

De Nederlandse Zorgautoriteit
T.a.v. de heer drs. M.A. Ruys
Voorzitter van Raad van Bestuur a.i.
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Oosterhout, 19 december 2014

Kenmerk: DL-141219

Betreft: Consultatiedocument 3-segmentmodel verpleging en verzorging in de Zvw

Geachte heer Ruys,

Naar aanleiding van uw consultatieverzoek heeft BTN kort uiteen gezet hoe zij kijkt naar de toekomstige ontwikkelingen in de sector en het daarbij behorende bekostigingsmodel.

Vernieuwing

Voor BTN dient het nieuwe bekostigingsmodel te voldoen aan de gestelde ambities van partijen zoals o.a. geformuleerd in het Onderhandelaarsresultaat Verpleging en Verzorging en dient het model vooral toekomstgericht en -bestendig te zijn. Na het doornemen van het consultatiedocument kan BTN niet anders constateren dat gekozen is voor een advies dat gebaseerd is op huidige structuren en ons inziens geen recht doet aan de transformatie waar zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor staan. Als de sector daadwerkelijk een verandering dient te ondergaan door een omslag te maken van productie denken naar cliëntgerichtheid dan zal vooral het bekostigingsmodel daarbij randvoorwaardelijk moeten zijn.

BTN mist in het document de vernieuwingsagenda. Juist de Nza zou het voortouw moeten nemen om op basis van de huidige ontwikkelingen en discussies om te komen met een vernieuwend bekostigingsmodel voor de toekomst waarin ruimte is om resultaatgericht afspraken te maken. Deze nieuwe bekostigingsmethodiek zou een goede basis vormen voor het doorontwikkelen van de sectorgedachte om te komen tot een grote mate van resultaatfinanciering. Het huidige gepresenteerde model geeft ons inziens deze transitie onvoldoende ruimte en werkt soms zelfs belemmerend.

Integraal bekostigingsmodel

Het gepresenteerde document heeft als werktitel 3-segmentenmodel meegekregen. Zoals het woord al aangeeft, wordt gewerkt met segmenten waarmee al op voorhand schotten geplaatst zouden kunnen worden en integraliteit beperkt zou kunnen worden.

BTN pleit voor aanpassing van de naam van het document in "Integraal bekostigingsmodel met resultaatfinanciering". Hierbij is duidelijk dat niet het model leidend is maar dat de invulling van een model gebaseerd is op de visie van integrale benadering.

Vanuit dit uitgangspunt moet er niet meer uitgegaan worden van 3 segmenten maar van bekostiging op 3 gebieden.

BTN denkt dan aan bekostiging van niet cliëntgebonden activiteiten, bekostiging van cliëntgebonden activiteiten en beloning op resultaten. BTN is hierbij van mening dat een zorgaanbieder alleen resultaat kan boeken op uitkomsten als die ook invloed kan uitoefenen op zowel cliëntgebonden en niet cliëntgebonden activiteiten. BTN gaat dus altijd uit van een integrale benadering. Door de keuze te maken om niet cliëntgebonden activiteiten slechts bij een beperkt aantal aanbieders in te kopen, kunnen zorgaanbieders onvoldoende invloed uitoefenen op de resultaten terwijl ontzorgen wel een van de belangrijkste indicatoren zal worden, zoals wij vernomen hebben in de gesprekken die BTN met zorgverzekeraars heeft gevoerd. In uw advies geeft u aan dat voor segment 3, de resultaten, geen contracteerverplichting voor zorgverzekeraars is. Het is voor BTN onbegrijpelijk dat u deze keuze heeft gemaakt. Met uw advies zou een zorgverzekeraar alleen cliëntgebonden activiteiten kunnen contracteren waarmee de integraliteit verdwenen is en enkel en alleen op basis van productie gecontracteerd wordt. De prikkel tot doelmatigheid en innovatie zal hiermee verdwijnen en zullen zorginstellingen terugvallen in de huidige productiemodus. Een situatie die zowel de sector als maatschappij niet wenselijk vindt.

Niet cliëntgebonden activiteiten

BTN is van mening dat de uitwerking van segment 1 in uw document niet past bij de behoefte en het doel wat partijen met elkaar willen bereiken. Namelijk een toegangspoort voor burgers om te bepalen of ondersteuning en/of zorg nodig is en het creëren van samenhang tussen verschillende domeinen als Zvw en Wmo. Nu wordt overal op gekunstelde wijze een sociaal wijkteam inclusief een wijkverpleegkundig opgericht om hieraan te voldoen.

Volgens BTN zouden er andere keuzes gemaakt moeten worden om een goede invulling aan bovenstaande doelstelling te kunnen geven. Net zoals de gemeenten gebruik maken van een Wmo-consulent zouden zorgverzekeraars gebruik moeten maken van een Zvw-consulent. Beide personen werken intensief samen om de ondersteunings/- zorgvraag vast te stellen (geen indicatiestelling), de samenhang tussen beide domeinen vorm te geven en zij hebben een directe verbinding met de huisartsen. De sector vindt het niet wenselijk om een nieuw transferpunt in de wijk te gaan plaatsen waarmee organisatiebelangen de boventoon kunnen voeren. Om dit tegen te gaan zou gedacht kunnen worden aan een "White Label" Zvw-consulent die in dienst is van een zorgverzekeraar of alleen actief is voor deze zorgverzekeraar. Hierbij wordt ook de objectiviteit geborgd. Het is dus geen wijkverpleegkundige in dienst bij een zorgaanbieder die voordeel heeft bij het leveren van de zorg zelf.

De financiële middelen (maximaal € 40 miljoen) zouden dus door de zorgverzekeraar zelf ingezet moeten worden voor de Zvw-consulent. Dit is naar de mening van BTN dus geen onderdeel van het integrale bekostigingsmodel voor zorgaanbieders.

In de huidige situatie verrichten vele zorgorganisaties activiteiten die niet direct toewijsbaar zijn aan individuele cliënten maar wel direct invloed hebben op de gezondheid van burgers waarmee zowel gezondheids- als financiële effecten worden behaald. BTN is van mening dat het verrichten van deze activiteiten gefinancierd moeten worden en verbonden moeten zijn met de financiering van de cliëntgebonden activiteiten en niet apart gesegmenteerd moet worden.

BTN spreekt bewust over (niet) cliëntgebonden activiteiten om dat de inspanningen die door de zorgaanbieders en verpleegkundigen verricht worden, niet altijd direct het label zorg als zijnde het bieden van verzorging en verpleging

hebben. Hierbij moet dan gedacht worden aan het signaleren en organiseren rondom de cliënt, het activeren van het sociale netwerk, het ondersteunen van zorg met e-health voorzieningen of andere infrastructuren zoals keten dementie of beschikbaarheidsvoorzieningen. Dit zijn geen (nieuwe) initiatieven die onder zorgvernieuwing vallen, maar structurele activiteiten ter ondersteuning van de zorg of ter vervanging van professionele zorg.

Cliëntgebonden activiteiten

Indiceren

Met de overheveling van verpleging en verzorging naar de Zvw is ook het besluit genomen dat de indicatiestelling plaats vindt door de wijkverpleegkundige. BTN is blij met de beslissing dat een indicatiestelling niet achter een bureau via een stroomschema plaatsvindt maar dat vooral de context waarin een cliënt zich bevindt, van belang is voor het bepalen van de zorg- en ondersteuningsvraag. BTN is van mening dat de wijze van indicering en de invulling van zorg door de zorgaanbieder nog nadere uitwerking behoeft. Dit is van belang om de discussie over rechtmatig gestelde indicaties en de geleverde zorg vooraf te bepalen en goed te borgen. Op deze wijze kan alleen samen met de zorgverzekeraars inzicht gehouden worden op het algemeen Budgettair Kader.

Prestaties

BTN is van mening dat de basis van integrale bekostiging de afspraak is tussen de zorgaanbieder en de cliënt waar een afspraak gemaakt wordt over het te behalen resultaat en waarbij de zorgaanbieder een offerte maakt voor het realiseren van dit resultaat. Hierbij wordt niet meer gedacht vanuit een PxQ systematiek maar vanuit een vast bedrag (aanneemsom) waar de zorgaanbieder het voor gaat doen. Dit vraagt vertrouwen van alle partijen.

Op de consultatiebijeenkomst heeft BTN gemerkt dat dit vertrouwen nog opgebouwd moet worden. Om in de lijn van de aanneemsom te opereren is BTN voorstander om voor een korte periode te gaan werken met een beperkt aantal prestaties, waarbij BTN vooral wil waken voor strategisch gedrag van zowel de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar. Dit kan volgens de mening van BTN voorkomen worden door met beperkt aantal prestaties en grote bandbreedtes te werken.

Voor de zwaardere cliënten (zorg > 1 jaar) onderschrijft BTN dat het lastig is om deze cliënten in prestaties te kunnen onderbrengen. Dit zou teveel nieuwe prestaties opleveren. BTN vindt het echter wel wenselijk om niet meer op basis van de systematiek PxQ te werken maar ook hier naar een nieuw model toe te werken. Het oprekken van de bandbreedtes zou hiervoor een oplossing kunnen zijn.

BTN is van mening dat de zorgzwaarte een goed uitgangspunt is om de bekostiging vorm te geven. Ze vraagt echter wel aandacht voor de specialistische zorg zoals MSVT. De berekening van de deskundigheidsmix met zorgzwaarte om tot indeling in de prestatie te komen, volstaat niet bij deze specialistische zorg. Een planningshorizon van 4 weken is een goede periode voor de bekostiging.

Deskundigheid

In het advies gaat u uit van de deskundigheidsniveaus 3, 4, 5 en hoger. Er is echter ook sprake van specialistische zorg die alleen uitgevoerd mag worden door niveau 5 en hoger zoals MSVT. Met het % toedelen van de deskundigheid in de opbouw van de 5 prestaties wordt geen recht gedaan aan deze hoge deskundigheid. BTN vraagt hier extra aandacht voor.

Maximum tarieven

Bij resultaatfinanciering passen geen maximale tarieven maar zou juist over minimale tarieven gesproken moeten worden. De zorgaanbieders die geen resultaten boeken en dus geen beloning verdiend hebben, ontvangen het minimum tarief. De overige zorgaanbieders maken afspraken met de zorgverzekeraars op basis van gekozen indicatoren waar een vergoeding voor wordt gegeven. Om te komen tot prikkels is BTN van mening dat de omvang van de beloningslaag substantieel groot moet zijn ten opzichte van de bekostiging van de zorg zelf. Anders zal de resultaatfinanciering een te beperkte invloed hebben waarmee de innovatie doodslaat.

Met deze systematiek heeft het verbruik van het budgettair kader door de niet-gecontracteerde zorgaanbieders de minste effecten en worden de gecontracteerde zorgaanbieders minder benadeeld.

Registratie en declaratie

BTN is van mening dat het resultaat leidend dient te zijn voor de registratie en declaratie. Hiermee bedoelt zij dat het registreren van uren, deskundigheid per individuele cliënt ten behoeve van het kunnen declareren en betaald krijgen van de activiteiten niet meer aan de orde is in het nieuwe model. De zorgaanbieder maakt met de cliënt resultaatafspraken. Deze worden opgenomen in het zorgplan en tussentijds en aan het einde van de zorg geëvalueerd. Hierbij is de systematiek zorgplan = realisatie leidend. Aan de gemaakte afspraken hangt een prijs. Als de zorgaanbieder inventief en effectief is, levert dit voordeel op voor de zorgaanbieder en kost het de zorgaanbieder meer inspanningen dan verwacht gaat dit ten koste van de opbrengst van de zorgaanbieder. Hiermee stelt BTN dus ook dat niet alleen op basis van geleverde zorg betaald wordt maar op basis van de gemaakte afspraken/aanneemsom.

Aandachtspunten

BTN mist in uw rapportage nog een aantal specifieke vormen van zorg c.q. activiteiten die onder de aanspraak wijkverpleging (gaan) vallen. Hierbij moet u denken aan 1^e lijns verblijf dat tijdelijk ondergebracht is onder de Wlz met een subsidieregeling, de ontwikkeling van ziekenhuisverplaatste zorg (2^e lijn) naar de 1^e lijn.

BTN ondersteunt het advies om de beschikbaarheidsvoorzieningen integraal te laten bekostigen. Alle zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor deze voorzieningen. Indien gebruik gemaakt wordt van de faciliteiten van andere zorgaanbieders kan dit middels onderlinge dienstverlening verrekend worden. BTN vraagt aandacht voor de uitwerking van onderlinge dienstverlening. Dit kan alleen ingezet worden als er geen btw in rekening gebracht hoeft te worden, anders schiet deze oplossing zijn doel voorbij.

BTN verwacht dat met de overheveling per 1 januari 2015 duidelijkheid zal ontstaan welke patiënten van de groep zeer intensieve patiënten oftewel de 'staart' (circa 10.000 patiënten) in de Zvw blijven en welk deel van deze patiënten onder de Wlz komen te vallen. BTN verwacht dat deze groep kleiner zal worden, maar vindt het wel belangrijk om goed zicht te krijgen op deze specifieke cliënten in relatie tot de invulling van de prestaties.

Resultaten

BTN is groot voorstander van resultaatgefinancierde bekostiging. Dit kan naar de mening van BTN alleen als er sprake is van een integrale benadering van preventie, leveren zorg en resultaten boeken. Uw advies dat voor de resultaten geen contracteerverplichting geldt, strookt niet met deze integrale benadering. Contractering van alle onderdelen is ons inziens een vereiste.

Bij resultaatfinanciering hoort ook het maken van afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Dat hier vrijheid is in het maken van afspraken is randvoorwaardelijk. Dat er geen regulering door de NZa plaatsvindt, vinden wij logisch.

BTN is voorstander om al een stip op de horizon te zetten met concrete afspraken waar partijen vervolgens naar toe werken. BTN is van mening dat als geen termijn doelstelling bepaald wordt, de te nemen stappen klein zullen zijn en vooral vanuit angst gehandeld wordt in plaats vanuit lef. Met een nieuwe bekostigingssystematiek is het nu juist mogelijk om stappen te maken en zorgaanbieders en verzekeraars te prikkelen waarmee ze gedwongen worden in het perspectief van cliënten / verzekerden te denken en zich dus daadwerkelijk ondernemend op te stellen.

BTN merkt echter dat deze visie voor een groot deel van de betrokken partijen nog een brug te ver is. BTN is wel voorstander om als zorgaanbieders en zorgverzekeraars hierover afspraken willen maken, het mogelijk moet zijn om dit hoge ambitieniveau ook te kunnen afspreken.

BTN stelt dan ook voor om al te starten met een vorm van proeftuinen met resultaatfinanciering waarbij zorgaanbieders en zorgverzekeraars die stappen willen maken dit ook kunnen doen. Hierbij zijn wel een aantal randvoorwaarden aan verbonden:

- Er moeten afspraken gemaakt worden over meerjarencontracten om deze resultaten ook te kunnen laten landen
- Er moeten afspraken gemaakt worden over de indicatoren waarop de resultaten getoetst worden (dit zijn kwantitatieve indicatoren en kwalitatieve indicatoren zoals bijvoorbeeld maatschappelijke opbrengst, uit zorg houden van cliënten)
- Er moeten afspraken gemaakt worden over de financiering van het resultaat, het verdienmodel (shared savings).
- Er moet een benchmark zijn bij zorgverzekeraars op de resultaten en invulling van de zorg en de resultaten moeten openbaar zijn, zichtbaar voor zorgaanbieders voor sturing en verbetering

E-health

BTN onderschrijft dat zorg vernieuwing een plaats moet krijgen bij het onderdeel resultaten. Juist daar kan experimenteren een goede plek krijgen. Zodra e-health ingebed is in het reguliere proces dient het ondergebracht te worden bij cliëntgebonden activiteiten. Bij e-health kan nog steeds sprake zijn van zorgverlening door de zorgverlener maar dan op afstand of op een andere manier.

Indicatoren

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars ontwikkelen gezamenlijk een set indicatoren (menukaart). De resultaten moeten namelijk onderling vergelijkbaar zijn. Uit deze landelijke set worden een beperkt aantal indicatoren tussen de individuele zorgaanbieder en zorgverzekeraar op basis van de cliëntengroepen

van de zorgaanbieder afgesproken als indicatoren voor de resultaatfinanciering. De invulling van de thema's moet plaatsvinden door het veld, gebaseerd op o.a. cliëntgroepen, locale/regionale context. BTN ziet hier voor de NZa geen rol in. Bij de ontwikkeling van indicatoren is het een randvoorwaarde dat deze beïnvloedbaar zijn door de zorgaanbieder. Uitkomstindicatoren die kunnen alleen medeafhankelijk zijn van uitkomsten of resultaten van samenwerkingspartners of derden als de zorgaanbieder ook invloed kan uitoefenen op deze resultaten en als er een formele afspraak tussen de zorgaanbieder en deze partijen gemaakt is. Het kan niet het geval zijn dat een zorgaanbieder die slechts gecontracteerd is voor cliëntgebonden activiteiten afgerekend wordt op het resultaat van de aanbieder die voor niet cliëntgebonden activiteiten is gecontracteerd terwijl hij daar geen invloed op heeft. Of als een zorgaanbieder wordt afgerekend op het resultaat van de samenwerking binnen een sociaal wijkteam als hij daar zelf niet in participeert.

Innoveren

Een belangrijk onderdeel om de transformatie naar een nieuwe toekomst te kunnen maken, is het innoveren door zorgaanbieders. Het element zorgvernieuwing als onderdeel van de beloning stimuleert dit. Dit alleen is echter onvoldoende. Er moet altijd een prikkel tot innovatie zijn, ook met andere concepten dan via de prestatie zorgvernieuwing. Ook hier moet ruimte voor zijn en blijven.

Impactanalyse en implementatie

In uw advies geeft u geen visie op de toekomst. De ultieme invulling van keuzevrijheid van cliënten vindt zijn uitwerking met persoonsvolgende bekostiging. BTN adviseert de NZa om verder te kijken dan de implementatie van een bekostigingsmodel en daarbij juist toekomst gericht te adviseren waarbij persoonsvolgende bekostiging een logische stap is.

BTN begrijpt dat geen of onvoldoende ervaringsgegevens zijn waarop de nieuwe bekostiging gebaseerd kan worden. Historische gegevens bieden onvoldoende houvast omdat er te weinig betrouwbare gegevens zijn voor een goede berekening voor specifiek de aanspraak wijkverpleging. Het baseren van een tariefopbouw op basis van een modelmatige beschrijving geeft echter ook geen goed beeld voor de toekomstige praktijk. BTN adviseert de modelmatige beschrijving te combineren met de ervaringen uit proeftuinen om tot reële tarieven te komen.

BTN vraagt wel aandacht voor de implementatie van het nieuwe bekostigingsmodel in de softwaresystemen. De ervaringen die de sector nu opdoet met de transitie per 1 januari 2015 willen we niet nogmaals beleven bij de overgang naar een nieuwe bekostigingssystematiek.

Proeftuinen

BTN is voorstander om al in 2015 te starten met het beproeven van een nieuw bekostigingsmodel met ambitieuze aanbieders zodat ervaring opgedaan kan worden die gebruikt kan worden voor het verder vormgeven, ontwikkelen en verfijnen van het bekostigingsmodel. Het voordeel is:

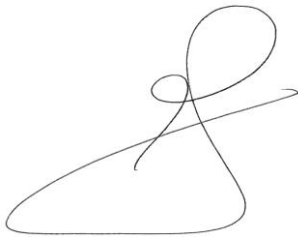
- De proeftuinen leveren informatie op over de bruikbaarheid van de theoretische bekostigingssystematiek zodat eventuele tussentijdse aanpassing/bijsturing mogelijk is.

- De proeftuinen bieden informatie om de inkoop van wijkverpleging vanaf 2016 vorm te geven.
- De proeftuinen zorgen voor een betere implementatie van de nieuwe bekostigingssystematiek bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

BTN vraagt de NZa in haar advies richting VWS een project met proeftuinen aan te bevelen.

Wij vertrouwen erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd. BTN kan zich voorstellen dat deze reactie een aantal vragen oproept. Wij zijn graag bereid om met u in gesprek te gaan om onze zienswijze nog nader toe te lichten.

Met vriendelijke groet,



J.C. Verschuren MBA
Bestuurder