelijk onderzoek naar de cliëntprofielen. Het aantal uur zorg dat bij de cliëntprofielen staat is het gemiddelde aantal uur voorspelde zorginzet per cliënt van dat profiel binnen het wetenschappelijk onderzoeksprogramma. Dit is een gemiddelde voorspelling en dient daarom nadrukkelijk niet als norm of als maximum bij het gebruik van de cliëntprofielen in de contractering of bekostiging. Dit zal dus ook niet leidend zijn bij indicatiestelling, zorgplanning, contractering en materiële controle. Deze uren komen daarom niet terug in de beslisboom die in de Regeling verpleging en verzorging zal worden opgenomen.

5. Wanneer spreken we van bruikbare cliëntprofielen?

De huidige cliëntprofielen zijn bruikbare profielen. Deze profielen zijn het resultaat van wetenschappelijk onderzoek ([onderzoeksrapport cliëntprofielen](#)). In dit onderzoek zijn zowel ADL- als niet-ADL gerelateerde kenmerken meegenomen. Uit dit onderzoek komt naar voren dat ADL en iADL kenmerken veel invloed hebben op de zorginzet. Op basis van dit onderzoek komen we tot tien cliëntprofielen met voldoende voorspelkracht, deze voorspelkracht is vergelijkbaar met bestaande case-mix modellen voor wijkverpleging in andere landen. Meer informatie over de zorginzet, de voorspelkracht en andere case-mix systemen kunt u vinden in Hoofdstuk 2.2 Resultaten modellen formele uren ([onderzoeksrapport cliëntprofielen](#)). Wij zien mogelijkheden om de cliëntprofielen verder door te ontwikkelen en de voorspelkracht nog te verhogen.

Op dit moment werken we samen met de Universiteit van Maastricht en zes grote zorgaanbieders aan een tweede pilot onderzoek om de huidige cliëntprofielen waar mogelijk nog te verfijnen. Hierbij worden meerdere kenmerken meegenomen in het onderzoek, waaronder ook niet-ADL gerelateerde kenmerken. Op basis van de onderzoeksresultaten in 2022 is het mogelijk dat de vragenlijst nog iets wordt aangepast of dat er een aantal cliëntprofielen veranderen.

6. Zijn er ook kleine aanbieders die meedoen in het pilotonderzoek?

Binnen de pilot die in 2021-2022 loopt, doen 6 zorgaanbieders mee. Dit zijn zes grotere zorgaanbieders. Dit is een bewuste keuze, gezien de capaciteit die het de zorgaanbieder vraagt om deel te nemen en gezien de capaciteit die het de onderzoekers kost om het onderzoek samen op te zetten met betrokken wijkverpleegkundigen. Het bredere bekostigingsexperiment is nadrukkelijk juist ook bedoeld voor kleinere en gespecialiseerde zorgaanbieders. Binnen het experiment zullen analyses uitgevoerd worden om te onderzoeken of de resultaten uit de pilot ook representatief zijn voor bijvoorbeeld kleine of middelgrote zorgaanbieders.

7. Kunnen de cliëntprofielen naar aanleiding van het tweede pilot onderzoek nog veranderen? En waarom is het starten met de registratie van cliëntprofielen in 2022 nuttig?

Zoals hierboven beschreven kan het zijn dat er aanpassingen worden gedaan aan de cliëntprofielen en/of de vragen die tot een cliëntprofiel leiden. Het beginnen met registreren in 2022 of 2023 is nuttig omdat een zorgorganisatie deze periode kan gebruiken als ingroeiperiode. ECD's kunnen worden aangepast en wijkverpleegkundigen die de indicatiestelling doen kunnen zo ervaring opdoen met het werken met vragenlijst en cliëntprofielen. Daarnaast levert de data al direct inzicht op in de case-mix. Binnen het experiment is het vanaf 2024 niet meer mogelijk om een integraal tarief te declareren zonder dat de cliëntprofielen daarbij worden geregistreerd en aangeleverd aan de zorgverzekeraar.

Praktische vragen: beginnen en declareren

8. Hoe en wie bepalen de start van het registreren en declareren aan de hand van de cliëntprofielen?

Meedoen aan het experiment cliëntprofielen verpleging en verzorging kan alleen wanneer er een overeenkomst is tussen een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar. Hier is geen aparte aanmelding voor nodig. Ook kan een zorgverzekeraar een zorgaanbieder niet verplichten mee te doen aan het experiment. Zodra een zorgaanbieder start met het registreren van de cliëntprofielen, zal er onderling een afspraak gemaakt moeten worden met de zorgverzekeraar om deze data te delen. Op basis van deze data kan er op een later moment in het experiment zorg gedeclareerd en gecontracteerd worden op basis van de cliëntprofielen. Het starten met declareren en contracteren op basis van cliëntprofielen is altijd het resultaat van een gezamenlijke afspraak tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

9. Wat houdt de registratiefase van cliëntprofielen in? Wat registreren de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar in deze fase?

In de registratiefase gaat de zorgaanbieder starten met het afleiden van een cliëntprofiel bij iedere cliënt. Tijdens deze fase worden bij iedere indicatie en herindicatie de vijf vragen beantwoord. Zo krijgt gedurende een periode van ongeveer zes maanden het gehele cliëntenbestand een cliëntprofiel. Daarnaast kunnen wijkverpleegkundigen in deze periode getraind worden en ervaring opdoen met het invullen van de vragenlijst. In deze zes maanden van voorbereiding worden dus stapsgewijs voor de hele cliëntpopulatie van een zorgaanbieder de cliëntprofielen in kaart gebracht. Ook kan een zorgaanbieder ervoor kiezen om met een aantal teams te starten en dit op een later moment uit te breiden. Zodra een zorgaanbieder volledig is overgestapt op het registreren van de cliëntprofielen, dan kunnen zorgaanbieder en zorgverzekeraar in onderling overleg de stap maken naar declareren en contractering op basis van cliëntprofielen. Het starten met registreren kan zowel binnen het experiment plaatsvinden (de zorgaanbieder declareert dan de tijdelijke prestatiebeschrijvingen) als buiten het experiment (de zorgaanbieder declareert de reguliere prestatiebeschrijvingen).

10. Welke declaraties en informatie krijgt een zorgverzekeraar zodra een zorgaanbieder start met het experiment cliëntprofielen?

Op basis van de overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar kan een zorgaanbieder beginnen met het experiment cliëntprofielen. Uiteindelijk worden hierbij de cliëntprofielen

meegestuurd met de declaratie. Het is dus inzichtelijk hoe vaak de verschillende cliëntprofielen voorkomen (de antwoorden op de vragenlijst hoeven daarom ook niet te worden meegestuurd met de declaratie van zorg). Zorgaanbieder en zorgverzekeraar kunnen onderling afspraken maken over welke extra informatie er, naast de cliëntprofielen, gedeeld wordt en op welke manier.

11. Wat gebeurt er met zorgaanbieders die niet meedoen met het experiment cliëntprofielen?

Vanaf 2024 is het niet meer mogelijk om een integraal tarief te declareren zonder dat de cliëntprofielen daarbij geregistreerd en meegestuurd worden. Zorgaanbieders die niet willen deelnemen aan het experiment kunnen dan gebruik maken van de reguliere bekostiging. De reguliere bekostiging voor wijkverpleging geldt voor alle zorgaanbieders die met (een aantal van de) zorgverzekeraars geen afspraken maken over bekostiging binnen het experiment cliëntprofielen verpleging en verzorging. Voor de tarieven van de reguliere bekostiging wordt gekeken naar de Wmg tarieven of naar een kostprijsonderzoek door de NZa. De reguliere bekostiging wijkverpleging blijft in 2022 voor verpleging en verzorging ongewijzigd ten opzichte van 2021.

Dit betekent niet dat vanaf 2024 niet meer kan worden gestart met het experiment. Zorgaanbieders kunnen zich, zoals eerder vermeld, ook buiten het experiment voorbereiden op het registreren van de cliëntprofielen.

12. Welk tarief zit er vast aan de cliëntprofielen?

De NZa schrijft in de beleidsregel experiment cliëntprofielen verpleging en verzorging (Volgt naar verwachting in juli 2021) dat de cliëntprofielen vanaf 2024 verplicht moeten worden geregistreerd en aangeleverd binnen het experiment. De NZa heeft de cliëntprofielen daarmee niet gekoppeld aan declarabele prestaties. Tarieven binnen dit experiment zijn vrij en worden dus tijdens de contractering vastgesteld. Zorgverzekeraar en zorgaanbieder kunnen samen bespreken op welke manier de cliëntprofielen een rol spelen in het bepalen van de tarieven. Dit tarief komt dus voort uit de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

13. In de beleidsregel staat niet dat de ZN-doelgroepeninformatie in 2022 en 2023 meegestuurd worden. Hoe zit dat en wat gebeurt er met de ZN-doelgroepen?

Volgens het experiment is dit ook geen verplichting voor de zorgaanbieder, net zoals dit in het huidige/vorige experiment (2016-2021) niet verplicht was vanuit de NZa. Wel kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars hier onderling afspraken over maken. Zodra een zorgaanbieder, in overleg met de zorgverzekeraar, overstapt op het declareren aan de hand van cliëntprofielen, dan komen de ZN-doelgroepen te vervallen. De komende jaren is er sprake van een overgangsfase, waarin mogelijk sommige zorgaanbieders al wel werken met de vragenlijst en cliëntprofielen en andere zorgaanbieders nog niet. Zolang zorgaanbieders nog niet declareren op basis van de cliëntprofielen, worden in elk geval nog de ZN-doelgroepen geregistreerd. In alle gevallen werken wij als NZa, samen met veldpartijen, eraan om de registratie zo eenvoudig mogelijk te maken zodat het zo min mogelijk tijd kost.

Praktische vragen: implementatie

14. Hoe ziet het softwareontwikkelingstraject van de cliëntprofielen binnen het ECD eruit?

De NZa is verantwoordelijk voor de bekostigingsstructuur. De implementatie is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de NZa, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De NZa is niet verantwoordelijk voor de softwareontwikkeling door de softwareleveranciers. Wel vindt de NZa het belangrijk dat de software implementatie goed verloopt. Daarom voorziet de NZa in een externe projectleider voor de IT-implementatie, in samenwerking met zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het doel is om per 1 januari 2022 de mogelijkheid te hebben om de cliëntprofielen te kunnen registreren in het ECD.

15. (Hoe) Gaan onderwerpen zoals preventie en digitale zorg onderdeel uitmaken van de nieuwe bekostiging?

Met de nieuwe bekostiging streeft de NZa ernaar om wijkverpleging meer op basis van inhoud en kwaliteit te bekostigen onder andere met behulp van cliëntprofielen. Binnen deze manier van vergoeden krijgen zorgaanbieders meer ruimte om hun wijkverpleegkundigen in te zetten op wat echt nodig is. Aangezien er niet meer afgerekend wordt op het aantal uren zorg, ontstaat er meer ruimte voor de wijkverpleegkundige om het eigen professionele inzicht in te zetten met nadrukkelijk ook ruimte voor preventie, innovatie, digitale zorg, eigen regie en het versterken van zelfredzaamheid. Wijkverpleegkundigen die hier nu al mee werken ervaren dit ook zo en zijn hier enthousiast over.

16. Hoe verhoudt het nieuwe experiment bekostiging wijkverpleging zich tegenover het Modulair Pakket Thuis (MPT).

Wijkverpleging onder het MPT komt voort uit de Wet langdurige zorg (Wlz). De wettelijke grondslag en aanspraak op Wlz zorg is fundamenteel anders dan wijkverpleging binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw). MPT zorg valt ten laste van de Wlz en wordt betaald vanuit het Fonds langdurige zorg. Hiermee valt het MPT dus buiten het experiment cliëntprofielen. De NZa is zich ervan bewust dat de wijkverpleging onder beide wet- en regelgevingen valt (Wlz en Zvw, red.) en oriënteert zich momenteel op het gelijk trekken van de regulering van de verpleging en verzorging thuis binnen de Zvw en Wlz.

17. Wat is de huidige stand van zaken rondom de systeemfuncties? En hoe verhouden de systeemfuncties zich tot de cliëntprofielen?

De NZa noemt in haar advies drie mogelijke systeemfuncties: 1) Organisatie en beschikbaarheid van onplanbare zorg in avond, nacht en weekend; 2) Organisatie en beschikbaarheid van gespecialiseerde en technisch verpleegkundige zorg; en 3) Organisatie en beschikbaarheid van netwerken en sociale infrastructuur ten behoeve van samenwerking en coördinatie binnen de wijkverpleging en over de domeinen heen.

De eerste systeemfunctie is uitgewerkt en per 2022 wordt er een onplanbare Avond-, Nacht en Weekend- (ANW-) zorg prestatiebeschrijving opgenomen in de regelgeving. Systeemfunctie twee en drie vergen verdere uitwerking door de NZa in samenwerking en afstemming met het veld. De NZa zal hierover verder in gesprek gaan met de veldpartijen. De NZa richt zich voor de eventuele implementatie op 2023.

18. Ik heb een vraag die hier niet bijstaat, waar kan ik deze stellen?

Voor verdere vragen kun je terecht bij brancheverenigingen of via info@nza.nl.



Nederlandse
Zorgautoriteit