

Vergaderjaar 2022–2023

23 235

Thuiszorg en wijkverpleging

Nr. 235

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 4 juli 2023

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister voor Langdurige Zorg en Sport over de brief van 13 juni 2023 inzake de voorhang doorontwikkeling van bekostiging wijkverpleging op basis van cliëntprofielen volgens het Draagkracht Draaglast model (Kamerstuk 23 235, nr. 222).

De vragen en opmerkingen zijn op 20 juni 2023 aan de Minister voor Langdurige Zorg en Sport voorgelegd. Bij brief van 3 juli 2023 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Smals

Adjunct-griffier van de commissie,
C. Martin

Inhoudsopgave

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie	2
Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie	2
Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie	3
Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie	4
Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie	5
Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie	6
Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie	6
II. Reactie van de Minister	7

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de brief over de voorhang doorontwikkeling van bekostiging wijkverpleging op basis van cliëntprofielen volgens het Draagkracht Draaglast model. Dank aan de Minister voor het informeren van deze leden over het voornemen om een aanwijzing te sturen aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) met betrekking tot het experiment over de bekostiging in de wijkverpleging op basis van cliëntprofielen. De leden van de VVD-fractie hebben geen aanvullende vragen of opmerkingen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief van de Minister over de bovenstaande aanwijzing. Andere bekostigingsmethodieken zijn in de zorg volgens deze leden hard nodig en de bekostiging op basis van cliëntprofielen moet ook beter aansluiten bij de zorginhoud. De leden van de D66-fractie zijn altijd voorstander geweest van het experimenteren met deze nieuwe methodiek. De brief van de Minister roept nog enkele vragen op bij de leden van de D66-fractie. De Minister beschrijft de totstandkoming van de pilot rondom het huidige experiment met cliëntprofielen. Daarbij geeft de Minister aan dat de partijen tot het voortschrijdend inzicht zijn gekomen dat het Draagkracht Draaglast (DKDL) model van meerwaarde is. Kan de Minister toelichten waarom dit model pas gedurende het experiment in gebruik is genomen en niet bij aanvang van het experiment? Deze leden zouden graag een toelichting zien van de Minister welk model bij aanvang zou worden gebruikt en hoe de introductie van het DKDL-model voor vertraging heeft gezorgd? Kan de Minister ook de resultaten (op de administratieve druk en op de kwaliteit van zorg) van het huidige experiment met de Kamer delen, zo vragen deze leden?

Tegelijkertijd was het de oorspronkelijke planning dat er al in april 2023 gestart kon worden met het registreren volgens de nieuwe methodiek. Nu concludeert de Minister dat het «onzorgvuldig» is om reeds in 2024 te beginnen met het verplicht registreren volgens het nieuwe model. Waarom is er toentertijd voor gekozen om uit coulance die verplichting nog niet in te laten gaan? Had de Minister niet eerder de inschatting kunnen maken dat de coulance erin zou resulteren dat het definitief invoeren zou worden verlaaat? Daarnaast zouden de leden van de D66-fractie meer inzicht krijgen in hoeverre aanbieders nu al volgens de nieuwe methodiek werken. Is het wel mogelijk om in 2024 (op vrijwillige basis) al te beginnen volgens de nieuwe methodiek, wanneer een aanbieder zich voldoende voorbereid voelt, zo vragen deze leden?

Kan de Minister nogmaals kort reflecteren op het oorspronkelijk geplande tijdspad en de nieuwe planning en welke oorzaken ten grondslag liggen aan het herhaaldelijke uitstel?

Tenslotte, uit de brief van de Minister begrijpen deze leden dat hoogcomplexere thuiszorg apart zal moeten worden geregistreerd. Dit lijkt haaks te staan op de doelstellingen van het experiment, namelijk dat er wederom een wildgroei aan registraties ontstaat. In hoeverre zijn alle alternatieve overwogen om hoogcomplexere thuiszorg tóch binnen het DKDL-model te registreren, zo vragen de leden van de D66-fractie?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben met enige verbazing kennisgenomen van de voorhang doorontwikkeling van bekostiging wijkverpleging op basis van cliëntprofielen volgens het Draagkracht Draaglast model en hebben daarover nog enkele vragen en opmerkingen. Genoemde leden zouden graag op ieder van de gestelde vragen een antwoord willen ontvangen.

De leden van de PVV-fractie stellen vast dat de Nza eerder moeite had met het vaststellen van de cliëntprofielen, dat was immers eerder de reden voor het uitstellen van het experiment. De cliëntprofielen worden in het nieuwe experiment op basis volgens het DKDL-model opgesteld. Wordt het opstellen van cliëntprofielen door toevoeging van dit model gemakkelijker en minder complex voor de Nza? Zo ja, zou de Minister dit kunnen uitleggen?

De leden van de PVV-fractie willen graag weten waarom de Minister kiest om door te gaan met bekostiging via cliëntprofielen? Genoemde leden zijn benieuwd waarom de huidige bekostiging niet meer werkt en wie, maar vooral waarom deze nieuwe bekostiging gevraagd is? Zijn dit de zorgverzekeraars, de zorgaanbieders of de patiënten?

Is de Minister ervan op de hoogte dat het werken met prestaties allang niet meer hoeft en de registratie per vijf minuten allang tot het verleden kan behoren? Het afschaffen van de vijf-minutenregistratie hoeft helemaal niet gepaard te gaan met invoering van cliëntprofielen, waarom heeft de Minister dit wel aan elkaar gekoppeld? Invoering van cliëntprofielen is wat de leden van de PVV-fractie betreft dan ook de oplossing van een niet bestaand probleem. Zou de Minister hier op kunnen reageren?

De leden van de PVV-fractie willen weten hoe de invoering en ervaringen met cliëntprofielen in andere landen zoals Duitsland en USA is verlopen?

De leden van de PVV-fractie maken zich grote zorgen over de consequenties van de invoering van cliëntprofielen, vooral voor patiënten. Heeft de Minister alle consequenties voor patiënten, zorgaanbieders, wijkverpleegkundigen, mantelzorgers en zorgverzekeraars van deze systeemwijziging in beeld? Zou de Minister enkele voorbeelden van vooruitgang kunnen toelichten?

De leden van de PVV-fractie vrezen voor (nog) meer (financiële) discussies tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Deelt de Minister deze zorgen? Zo nee, waarom niet? Hoe gaat de Minister voorkomen dat er upcoding gaat plaatsvinden?

Deelt de Minister dat het ziek is dat zorgaanbieders de mogelijkheid krijgen om naar eigen inzicht (en dus niet op basis van kwaliteit of voortgang) minder uren zorg te leveren om zo een beter financieel resultaat te behalen? Waarom gaat u regelen dat zorgaanbieders rijk kunnen worden door minder uren zorg te geven?

Het klopt toch dat de deelnemers aan de proef ervoor een negatief financieel resultaat haalden en er na een positief resultaat? Snapt u dat het dan vanzelfsprekend is dat ze positief tegen uw voorstel staan? Hoeveel wijkverpleegkundigen hebben deelgenomen aan het experiment?

Hoe gaat de Minister voorkomen dat er meer cliëntprofielen bijkomen, wanneer blijkt dat niet iedere patiënt binnen één van de bestaande

profielen past? Hoe gaat de Minister voorkomen dat wijkverpleegkundigen te maken krijgen met hogere administratieve lasten door invoering van cliëntprofielen? Uit de eerste evaluatie van het experiment bleken de administratieve lasten namelijk toegenomen.

Waarom kiest de Minister met de cliëntprofielen voor een bekostiging gedreven op financiële sturing en niet op inhoudelijke sturing waar geen ruimte is om kennis op te bouwen en te delen door middel van kwaliteitsinterventies?

Waarom kiest de Minister niet voor een systeem meer gericht op het verbeteren van situaties waarbij minder uren ingezet kunnen worden zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit? Is het bestaande classificatiesysteem Omaha hier geschikt voor? Hoeveel zorgaanbieders wijkverpleging maken reeds gebruik van Omaha?

De Minister geeft aan dat de input van wijkverpleegkundigen doorslaggevend geweest is bij de totstandkoming van het uiteindelijke model voor de cliëntprofielen. De leden van de PVV-fractie willen weten hoeveel wijkverpleegkundige er betrokken zijn bij het opstellen van de cliëntprofielen?

Genoemde leden vragen of Buurtzorg Nederland (BN) waar één derde van de wijkverpleegkundigen in Nederland werkzaam is, betrokken is bij de totstandkoming van cliëntprofielen of het DKDL-model? Zo nee, waarom niet?

Wat zou de reden kunnen zijn voor het feit dat BN tot vijf keer aan toe werkgever van het jaar was? Bent u ermee bekend dat BN nog altijd groeit en inmiddels bijna 1000 zelfsturende teams door heel het land heeft? In hoeveel landen wordt inmiddels in navolging van BN met zelfsturende teams gewerkt?

Waarom maakt u de wijkverpleging en wijkzakenverzorging kapot, in plaats van dat u de werkwijze van BN, waar cliënten tevredener, medewerkers gelukkiger en de zorg ook nog eens goedkoper wordt geleverd, overneemt?

De leden van de PVV-fractie verzoeken de Minister per direct te stoppen met de bekostigingssystematiek via cliëntprofielen en zich te richten op het ondersteunen van zorgprofessionals onder andere door het terugdringen van de werkdruk en van de administratieve lasten.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie begrijpen de doorontwikkeling zo dat er informatie verkregen wordt over de leefomstandigheden en context van de cliënt. Op deze manier kan er beter een cliëntenprofiel worden gemaakt.

Maar leefomstandigheden en de context van de cliënt spelen toch een rol bij indicatiestellingen? Dit is toch bij een aanvraag van de Wmo ook het geval? Woont iemand alleen, is er een netwerk of mantelzorger aanwezig? Wordt de post opengemaakt?

Betekent dit DKDL-model dat er meer zoals in de onderzoeksfase bij de Wmo geïndiceerd gaat worden? En hoe verhoudt dit zich tot zogenaamde gebruikelijke zorg die men elkaar pleegt te geven? Kan de Minister aangeven hoe transparant dit nieuwe systeem is? Voor de zorgaanbieders maar ook voor de cliënt?

Betekent dit dat de wijziging uit de genoemde voorhang een verzwaring is van de huidige administratieve lasten of juist een verlichting? Kan de Minister hier een uitgebreide toelichting op geven.

Wat betekent dit voor de cliënt zelf, moet hij of zij langere vragenlijsten invullen? Wordt aan een cliënt op basis van een cliëntprofiel volgens het DKDL-model inzichtelijk gemaakt waar hij op kan rekenen? Op welke soort zorg en op hoeveel uur?

De leden van de CDA-fractie vragen dit specifiek, omdat er volgens hen een verschil is tussen langdurig gebruik moeten maken van wijkver-

pleging (bij een lichamelijke handicap) en kortdurend (na een operatie). Voor de eerste groep is het een ander perspectief dan de tweede groep. Dan moeten zaken als inzetten op preventie en zelfredzaamheid ook anders gewogen worden. Deelt de Minister dit uitgangspunt met leden van de CDA-fractie?

Vervolgens lezen de leden van de CDA-fractie dat onder zorgaanbieders het experiment veel draagvlak kent. Wat vinden patiënten en gehandicaptenorganisaties van dit DKDL-model? Vinden zij deze wijziging ook een verbetering? Als cliënten het niet eens zijn met de uitkomsten of met het cliëntenprofiel dat eruit komt? Wat gebeurt er dan, vragen deze leden aan de Minister?

Het experiment zal moeten uitwijzen of en hoe cliëntprofielen volgens het DKDL-model als basis zouden kunnen dienen voor reguliere bekostiging van geleverde zorg door zowel grote als kleine zorgaanbieders in de wijkverpleging. Dat begrijpen de leden van de CDA-fractie, daarom is het immers een experiment. Maar zij vragen hoe dat vervolgens gemeten wordt? Hoe wordt er beoordeeld of het experiment geslaagd is? Welke indicatoren worden er gehanteerd?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de Voorhang doorontwikkeling van bekostiging wijkverpleging op basis van cliëntprofielen volgens het Draagkracht Draaglast model. Zij kunnen zich vinden in het doel van een nieuwe bekostiging op basis van cliëntprofielen in combinatie met het DKDL-model. Zij gaan ervan uit dat op deze manier eindelijk reële tarieven worden betaald voor de wijkverpleging, waarbij de zorgvraag van de cliënt en de inhoudelijke uitkomsten leidend moeten zijn. Deze leden vinden het onacceptabel dat er al jaren onderbesteding is in de wijkverpleging, terwijl tegelijkertijd sprake is van personeelstekort, een veel te hoge werkdruk en van mensen die zorg nodig hebben maar die niet kunnen krijgen.

De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre de nieuwe bekostiging rekening houdt met mogelijkheden om samen te werken, tijd voor multidisciplinair overleg en financiële ruimte om medewerkers een salaris te kunnen bieden waarbij ook de compensatie voor de gestegen inflatie kan worden meegenomen. En hoe wordt de bekostiging voor systeemfuncties meegenomen, bij voorbeeld de bekostiging van ongeplande avond- en nachtzorg, de coördinatie van een herkenbaar en aanspreekbaar wijkverpleging team en wijkgerichte preventie?

De leden van de PvdA-fractie vragen op welke wijze de nieuwe bekostiging moet bijdragen aan preventie van zorg, het versterken van innovatieve zorg en het versterken van eigen regie en zelfredzaamheid van de cliënt. In hoeverre is dit een doel op zich en is de nieuwe bekostiging gericht op bezuinigen in plaats van op het komen tot een tarief dat de geboden noodzakelijke zorg dekt?

De leden van de PvdA-fractie vragen een nadere toelichting op het draagvlak voor het DKDL-model. In hoeverre wordt dit gesteund door het veld?

De leden van de PvdA-fractie vragen of het voor alle wijkverpleegkundigen mogelijk is per 2024 te starten met het registreren volgens het DKDL-model? Zij lezen dat het experiment met het DKDL-model vanaf 2024 vijf jaar gaat lopen. Zij vragen hoe gedurende de looptijd wel gezorgd zal worden voor reële tarieven? Zeker gezien het feit dat zorgkantoren actief gaan sturen op zorg thuis, vinden deze leden het erg belangrijk dat de wijkverpleging overeind blijft.

De leden van de PvdA-fractie krijgen signalen dat uit het nieuwe inkoopbeleid van zorgkantoren blijkt dat zorgkantoren de toegang tot verpleeghuizen verder gaan inperken, door alleen cliënten met een hele zware zorgvraag nog toe te laten in een verpleeghuis. Zij vragen of dit wel kan

volgens de nu geldende wetgeving, die zegt dat mensen recht hebben op zorg met verblijf.

Deze leden begrepen dat bij Zilveren Kruis alleen mensen met een indicatie «beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging» (Zzp6) naar het verpleeghuis mogen. Zij vragen wat dit in de praktijk betekent voor de wijkverpleging en de zorg thuis. Kan de Minister uitgebreid ingaan op de gevolgen die dit inkoopbeleid van de zorgkantoren zal hebben voor zowel het personeel in verpleeghuizen, dat met veel zwaardere zorgvraag te maken krijgt, als voor de wijkverpleging? De wijkverpleegkundige zal immers mensen thuis zorg moeten bieden die voorheen naar het verpleeghuis gingen. Wat betekent het voor de wachttijden voor het verpleeghuis, nu de mensen die er opgenomen zijn een zwaardere zorgvraag zullen hebben? Wat betekent het voor de zorgvraag van de cliënten van wijkverpleegkundigen? Zijn er voldoende wijkverpleegkundigen om deze zorg te bieden? Wat betekent dit voor de werkdruk van wijkverpleegkundigen? Wat betekent het voor de wachttijden voor zorg thuis? Wat betekent het voor de werkdruk van huisartsen en het aantal ouderen dat op de huisartsenpost (HAP) of spoedeisende hulp (SEH) belandt? Kan de Minister garanderen dat mensen die zorg thuis nodig hebben die zorg ook werkelijk krijgen? De leden van de PvdA-fractie vragen of het huidige beleid gericht is op «zorg thuis tenzij...»? Zo ja, kan de Minister de invulling van het «tenzij» uitgebreid toe te lichten?

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de onderhavige stukken. Zij hebben hierover nog enkele vragen en opmerkingen. De leden van de SP-fractie lezen dat de Minister wil stoppen met het huidige experiment omtrent de bekostiging van de wijkverpleging en een nieuw experiment omtrent de bekostiging van de wijkverpleging wil starten in 2024. In beide gevallen gaat het om een bekostiging middels cliëntprofielen. Er wordt beloofd dat de nieuwe bekostiging onder andere een positieve invloed zou hebben op de administratieve lasten en zal leiden tot minder bureaucratie. Genoemde leden hebben echter twijfels of de cliëntprofielen de juiste manier zijn om deze doelen te bereiken. Zij horen namelijk dat bekostiging via cliëntprofielen de administratieve druk en bureaucratie bij veel zorgorganisaties juist gaat verergeren. Is het daarom nog wel een goed idee om door te gaan met de ontwikkeling van deze bekostiging via cliëntprofielen?

De leden van de SP-fractie lezen dat deze nieuwe bekostiging nodig zou zijn om een einde te maken aan de alom gehate vijf-minutenregistratie. Er zijn echter al zorgorganisaties die afgestapt zijn van de minutenregistraties en daarmee de administratieve last voor wijkverpleegkundigen verminderd hebben onder het huidige systeem. Vormt dit geen bewijs dat de regeldruk voor wijkverpleegkundigen per direct al verminderd kan worden zonder dat we een nieuw bekostigingssysteem nodig hebben? Zouden zorgaanbieders en zorgverzekeraars niet meer gedwongen moeten worden om de administratieve druk voor de zorgverleners te verminderen in het huidige stelsel?

Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie

Het lid van de BBB-fractie heeft kennisgenomen van de onderhavige stukken. Het lid van de BBB-fractie heeft hier nog enkele vragen en opmerkingen over.

Het lid van de BBB-fractie staat positief tegenover een experiment dat zal moeten uitwijzen of en hoe cliëntprofielen volgens het DKDL-model als basis zouden kunnen dienen voor reguliere bekostiging van geleverde zorg door zowel grote als kleine zorgaanbieders in de wijkverpleging.

Het lid van de fractie-BBB hoort graag hoe de Minister gaat borgen dat via het experiment duidelijk wordt of en hoe cliëntprofielen volgens het DKDL-model als basis zouden kunnen dienen voor reguliere bekostiging van geleverde zorg? Welke criteria en daarbij behorende waarden gaat de Minister hanteren bij het trekken van conclusies over de werking van het model? Hoe gaat geborgd worden dat het model, net als bij eerdere overheidstoepassingen van modellen in de praktijk, niet schadelijk uit gaat pakken voor individuen die wellicht straks geconfronteerd worden met «computer-says-no» situaties. Met andere woorden: vindt de Minister dat het model leidend moet zijn of dat het slechts een ondersteunend instrument is, waarbij de praktische beoordeling van de medewerkers in de wijkverpleging de doorslag geeft? Kan de Minister hier haar visie op geven?

Wanneer is het experiment geslaagd, wil het lid van de fractie-BBB graag weten van de Minister? En hoe zien de volgende stappen richting uitvoering in de praktijk er volgens de Minister uit, zowel in de tijd als qua inhoud?

II. Reactie van de Minister

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De Minister beschrijft de totstandkoming van de pilot rondom het huidige experiment met cliëntprofielen. Daarbij geeft de Minister aan dat de partijen tot het voortschrijdend inzicht zijn gekomen dat het Draagkracht Draaglast (DKDL) model van meerwaarde is. Kan de Minister toelichten waarom dit model pas gedurende het experiment in gebruik is genomen en niet bij aanvang van het experiment?

Het begin van het huidige experiment (start per 2022) viel midden in de onderzoeksperiode van de tweede pilot over cliëntprofielen. Op dat moment was het DKDL-model nog niet breed inzetbaar: Via het Wetenschappelijk Programma Wijkverpleging (WPW) heeft de NZa in de periode 2019–2020 een onderzoek uitgevoerd bij en met vier zorgaanbieders («de eerste pilot») naar verschillende cliëntprofielen. Na de eerste pilot heeft de NZa ervoor gekozen om in 2021, samen met de Universiteit Maastricht en Universiteit Tilburg, een vervolgonderzoek te starten.

Voor de gegevensverzameling hebben daarom zes grote zorgaanbieders van wijkverpleging aanvullende cliëntkenmerken verzameld op basis van een doorontwikkelde versie van de case-mix vragenlijst met 15 items. Bij het bouwen van de modellen (de cliëntprofielen) is in dit onderzoek voor een bredere aanpak gekozen dan enkel data-analyses. Het doel was om met de kennis van wijkverpleegkundigen de klinische herkenbaarheid van de cliëntprofielen te vergroten.

Wijkverpleegkundigen van de deelnemende organisaties hebben actief deelgenomen aan de modelbouw. Inzichten van wijkverpleegkundigen zijn op deze manier gecombineerd met inzichten vanuit data-analyse. Met het DKDL model is er dus meer herkenbaarheid toegevoegd aan het model.

Deze leden zouden graag een toelichting zien van de Minister welk model bij aanvang zou worden gebruikt en hoe de introductie van het DKDL-model voor vertraging heeft gezorgd?

Enkele aanpassingen die nodig waren voor het uitkristalliseren van in het DKDL model hebben voor vertraging gezorgd. Een voorbeeld hiervan zijn stappen die zijn gezet om het DKDL model ook uitvoerbaar te maken in de praktijk. In sommige situaties is het bijvoorbeeld niet wenselijk om geen case-mix vragenlijst (9 items) af te nemen. Zo heeft de hoogcomplexiteit

verpleegtechnische thuiszorg bijvoorbeeld een aparte plek gekregen in het model. Het toewerken naar dit model heeft om zorgvuldige afstemming met het veld gevraagd.

In de tweede pilot werd onderzocht of extra clientkernmerken leiden tot hogere voorspelkracht en verbeterde herkenbaarheid van de clientprofielen ten opzichte van de huidige clientprofielen. De start van het experiment viel in het midden van deze pilot. De keuze voor het DKDL model was daardoor nog niet bij aanvang van het experiment bekend. Het *Onderzoeksrapport tweede pilot cliëntprofielen* van de Tilburg University, Maastricht University en de NZa (oktober 2022)¹ heeft meerdere modellen geanalyseerd (waaronder het DKDL model). Het onderzoek leidde tot zes modelvarianten van clientprofielen. Het onderzoeksrapport geeft geen aanbeveling welk model te gebruiken in het experiment, maar laat dit aan de betrokken partijen. Voor de afweging van de modellen zijn in overleg met wijkverpleegkundigen verschillende beoordelingscriteria vastgesteld, waaronder herkenbaarheid in de wijk maar ook toekomstgerichtheid (dat wil zeggen, een model dat bij kan dragen aan uitkomstgerichte zorg en passende zorg).

Voor de modelkeuze zijn alle betrokken partijen² geconsulteerd en gevraagd hun onderbouwde voorkeur uit te spreken voor een model. Uit de consultatie is het Draagkracht Draaglast (DKDL) model naar voren gekomen als voorkeursmodel, de voorkeur van V&VN en de zes pilot aanbieders³ voor dit model woog zwaar mee in deze besluitvorming omdat het belangrijk is dat het model aansluit bij de zorgpraktijk. Het DKDL-model kwam bij betrokken partijen naar voren als voorkeursmodel ter vervanging van de op dat moment geldende cliëntprofielen. Enkele aanpassingen in dit model hebben voor vertraging gezorgd.

Kan de Minister ook de resultaten (op de administratieve druk en op de kwaliteit van zorg) van het huidige experiment met de Kamer delen, zo vragen deze leden?

Die resultaten zijn er niet, omdat er nog niet is gestart met de registratie van de clientprofielen. Hier zit precies de beperking van het huidige experiment. Omdat er pas in 2024 op vrijwillige basis gestart kan worden met het registreren van clientprofielen en per 2025 het meesturen van de cliëntprofielen verplicht is met de declaratie, resteert er onvoldoende tijd om de werking te evalueren op belangrijke thema's als het vergroten van de professionele autonomie, stimuleren van preventie en samenwerking, lagere administratieve lasten en het verminderen van de productieprikkels – in het bijzonder bij tarieven voor een langere periode – en inzichten in de uitkomsten van zorg en contractering.

Door ervaringen die zijn opgedaan uit de eerste en tweede pilot met cliëntprofielen zijn wel de volgende zaken bekend: ten eerste hebben wijkverpleegkundigen die mee hebben gedaan aan de pilots – waarvoor zij per cliënt een korte vragenlijst hebben ingevuld voor de cliëntprofielen – aangegeven enkel een paar minuten kwijt te zijn aan de vragenlijst en dit niet ervaren als een grote administratieve last. Ten tweede hebben wijkverpleegkundigen aangegeven dat een deel van de case-mix vragenlijst eigenlijk al onderdeel zijn van de anamnese. De case-mix vragenlijst bestaat uit 9 vragen, verdeeld naar de categorieën draaglast, draagkracht en ondersteuningsbehoefte. Zorgverleners dienen ook buiten het hanteren van clientprofielen om een anamnese bij de patiënt af te

¹ Onderzoeksrapport tweede pilot cliëntprofielen – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).

² V&VN, Patiëntenfederatie Nederland, Actiz, ZorgthuisNL en Zorgverzekeraars Nederland.

³ Cordaan, Envinda, MeanderGroep Zuid-Limburg, Omring, Sensire en Vierstroom Zorg Thuis.

nemen om een indicatie te kunnen stellen. De tijd die zorgverleners besteden aan het invullen van de vragenlijst kan ter check van het afnemen van de anamnese worden gebruikt. Ten derde, de vragenlijst hoeft alleen bij de indicatie en herindicatie te worden afgenomen. Dat betekent dat wanneer er voor de betreffende cliënt wijzigingen optreden die aanleiding zijn voor een herindicatie, dit ook een aanleiding is om de gekozen antwoordopties bij de case-mix vragenlijst en een mogelijk gewijzigd cliëntprofiel te administreren. Voor de meeste cliënten is dat één/hooguit twee keer per jaar.

Tegelijkertijd was het de oorspronkelijke planning dat er al in april 2023 gestart kon worden met het registreren volgens de nieuwe methodiek. Nu concludeert de Minister dat het «onzorgvuldig» is om reeds in 2024 te beginnen met het verplicht registreren volgens het nieuwe model. Waarom is er toentertijd voor gekozen om uit coulance die verplichting nog niet in te laten gaan?

De cliëntprofielen zijn verder ontwikkeld door middel van een tweede pilot. Het initiële idee was om de regelgeving van het huidige experiment per 2023 aan te passen aan de vernieuwde cliëntprofielen. Echter, doordat na de tweede pilot nog veelvuldig overleg heeft plaatsgevonden tussen betrokken partijen⁴ om het DKDL model zijn definitieve vorm te kunnen geven, is vertraging ontstaan. Het uitstellen van de verplichte registratie betreft geen coulance, maar volgt uit het zorgvuldig doorontwikkelen van het model en het bieden van tijd voor zorgaanbieders om gefaseerd over te stappen. De vernieuwde cliëntprofielen hebben in de loop van 2023 hun definitieve vorm gekregen. Op dat moment is ook gesproken over het starten van het nieuwe experiment, om de redenen besproken in de voorhangbrief.

Had de Minister niet eerder de inschatting kunnen maken dat de coulance erin zou resulteren dat het definitief invoeren zou worden verlaat?

Nee, dat is niet het geval. Het is belangrijk om aanbieders een reëel tijdspad te geven om over te stappen naar de registratie van cliëntprofielen. Zo kunnen zij zich zorgvuldig voorbereiden op de verplichte registratie.

De verplichte registratie van cliëntprofielen volgt logischerwijs de ontwikkeling van het DKDL model. Doordat er meer tijd en aandacht gegeven is aan het doorontwikkelen van het model, gaat de nog niet verplichte en vervolgens verplichte registratie van de cliëntprofielen op een later moment in dan eerder gepland. Betrokken partijen⁵ hebben aangegeven dat er voldoende tijd moet zijn voor zorgaanbieders om de registratie van cliëntprofielen te implementeren en te oefenen met de registratie van de cliëntprofielen, alvorens de registratie verplicht wordt. Ik vind het belangrijk de zorgaanbieders voldoende tijd te geven. Daarom is 2024 hiervoor gereserveerd, zodat per 2025 verplichting tot registratie geldt

Daarnaast zouden de leden van de D66-fractie meer inzicht krijgen in hoeverre aanbieders nu al volgens de nieuwe methodiek werken.

Op dit moment neemt 95% van de gecontracteerde zorgaanbieders deel aan het experiment door middel van het integrale uurtarief zonder de cliëntprofielen. Partijen maken tot op heden gebruik van ZN-doelgroepen om inzicht te krijgen in de zorgduur en doelgroepen. Per 2025 komen de

⁴ V&VN, Patiëntenfederatie Nederland, Actiz, ZorgthuisNL en Zorgverzekeraars Nederland.

⁵ V&VN, Patiëntenfederatie Nederland, Actiz, ZorgthuisNL en Zorgverzekeraars Nederland.

cliëntprofielen in de plaats van de ZN-doelgroepenregistratie. De regelgeving om cliëntprofielen te registreren gaat per 1 januari 2024 in. Deelnemers aan het experiment kunnen daarom per 1 januari 2024 cliëntprofielen registreren.

Is het wel mogelijk om in 2024 (op vrijwillige basis) al te beginnen volgens de nieuwe methodiek, wanneer een aanbieder zich voldoende voorbereid voelt, zo vragen deze leden?

De NZa heeft aangegeven dat zorgaanbieders per 1 januari 2024 kunnen starten met het registreren van cliëntprofielen. Het is dan nog niet verplicht om te declareren op basis van de cliëntprofielen; dat volgt in 2025. Daarom dienen partijen zich in 2024 voor te bereiden op het declareren op basis van cliëntprofielen. Dit doen zij door voor de cliënten in zorg de cliëntprofielen alvast te registreren in hun systemen, zodat cliënten voor de declaratie per 1 januari 2025 een cliëntprofiel hebben. Alleen in 2024 is het nog mogelijk om een integraal tarief te declareren, zonder het hanteren van een cliëntprofiel. Tevens dienen leveranciers van ECD's (elektronisch cliënten dossier) de registratie van cliëntprofielen in te richten, waarmee zij in 2023 starten.

Kan de Minister nogmaals kort reflecteren op het oorspronkelijk geplande tijdsplan en de nieuwe planning en welke oorzaken ten grondslag liggen aan het herhaaldelijke uitstel?

Door uitstel van het starten van registreren met cliëntprofielen verschuift de datum tot een verplichting voor de registratie naar 2025. Theoretisch was het mogelijk om halverwege het jaar 2024 de verplichting in te voeren tot registratie en declaratie op grond van cliëntprofielen, maar partijen hebben aangegeven dat dit niet gewenst is in verband met een gebroken boekjaar waardoor veel extra administratie zou volgen. Een voorbeeld hiervan is dat er aanpassingen in contracten nodig zijn waarvoor zorgaanbieders akkoord moeten geven. Dit kan leiden tot nieuwe onderhandelingen. Het overstappen naar een nieuwe bekostiging is een verandering waar complexe vraagstukken aan ten grondslag liggen. Draagvlak van het veld voor het proces van invoering is dan ook van groot belang.

Onderdeel	Oude planning	Nieuwe planning
Publicatie beleidsregels registratie cliëntprofielen in de wijkverpleging.	1 feb 2023	1 jul 2023
Aanpassing ECD's door ECD-leveranciers.	feb-mei 2023	jul-dec 2023
Overgangsperiode naar registratie cliëntprofielen: <ul style="list-style-type: none"> • Zorgaanbieders bereiden voor op het werken met cliëntprofielen (scholing, inrichten processen etc.) • Zorgaanbieders registreren een cliëntprofiel voor hun cliënten, zodat deze vanaf 2025 mee kan met de declaratie. 	jun-dec 2023	Jan-dec 2024
Verplicht registratie van cliëntprofielen: <ul style="list-style-type: none"> • Zorgaanbieders sturen in plaats van de ZN-doelgroep verplicht het cliëntprofiel mee met de declaratie aan de zorgverzekeraar van de cliënt. 	1 jan 2024	1 jan 2025

Tenslotte, uit de brief van de Minister begrijpen deze leden dat hoogcomplexe thuiszorg apart zal moeten worden geregistreerd. Dit lijkt haaks te staan op de doelstellingen van het experiment, namelijk dat er wederom een wildgroei aan registraties ontstaat. In hoeverre zijn alle alternatieve overwogen om hoogcomplexe thuiszorg tóch binnen het DKDL-model te registreren, zo vragen de leden van de D66-fractie?

Hoogcomplexe technische thuiszorg wordt niet altijd geleverd door het wijkzorgteam dat bij de betreffende patiënt reguliere wijkverpleging levert, maar wordt soms geleverd door gespecialiseerde wijkzorgteams. Het betreft immers handelingen waarvoor de uitvoerende zorgmedewerker over specifieke bevoegd- en bekwaamheden moet beschikken, bijvoorbeeld voor het toedienen van chemotherapie thuis of het toedienen van medicatie via een infuus. De medewerkers van deze gespecialiseerde wijkzorgteams kunnen – omdat zij met de betreffende cliënt niet of nauwelijks bekend zijn – niet laagdrempelig inschatten wat de draaglast en of draagkracht is. Het invullen van de case-mix vragenlijst is dan niet ondersteunend aan het leveren van zorg, maar zou tot administratieve lasten leiden. Om die reden is ervan afgezien om deze zorg binnen het DKDL-model te registreren. Verschillende partijen hebben ook de beleidsmatige wens geuit om deze zorg apart inzichtelijk te maken, om de beweging van de vanuit het ziekenhuis verplaatste zorg in beeld te brengen en zo mogelijk te stimuleren.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

Wordt het opstellen van cliëntprofielen door toevoeging van dit model gemakkelijker en minder complex voor de NZa? Zo ja, zou de Minister dit kunnen uitleggen?

In de tweede pilot werd onderzocht of extra clientkernmerken leiden tot hogere voorspelkracht en verbeterde herkenbaarheid van de clientprofielen ten opzichte van de huidige clientprofielen. Het *Onderzoeksrapport tweede pilot cliëntprofielen* van de Tilburg University, Maastricht University en de NZa (oktober 2022)⁶ heeft meerdere modellen geanalyseerd. Het onderzoek leidde tot zes modelvarianten van clientprofielen. Uit de consultatie is het Draagkracht Draaglast (DKDL) model naar voren gekomen als voorkeursmodel. Voor de afweging van de modellen zijn in overleg met wijkverpleegkundigen verschillende beoordelingscriteria vastgesteld, waaronder herkenbaarheid in de wijk maar ook toekomstgerichtheid (dat wil zeggen, een model dat bij kan dragen aan uitkomstgerichte zorg en passende zorg). Gemak en complexiteit voor de NZa werden niet als beoordelingscriteria gehanteerd. De toevoeging van het DKDL model maakt het voor de zorgprofessional makkelijk om het passende clientprofiel voor de client te bepalen. De NZa vindt het belangrijk en randvoorwaardelijk dat het bekostigingsmodel gemakkelijk hanteerbaar is voor de zorgprofessional, en niet tot extra administratieve lasten leidt.

Het DKDL model is een uitgebreider model, dan het model van de clientprofielen uit de eerste pilot. Daar staat tegenover dat het de zorgbehoefte, klinische herkenbaarheid en context beter weergeeft dan het pilot 1 model.

⁶ Onderzoeksrapport tweede pilot cliëntprofielen – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).

De leden van de PVV-fractie willen graag weten waarom de Minister kiest om door te gaan met bekostiging via cliëntprofielen?

Het doel van het experiment is dat een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder afspraken maken over de integrale bekostiging van verpleging en verzorging op basis van herkenbare cliëntprofielen volgens het DKDL model, waarbij de beweging wordt gemaakt van kwantiteit naar kwaliteit. De cliëntbehoeften en inhoudelijke resultaten en uitkomsten van de wijkverpleging zijn daarin steeds meer leidend, zowel voor de cliënt, als voor de zorgaanbieder, zorgverzekeraar en ten behoeve van de contractering. Het DKDL model biedt mogelijkheden om te contracteren voor een langere periode (per dag/week/maand kwartaal) en daarmee biedt het ruimte voor preventie en innovatie.

Clientprofielen in combinatie met het DKDL model bieden meer inzicht in de zorgbehoefte van de client in termen van draagkracht (wat kan iemand nog), draaglast (welke last ervaart de client) en ondersteuningsbehoefte (hoe zelfstandig is de client). Het model bevat daarmee informatie die relevant is voor goede uitkomsten van zorg en de beweging naar passende zorg (preventie, reablement) en positieve gezondheid. Dat maakt het model toekomstgericht. Dit is een belangrijke reden waarom branchepartijen en de beroepsvereniging enthousiast zijn over het DKDL model. Registratie van clientprofielen geeft inzicht in de patiëntpopulatie van een zorgverlener, en stimuleert het maken van contractafspraken over het leveren van passende zorg. Daarnaast helpen de uitkomsten van de case-mix vragenlijsten om meer gestandaardiseerde data over de wijkverpleging te genereren, zodat wijkverpleegkundigen en zorgaanbieders ook door middel van data van elkaar kunnen leren. Wijkverpleegkundigen krijgen bijvoorbeeld inzicht in verschillen tussen cliënten en teams.

Mijn uitgangspunt is dat de nieuwe bekostiging moet bijdragen aan het voorkomen van zorg (preventie), het versterken van innovatieve vormen van zorg, het tegen gaan van risicoselectie en het stimuleren van eigen regie en zelfredzaamheid van de cliënt. Het DKDL model draagt hieraan bij omdat het een beter inhoudelijk gesprek stimuleert tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de te leveren zorg en noodzakelijke contractering.

Genoemde leden zijn benieuwd waarom de huidige bekostiging niet meer werkt en wie, maar vooral waarom deze nieuwe bekostiging gevraagd is? Zijn dit de zorgverzekeraars, de zorgaanbieders of de patiënten? Is de Minister ervan op de hoogte dat het werken met prestaties allang niet meer hoeft en de registratie per vijf minuten allang tot het verleden kan behoren?

De vraag voor een nieuwe bekostiging komt van de aanbieders. Zij willen niet terug naar huidige prestaties op basis van uren tijdsinzet met maximum tarieven, maar willen afspraken maken op basis van een integraal vrij tarief. Omdat te kunnen bewerkstelligen is het belangrijk om inhoud van de geleverde zorg (in plaats van enkel de uren geleverde zorg) in de contractering mee te nemen.

Om de zorg te declareren is een prestatiebeschrijving van de NZa vereist. Ik ben op de hoogte van het feit dat de 5 minutenregistratie voor de verantwoording al meerdere jaren is afgeschaft. Echter hiermee hebben we nog niet bereikt dat de contractering van zorg plaatsvindt op basis van de inhoud van de zorg in plaats van tijdsinzet. Hiervoor is het nodig om inzicht te krijgen in de zorgbehoefte van de client. Het DKDL model

faciliteert daarin, waarbij ook aandacht is voor het voorkomen van risicoselectie.

Het afschaffen van de vijf-minutenregistratie hoeft helemaal niet gepaard te gaan met invoering van cliëntprofielen, waarom heeft de Minister dit wel aan elkaar gekoppeld?

Ik heb deze componenten niet aan elkaar gekoppeld, de 5-minuten registratie voor de verantwoording is namelijk al geruime tijd geleden afgeschaft. Daarbij geldt al langere tijd het principe «planning is realisatie» en is registratie achteraf dus niet nodig. De nieuwe bekostiging in het experiment maakt het mogelijk om niet alleen per uur te declareren maar ook per dag/week/maand/kwartaal. Hier is mogelijk de verwarring ontstaan.

Invoering van cliëntprofielen is wat de leden van de PVV-fractie betreft dan ook de oplossing van een niet bestaand probleem. Zou de Minister hier op kunnen reageren?

De cliëntprofielen zijn er nadrukkelijk niet voor om voor de 5-minuten registratie tegen te gaan. Het experiment heeft eigen doelstellingen die hier los van staan en beschreven in het convenant bekostiging wijkverpleging dat de NZa met de betrokken veldpartijen (ZN, Actiz, Zorgthuisnl, V&VN, PFN) heeft gesloten.⁷

Daarbij is aandacht voor inhoudelijke thema's die in lijn liggen met de doelen van dit experiment. Voorbeelden daarvan zijn het vergroten van de professionele autonomie, voldoende ruimte voor samenwerking en coördinatie in de wijk, stimuleren van preventie, lagere administratieve lasten en het verminderen van de productieprikkel – in het bijzonder bij tarieven voor een langere periode – en inzichten in de uitkomsten en kwaliteit van zorg en contractering.

De leden van de PVV-fractie willen weten hoe de invoering en ervaringen met cliëntprofielen in andere landen zoals Duitsland en USA is verlopen?

Het Nederlandse zorgsysteem is relatief uniek t.o.v. andere westerse landen. Bijzonderheden van de Nederlandse setting is dat de ouderenzorg is opgedeeld in meerdere domeinen. Dit maakt vergelijkingen met andere landen lastiger. Beleid dat in andere landen werkt kan niet zomaar overgenomen worden in de Nederlandse context. Dat neemt niet weg dat we ervaringen uit andere landen mee kunnen nemen in onze besluit- en beleidsvorming.

Vanuit Nederland participeren wij actief in verschillende internationale organisaties zoals de EU, de OESO en de WHO om te leren van de ervaringen uit andere landen. Zorg voor ouderen en mensen met een complexe zorgvraag neemt in alle westerse landen toe en op internationaal niveau wordt hier ook steeds meer aandacht aan gegeven.

⁷ Convenant bekostiging wijkverpleging 2022–2026 – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).

De leden van de PVV-fractie maken zich grote zorgen over de consequenties van de invoering van cliëntprofielen, vooral voor patiënten. Heeft de Minister alle consequenties voor patiënten, zorgaanbieders, wijkverpleegkundigen, mantelzorgers en zorgverzekeraars van deze systeemwijziging in beeld?

De reden dat geëxperimenteerd wordt in de bekostiging van wijkverpleging, is om door middel van het experiment de consequenties van de wijziging in beeld te brengen voordat een definitief besluit wordt genomen over het invoeren van de cliëntprofielen ter bekostiging van wijkverpleging. Tijdens het experiment zal de NZa meermaals monitoren. De NZa heeft gezamenlijk met betrokken partijen⁸ een eerste stap gezet voor het uitvoeren van het eerste evaluatiemoment (de nulmeting) zoals afgesproken in het convenant.⁹ Hiervoor is er reeds een uitvraag gedaan die de NZa aan het verwerken is.¹⁰ Uit de eerdere pilots zijn geen consequenties naar boven gekomen, die tot heroverweging van het hanteren van cliëntprofielen hebben geleid.

De nulmeting geeft zicht op de situatie zonder cliëntprofielen. De volgende evaluatie momenten geven zicht op het werken met cliëntprofielen, zodat we in beeld krijgen wat de mogelijke voor- en nadelen zijn. Het voorkomen van risicoselectie (waar dit model onder meer in moet faciliteren) is bijvoorbeeld juist in het belang van cliënten. Doordat de cliëntpopulatie onderdeel wordt van de gesprekken in de contractering kunnen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder een passend tarief afspreken.

Zou de Minister enkele voorbeelden van vooruitgang kunnen toelichten?

De volgende vooruitgang is de afgelopen tijd geboekt of krijgt op dit moment invulling:

- In december (2022) is er kort na publicatie van het onderzoeksrapport¹¹ in een bestuurlijk overleg met partijen unaniem gekozen voor de introductie van het DKDL model.
- Afgelopen maanden zijn er belangrijke stappen gezet om het DKDL model ook uitvoerbaar te maken in de praktijk. In sommige situaties is het bijvoorbeeld niet wenselijk om geen case-mix vragenlijst (9 items) af te nemen. Daar zijn oplossingen voor gevonden. Zo heeft de hoogcomplex verpleegtechnische thuiszorg bijvoorbeeld een aparte plek gekregen in het model.
- De concept regelgeving is door de NZa geconsulteerd bij de achterban van partijen, wat geen bijzonderheden heeft opgeleverd. Tevens is het DKDL model gepresenteerd tijdens een ledenbijeenkomst van Actiz, waar het positief werd ontvangen. Met de publicatie van de regelgeving van de NZa publiceert zij ook een informatiekaart voor de zorgprofessional.¹²
- De NZa en partijen zijn bezig een interactieve tool te ontwikkelen om het werken met cliëntprofielen en de case-mix vragenlijsten inzichtelijk te maken.
- Tenslotte gaan ECD (elektronisch cliënten dossier) leveranciers de komende maanden aan de slag om de case-mix vragenlijsten in de

⁸ V&VN, Patiëntenfederatie Nederland, Actiz, ZorgthuisNL en Zorgverzekeraars Nederland.

⁹ Convenant bekostiging wijkverpleging 2022–2026 – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).

¹⁰ Nieuwe bekostiging op basis van cliëntprofielen | Wijkverpleging | Nederlandse Zorgautoriteit (nza.nl).

¹¹ Onderzoeksrapport tweede pilot cliëntprofielen – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).

¹² FAQ nieuwe bekostiging wijkverpleging – vragen van uw cliënt (202303) – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).

ECDs in te bouwen, zodat deze vanaf 2024 een logische plek hebben in het proces van vastleggingen door de wijkverpleegkundige.

De leden van de PVV-fractie vrezen voor (nog) meer (financiële) discussies tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Deelt de Minister deze zorgen? Zo nee, waarom niet?

Ik deelt deze zorgen niet. De informatie over de cliëntenpopulatie die inzichtelijk wordt door het DKDL model gaat juist het gesprek tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de inhoud en kwaliteit van de geleverde zorg ondersteunen en stimuleren. Het is een feitelijke ondersteuning voor een gesprek. Door deze informatie kan het gesprek tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder over de inhoud van de zorg gaan voor bepaalde cliëntgroepen, in plaats van alleen over uren van zorg. Binnen het experiment is het mogelijk om zorg niet per uur maar bijvoorbeeld per dag, week, maand of kwartaal te declareren.

Deze manier van bekostigen draagt bij aan het voorkomen van zorg (preventie), het versterken van innovatieve vormen van zorg en het stimuleren van eigen regie en zelfredzaamheid. Een ander doel van de experiment bekostiging is dat er meer ruimte moet ontstaan voor de professionele autonomie van de wijkverpleegkundigen, zodat zij het vak in de volle breedte zo kunnen uitoefenen. Wijkverpleegkundigen die al werken met cliëntprofielen zijn enthousiast.

Hoe gaat de Minister voorkomen dat er upcoding gaat plaatsvinden?

Er zijn geen signalen bekend waaruit blijkt dat het experiment ertoe leidt dat zorgaanbieders minder uren zorg gaan leveren om zo een beter financieel resultaat te behalen. Daarnaast zal de NZa het experiment evalueren, ook specifiek op het risico van upcoding.

Ook zijn de vragen gescreend op eenduidigheid om te voorkomen dat de vragen multi-interpretabel zijn. Dat betekent dat je de vragen niet zomaar kunt aanzetten om er financieel gewin uit te halen. Tenslotte werkt het experiment met een integraal tarief, waardoor een ander cliëntprofiel niet automatisch meer geld oplevert. Er hangt geen tarief aan een cliëntprofiel. Zorgverzekeraars houden voor het overgrote deel inzicht in de uren verpleging en verzorging. Alleen met een kleine groep maken zorgverzekeraars afspraken over maandprestaties. Dit vindt plaats in een high trust setting, waarbij zorgaanbieders extra informatie delen met zorgverzekeraars om de zorglevering te verantwoorden en monitoren.

Deelt de Minister dat het ziek is dat zorgaanbieders de mogelijkheid krijgen om naar eigen inzicht (en dus niet op basis van kwaliteit of voortgang) minder uren zorg te leveren om zo een beter financieel resultaat te behalen?

Deze terminologie hanteer en herken ik niet. Minder uren zorg leveren om zo een beter financieel resultaat te behalen terwijl de client meer zorg nodig heeft is absoluut ongewenst. Daarom komt er door middel van de cliëntprofielen zicht in de zorgbehoefte van de cliënt op populatieniveau. Juist om zorgvershraling tegen te gaan wordt er ook gekeken hoe uitkomstindicatoren een plek kunnen krijgen in de cliëntprofielen. Met de informatie van de cliëntprofielen kan de zorgverzekeraar beter monitoren, bijvoorbeeld of het te verwachten is, dat bij een bepaalde zorgvraag minder uren worden geleverd of niet. De zorgverzekeraar kan ook beter anticiperen, als blijkt dat er in verhouding veel cliënten zijn met een lage draagkracht, hoge draaglast en hoge ondersteuningsbehoefte en

bespreken wat er nodig is om deze complexe groep passende zorg te verlenen.

Waarom gaat u regelen dat zorgaanbieders rijk kunnen worden door minder uren zorg te geven?

De bekostiging ondersteunt passende zorg. Dat vraagt niet alleen directe zorgverlening en ondersteuning, maar ook uit afstemming en samenwerken met andere zorgprofessionals, transferverpleegkundigen, huisartsen en sociaal domein. Met maandprestaties komt er financiële ruimte om deze samenwerking te stimuleren. De zorgprofessional kan bijvoorbeeld investeren in het netwerk met andere professionals, zonder dat dit meteen tot minder inkomsten leidt. De inhoud van zorg wordt namelijk meegenomen in de contractering in plaats van alleen de uren geleverde zorg.

Werken met maandprestaties is niet zonder risico's. Daarom passen zorgverzekeraars dat (tot nog toe) alleen toe in een high trust setting, waarbij zorgaanbieders extra informatie delen met zorgverzekeraars om de zorglevering te verantwoorden en monitoren. De NZa wil graag dat maandprestaties voor een grotere groep zorgaanbieders gaat gelden.

Om dat te doen is een ander soort inzicht nodig, namelijk: inzicht in uitkomst informatie die geschikt is voor de contractrelatie. Dergelijke informatie borgt bijvoorbeeld het risico dat aanbieders de zorg gaan verschraken (onderbehandeling). Er is nog geen zicht op brede implementatie van dergelijke informatie, die geschikt is voor contractering. Hierover zijn wel afspraken gemaakt in het convenant¹³ met partijen. Daarom wil de NZa met partijen daar de komende tijd meer op inzetten.

Het klopt toch dat de deelnemers aan de proef ervoor een negatief financieel resultaat haalden en erna een positief resultaat?

Dit signaal herken ik niet. In het convenant¹⁴ wat partijen en de NZa hebben gesloten is daarover onder andere het volgende afgesproken: «De geleverde zorg wordt vergoed met adequate tarieven.»

Hoeveel wijkverpleegkundigen hebben deelgenomen aan het experiment?

Op dit moment neemt 95% van de gecontracteerde zorgaanbieders deel aan het experiment door middel van het integrale uurtarief zonder de cliëntprofielen.

Het onderzoek «tweede pilot cliëntprofielen» is uitgevoerd bij zes zorgaanbieders uit verschillende regio's in Nederland. De omvang van de pilot is bewust beperkt gehouden tot een zestal grote zorgaanbieders, die naast een basis van generalistische wijkverpleging ook gespecialiseerde zorg bieden. Dit levert volume aan cliënten op en tegelijkertijd belasten we overige aanbieders niet met extra registratie.

De uiteindelijke dataset die de zes zorgaanbieders over deze periode hebben aangeleverd bevatte (onder meer) bijna 31.000 case-mix vragenlijsten, ingevuld door 882 wijkverpleegkundigen en gespecialiseerd verpleegkundigen. Uiteindelijk is de gezamenlijke mening van de verpleegkundigen van V&VN en de zes pilot aanbieders¹⁵ doorslaggevend geweest bij de keuze van het Draagkracht Draaglast model. Alle branche-

¹³ Convenant bekostiging wijkverpleging 2022–2026 – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).

¹⁴ Convenant bekostiging wijkverpleging 2022–2026 – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).

¹⁵ Cordaan, Envida, MeanderGroep Zuid-Limburg, Omring, Sensire en Vierstroom Zorg Thuis.

partijen hebben daarbij aangegeven de opvattingen van de pilot aanbieders en de wijkverpleegkundigen (V&VN) heel belangrijk te vinden bij de modelkeuze omdat deze zo goed mogelijk moet aansluiten bij de praktijk. Kortom, wijkverpleegkundigen zijn in alle fasen onderdeel geweest van het onderzoek en hun mening is uiteindelijk doorslaggevend geweest bij de keuze voor het Draagkracht Draaglast model.

Hoe gaat de Minister voorkomen dat er meer cliëntprofielen bijkomen, wanneer blijkt dat niet iedere patiënt binnen één van de bestaande profielen past?

Elk bekostigingsmodel heeft onderhoud nodig. Dat geldt ook voor het DKDL model.

Kern van het model zijn twaalf DKDL cliëntprofielen. Negen onderliggende case-mix vragen bepalen de score op de bouwstenen: draagkracht, draaglast en ondersteuningsbehoefte. Uit de scores volgt een cliëntprofiel. In principe staat dat aantal cliëntprofielen binnen het experiment vast. Verbeteringen op de onderliggende case-mix vragenlijst blijven altijd mogelijk, bijvoorbeeld om het model te actualiseren of de voorspelbaarheid te verbeteren. Dat kan zonder dat er meer cliëntprofielen bijkomen.

De NZa en partijen zijn daarnaast met een vervolgonderzoek bezig naar de medische kindzorg. Hiervoor geldt op dit moment een initieel profiel naast de DKDL profielen. Het is te verwachten dat er voor de kindzorg enkele cliëntprofielen bijkomen.

Hoe gaat de Minister voorkomen dat wijkverpleegkundigen te maken krijgen met hogere administratieve lasten door invoering van cliëntprofielen? Uit de eerste evaluatie van het experiment bleken de administratieve lasten namelijk toegenomen.

Er heeft nog geen evaluatie van het huidige experiment plaatsgevonden. Voor alle organisaties in de zorg staat voorop dat nodige administratie zo laag mogelijk moet zijn. De NZa voert daarom niet zomaar een nieuwe vragenlijst in. Enkel als er toegevoegde waarde blijkt te zijn en als het veld – wijkverpleegkundigen, zorgaanbieders en zorgverzekeraars – achter een aanpassing staan wordt een aanpassing doorgevoerd.

Bij het experiment wordt dus nadrukkelijk rekening gehouden met de administratieve lasten. De case-mix vragenlijst om een cliënt te scoren op: draagkracht, draaglast en ondersteuningsbehoefte bestaat uit 9 vragen. Wijkverpleegkundigen die mee hebben gedaan aan de pilots zeggen hier enkel een aantal minuten per cliënt voor te gebruiken en ervaren dit niet als een grote administratieve last. Een deel van de case-mix vragenlijst is eigenlijk al onderdeel zijn van de anamnese en de case-mix vragenlijst hoeft alleen bij de indicatie en herindicatie te worden afgenomen. Dat betekent dat wanneer er voor de betreffende cliënt wijzigingen optreden die aanleiding zijn voor een herindicatie, dit ook een aanleiding is om de gekozen antwoordopties bij de case-mix vragenlijst en een mogelijk gewijzigd cliëntprofiel te administreren. Voor de meeste cliënten is dat één/hooguit twee keer per jaar. Tenslotte zal bij invoering van de cliëntprofielen ook een vragenlijst (de ZN doelgroepen-vragenlijst) vervallen per 2025.

Het experiment stelt de wijkverpleegkundige en verzorgende juist in staat om per dag, week, maand, of kwartaal te declareren. Zo krijgen zij meer ruimte en vrijheid om vanuit professionele autonomie de zorg zo goed mogelijk te organiseren. Daarnaast helpen de uitkomsten van de case-mix

vragenlijsten om meer gestandaardiseerde data over de wijkverpleging te genereren, zodat wijkverpleegkundigen en zorgaanbieders ook door middel van data van elkaar kunnen leren. Wijkverpleegkundigen krijgen bijvoorbeeld inzicht in verschillen tussen cliënten en teams.

Waarom kiest de Minister met de cliëntprofielen voor een bekostiging gedreven op financiële sturing en niet op inhoudelijke sturing waar geen ruimte is om kennis op te bouwen en te delen door middel van kwaliteitsinterventies? Waarom kiest de Minister niet voor een systeem meer gericht op het verbeteren van situaties waarbij minder uren ingezet kunnen worden zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit?

Door de introductie van cliëntprofielen voegen we juist meer inhoud toe aan het bekostigingsmodel. Dit heeft als doel dat een meer inhoudelijk gesprek plaatsvindt tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars en daarbij kwaliteit en preventie gestimuleerd worden. Zo bewegen we weg van de productieprikkel en zet de sector maximaal in op samenwerking, digitale zorg, innovatie en zelfredzaamheid van de cliënt. Doordat cliëntprofielen de ruimte bieden om niet per uur, maar per dag/week/maand/kwartaal te declareren geeft het de wijkverpleegkundige meer autonomie om tijd zelf in te delen.

Kwaliteit en uitkomsten is een belangrijk onderdeel van werken met cliëntprofielen. Sterker, de verbinding van het DKDL model met kwaliteit- en uitkomstindicatoren is van groot belang. De NZa en partijen zien inzicht in kwaliteit en uitkomsten van zorg nog steeds als een belangrijke randvoorwaarde om een bredere groep zorgaanbieders de overstap te kunnen laten maken naar een vergoeding voor een langere periode, bijvoorbeeld maandprestaties. Dergelijke informatie voorkomt bijvoorbeeld het risico dat aanbieders de zorg gaan versralen (onderbehandeling).

Is het bestaande classificatiesysteem Omaha hier geschikt voor? Hoeveel zorgaanbieders wijkverpleging maken reeds gebruik van Omaha?

Bij de totstandkoming cliëntprofielen en het DKDL model is er gekeken naar bestaande classificatiesystemen als de NANDA, NIC, NOC en Omaha (meest voorkomende). Deze systemen verzamelen informatie, maar bleken niet bruikbaar voor de vertaalslag naar de passende zorg zoals het DKDL model doet. Er geldt misschien voor één of twee vragen dat deze overlappen met bestaande classificatiesystemen, maar de negen kenmerken uit het DKDL zijn in ieder geval niet in alle classificatiesystemen beschikbaar. Er wordt wel gekeken naar zibs¹⁶ om bij de praktijk aan te sluiten en dubbele registratie te voorkomen.

De Minister geeft aan dat de input van wijkverpleegkundigen doorslaggevend geweest is bij de totstandkoming van het uiteindelijke model voor de cliëntprofielen. De leden van de PVV-fractie willen weten hoeveel wijkverpleegkundige er betrokken zijn bij het opstellen van de cliëntprofielen?

Voor de omvang van de pilot is bewust gekozen voor een zestal grote zorgaanbieders. Dit levert volume aan cliënten op en tegelijkertijd belasten we overige aanbieders niet met extra registratie. Zie vraag 23 voor de totale aantal betrokken wijkverpleegkundige per fase van het experiment.

¹⁶ zorginformatie bouwstenen (zibs) vormen de basis voor standaardisatie van zorginformatie.

Genoemde leden vragen of Buurtzorg Nederland (BN) waar één derde van de wijkverpleegkundigen in Nederland werkzaam is, betrokken is bij de totstandkoming van cliëntprofielen of het DKDL-model? Zo nee, waarom niet?

Buurtzorg is niet betrokken geweest bij de totstandkoming. Buurtzorg is wel betrokken bij het bestuurlijk platform over de bekostiging waarbij grote aanbieders met suggestie voor de doorontwikkeling kunnen geven. Afgelopen juni is het bestuurlijk platform niet doorgegaan. Er wordt een nieuw platform georganiseerd in het najaar waar ook Buurtzorg voor wordt uitgenodigd.

Wat zou de reden kunnen zijn voor het feit dat BN tot vijf keer aan toe werkgever van het jaar was? Bent u er mee bekend dat BN nog altijd groeit en inmiddels bijna 1000 zelfsturende teams door heel het land heeft? In hoeveel landen wordt inmiddels in navolging van BN met zelfsturende teams gewerkt?

Ik ben op de hoogte van het feit dat de werkwijze van Buurtzorg Nederland ook in andere landen wordt gebruikt. Ik ben ook bekend dat Buurtzorg een aantal keer werkgever van het jaar is geweest. De NZa betreft buurtzorg en andere zorgaanbieders via een bestuurlijk platform bij het experiment om werkwijze met elkaar te delen.

Waarom maakt u de wijkverpleging en wijkzakenverzorging kapot, in plaats van dat u de werkwijze van BN, waar cliënten tevredener, medewerkers gelukkiger en de zorg ook nog eens goedkoper wordt geleverd, overneemt?

Cliëntprofielen zijn niet alleen een bekostigingssysteem, ze faciliteren een andere kijk op de wijkverpleging, die noodzakelijk is voor de toekomst. Met cliëntprofielen werken we naar een systeem dat passende zorg ondersteunt en gericht is op de toekomst. Door informatie uit de cliëntprofielen op een zinvolle manier te gebruiken kan de zorgvraag beter voorspeld worden, maar krijgen we ook inzicht hoe aanbieders het in vergelijking met elkaar het doen. Zo geven cliëntprofielen inzicht in de cliëntpopulatie van aanbieders.

Ik schep voor de wijkverpleging de randvoorwaarden en de kaders om als zorgaanbieder wijkverpleging aan te kunnen bieden en declareren. Welke organisatievorm en werkwijze de zorgaanbieder kiest voor het leveren van zorg is aan de organisatie zelf.

De leden van de PVV-fractie verzoeken de Minister per direct te stoppen met de bekostigingssystematiek via cliëntprofielen en zich te richten op het ondersteunen van zorgprofessionals onder andere door het terugdringen van de werkdruk en van de administratieve lasten.

Door de invoering van de bekostigingssystematiek op basis van cliëntprofielen worden verbeteringen aangebracht voor zorgaanbieders in de wijkverpleging en wijkverpleegkundigen die zorg toekomstbestendig leveren. Ik ben daarom ook nog steeds voornemens om het nieuwe experiment per 1 januari 2024 van start te laten gaan. Ik span mij ook in om zowel de werkdruk als de administratieve lasten terug te dringen. Daarom hebben we in het Integraal Zorg Akkoord (IZA) en de programma's Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) en Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg (TAZ) juist afspraken gemaakt die erop zijn gericht om de administratieve lasten te verlagen en het werkplezier te verhogen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

Maar leefomstandigheden en de context van de cliënt spelen toch een rol bij indicatiestellingen?

De wijkverpleegkundige stelt een indicatie volgens het verpleegkundig proces. Hierbij is het Normenkader van de V&VN een belangrijke leidraad. In het verpleegkundig proces is nadrukkelijk oog voor de context waarin de cliënt zich bevindt.

Dit is toch bij een aanvraag van de Wmo ook het geval?

Ja, bij een indicatie op grond van de Wmo2015, wordt rekening gehouden met het sociale netwerk waar iemand op kan terugvallen. In artikel 1.2.1. van de Wmo2015 staat het als volgt omschreven: «Een ingezetene van Nederland komt overeenkomstig de bepalingen van deze wet in aanmerking voor een maatwerkvoorziening, bestaande uit door het college van de gemeente waarvan hij ingezetene is, te verstrekken ondersteuning van zijn zelfredzaamheid en participatie, voor zover hij in verband met een beperking, chronische psychische of psychosociale problemen niet op eigen kracht, met gebruikelijke hulp, met mantelzorg of met hulp van andere personen uit zijn sociale netwerk voldoende zelfredzaam is of in staat is tot participatie».

Woont iemand alleen, is er een netwerk of mantelzorger aanwezig? Wordt de post opengemaakt? Betekent dit DKDL-model dat er meer zoals in de onderzoeksfase bij de Wmo geïndiceerd gaat worden?

De indicatiestelling in de wijkverpleging verandert niet door de introductie van het DKDL model. De verpleegkundige indicatiestelling blijft het uitgangspunt voor de zorg die aan de individuele patiënt geleverd wordt. Het experiment zorgt dus niet voor een aanpassing in de wijze van indiceren door de wijkverpleegkundige. Het voegt wel meer informatie toe over de context van de cliënt. Deze informatie is gevat in de bouwstenen draaglast, draagkracht en ondersteuningsbehoefte op basis van een aantal cliëntkenmerken. Cliëntprofielen kunnen worden gebruikt voor de contractering tussen aanbieder en verzekeraar.

En hoe verhoudt dit zich tot zogenaamde gebruikelijke zorg die men elkaar pleegt te geven? Kan de Minister aangeven hoe transparant dit nieuwe systeem is? Voor de zorgaanbieders maar ook voor de cliënt?

De wijkverpleegkundige stelt een indicatie op basis van het verpleegkundig proces. Deze indicatie wordt vertaald in een zorgplan waar de cliënt akkoord op geeft. Deze systematiek blijft bestaan met implementatie van het DKDL model. De case-mix vragenlijst (9 vragen) waaruit het cliëntprofiel wordt afgeleid wordt ingevuld door de wijkverpleegkundige naar aanleiding van de indicatiestelling, en deze is ondersteunend aan het goede gesprek tussen de wijkverpleegkundige en de patiënt. Hierbij kunt u denken aan gesprek over; waar liggen uw behoeftes, hoe kan ik u het beste ondersteunen en wat kunt u al dan niet met hulp van uw naasten nog zelf?

Voor de zorgprofessional heeft de NZa een informatiekaart opgenomen met «vragen van uw cliënt». ¹⁷ Hierin staat uitgelegd wat de cliënt merkt van de nieuwe bekostiging: «Net als nu zal de wijkverpleegkundige samen met u een intake doen en het zorgplan opstellen. U blijft de hoeveelheid

¹⁷ FAQ nieuwe bekostiging wijkverpleging – vragen van uw cliënt (202303) – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).

zorg krijgen die u nodig heeft. Daarnaast krijgt de wijkverpleegkundige meer ruimte om naast of in plaats van de zorg ook andere hulp te bieden die nodig is. Dat kan bijvoorbeeld in de vorm van hulpmiddelen of digitale zorg. Zo zorgen we met elkaar dat u zo zelfstandig mogelijk blijft en dat er voldoende zorg beschikbaar is voor alle cliënten».

Daarnaast is Patiëntenfederatie Nederland betrokken bij de doorontwikkeling van de bekostiging en wordt zo het cliëntenperspectief meegenomen.

Betekent dit dat de wijziging uit de genoemde voorhang een verzwaring is van de huidige administratieve lasten of juist een verlichting? Kan de Minister hier een uitgebreide toelichting op geven.

Voor alle organisaties in de zorg staat voorop dat de administratieve lasten zo laag mogelijk moeten zijn. De NZa voert daarom niet zomaar een nieuwe vragenlijst in. Zij doen dit alleen omdat blijkt dat dit echt toegevoegde waarde heeft en omdat wijkverpleegkundigen, zorgaanbieders en zorgverzekeraars hier achter staan. Samen zijn we tot de conclusie gekomen dat deze case-mix vragenlijst met een minimale tijdsbesteding veel oplevert. Het invullen van deze vragen kost maximaal een paar minuten van de tijd van de wijkverpleegkundige om de cliënt goed in kaart te brengen. Daartegenover staat dat de wijkverpleegkundige en verzorgende hierdoor via de nieuwe bekostiging, in de vorm van bijvoorbeeld dag, week, maand of kwartaaltarieven, meer ruimte en vrijheid krijgen om vanuit professionele autonomie passende zorg zo goed mogelijk te organiseren. Daarnaast helpen de uitkomsten van de case-mix vragenlijsten om meer gestandaardiseerde data over de wijkverpleging te genereren, zodat wijkverpleegkundigen en zorgaanbieders ook door middel van data van elkaar kunnen leren. Wijkverpleegkundigen krijgen bijvoorbeeld inzicht in verschillen tussen cliënten en teams.

Tot slot valt er bij invoering van de cliëntprofielen ook een vragenlijst af, namelijk de ZN-doelgroepen vragenlijst.

Wat betekent dit voor de cliënt zelf, moet hij of zij langere vragenlijsten invullen?

De case-mix vragenlijst (9 vragen) wordt in enkele minuten ingevuld door de wijkverpleegkundige. De cliënt hoeft geen vragenlijsten in te vullen.

Wordt aan een cliënt op basis van een cliëntprofiel volgens het DKDL-model inzichtelijk gemaakt waar hij op kan rekenen? Op welke soort zorg en op hoeveel uur?

De door de wijkverpleegkundige opgestelde indicatie en het daaropvolgende zorgplan geven inzicht in de soort zorg, de ureninzet voor de cliënt en wanneer deze zorg nodig is. De wijkverpleegkundige stelt samen met de cliënt een zorgplan op en maakt daarbij een planning. Aan dit proces verandert niets door invoering van de bekostiging op basis van cliëntprofielen. De vragenlijst is ondersteunend aan het goede gesprek tussen de wijkverpleegkundige en de patiënt; waar liggen uw behoeftes, hoe kan ik u het beste ondersteunen en wat kunt u al dan niet met hulp van uw naasten nog zelf?

De leden van de CDA-fractie vragen dit specifiek, omdat er volgens hen een verschil is tussen langdurig gebruik moeten maken van wijkverpleging (bij een lichamelijke handicap) en kortdurend (na een operatie). Voor de eerste groep is het een ander perspectief dan de tweede groep. Dan moeten zaken als inzetten op preventie en zelfredzaamheid ook anders gewogen worden. Deelt de Minister dit uitgangspunt met leden van de CDA-fractie?

Iedere cliënt heeft een unieke zorgvraag en context, waar de wijkverpleegkundige voldoende oog voor heeft. Het Normenkader van de V&VN ondersteunt de wijkverpleegkundige hierin. Preventie en zelfredzaamheid zijn onderdeel van de indicatiestelling middels het verpleegkundig proces. In navolging van de indicatiestelling wordt het passende cliëntprofiel geregistreerd. Bovendien helpt het cliëntprofiel om die relevante groepen te onderscheiden

Vervolgens lezen de leden van de CDA-fractie dat onder zorgaanbieders het experiment veel draagvlak kent. Wat vinden patiënten en gehandicaptenorganisaties van dit DKDL-model? Vinden zij deze wijziging ook een verbetering?

Alle partijen betrokken bij het convenant¹⁸ – te weten V&VN, NZa, Patiëntenfederatie Nederland, Actiz, ZorgthuisNL en Zorgverzekeraars Nederland – ondersteunen het DKDL model. Zij delen de visie dat de cliëntprofielen helpen om de wijkverpleging toekomstbestendig te maken. Daarnaast zal de NZa tijdens het experiment een monitoring en evaluatie uitvoeren waarbij ook het cliëntperspectief wordt betrokken.

Als cliënten het niet eens zijn met de uitkomsten of met het cliëntenprofiel dat eruit komt? Wat gebeurt er dan, vragen deze leden aan de Minister?

Het cliëntprofiel volgt uit de door de wijkverpleegkundige ingevulde case-mix vragenlijst. Het cliëntprofiel dat aan een cliënt gekoppeld wordt heeft geen directe gevolgen voor de zorg die een cliënt ontvangt. In principe hoeft de cliënt niet te merken in welk profiel men valt. Het profiel is enkel ter onderbouwing voor het gesprek tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar. De indicatie blijft leidend voor de zorgvraag.

Het stellen van de indicatie gaat altijd in samenspraak met de cliënt. De wijkverpleegkundige neemt de cliënt mee in het tot stand komen van de indicatie.

Daarnaast zijn de vragen van de case-mix vragenlijst gescreend op eenduidigheid om te voorkomen dat de vragen multi-interpretabel zijn. Dat betekent dat de wijkverpleegkundige de vragen niet zomaar kan «aanvinken» om er financieel gewin uit te halen. Tenslotte werkt het experiment met een integraal tarief, waardoor een ander cliëntprofiel niet automatisch meer geld oplevert.

Het experiment zal moeten uitwijzen of en hoe cliëntprofielen volgens het DKDL-model als basis zouden kunnen dienen voor reguliere bekostiging van geleverde zorg door zowel grote als kleine zorgaanbieders in de wijkverpleging. Dat begrijpen de leden van de CDA-fractie, daarom is het immers een experiment. Maar zij vragen hoe dat vervolgens gemeten wordt?

Het experiment kent een evaluatie achteraf en een monitoring lopende het experiment waarbij de zorgaanbieders en wijkverpleegkundigen actief worden betrokken. Daarbij is aandacht voor de risico's die samenhangen

¹⁸ Convenant bekostiging wijkverpleging 2022–2026 – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).

met een bekostiging op basis van cliëntprofielen zoals risicoselectie, upcoding en onderbehandeling. De evaluatie en monitoring richt zich daarnaast op de meer inhoudelijke thema's die in lijn liggen met de doelen van dit experiment. Voorbeelden daarvan zijn het vergroten van de professionele autonomie, stimuleren van preventie en samenwerking, lagere administratieve lasten en het verminderen van de productieprikkel – in het bijzonder bij tarieven voor een langere periode – en inzichten in de uitkomsten van zorg en contractering. In het convenant¹⁹ bekostiging wijkverpleging 2022–2027 hebben partijen deze doelen met elkaar verwoord.

Hoe wordt er beoordeelt of het experiment geslaagd is?

De NZa evalueert het experiment achteraf en schrijft daarover een evaluatierapport. Op basis van dit rapport zal ik besluiten of de bekostiging op basis van cliëntprofielen in de reguliere bekostiging wordt ingevoerd. Bij deze evaluatie leveren de zorgaanbieders en wijkverpleegkundigen, betrokken bij het experiment, uiteraard hun input. De NZa zal bij de evaluatie kijken in hoeverre de inhoudelijke thema's die benoemd zijn in het convenant²⁰ met het experiment behaald worden en welke risico's bestaan voor invoering in de reguliere bekostiging.

Welke indicatoren worden er gehanteerd?

Er wordt gekeken naar de inhoudelijke doelen die benoemd zijn in het convenant²¹ bekostiging wijkverpleging 2022–2027.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre de nieuwe bekostiging rekening houdt met mogelijkheden om samen te werken, tijd voor multidisciplinair overleg en financiële ruimte om medewerkers een salaris te kunnen bieden waarbij ook de compensatie voor de gestegen inflatie kan worden meegenomen?

Het experiment werkt met een integraal tarief. Doordat cliëntprofielen de ruimte bieden om niet per uur, maar per dag/week/maand/kwartaal te declareren geeft het de wijkverpleegkundige meer autonomie om tijd zelf in te delen. Hierdoor ontstaat ook ruimte voor innovatie en multidisciplinaire overleggen.

Cliëntprofielen stimuleren het gesprek tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder over de kwaliteit en inhoud van zorg, in plaats van enkel over uren van zorg. Het uitgangspunt daarbij is ook dat de nieuwe bekostiging moet bijdragen aan het voorkomen van zorg (preventie), het versterken van innovatieve vormen van zorg, het tegen gaan van risicoselectie en het stimuleren van eigen regie en zelfredzaamheid van de cliënt.

Naast het integrale tarief waarbij de cliëntprofielen gebruikt gaan worden, zijn nog een aantal aparte prestaties in de wijkverpleging om extra stimulans voor specifieke handelingen te geven die niet cliëntgebonden zijn. Zo wordt het per 2024 mogelijk om de coördinatie van wijkverpleging met een aparte prestatie te vergoeden.

¹⁹ Convenant bekostiging wijkverpleging 2022–2026 – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).

²⁰ Convenant bekostiging wijkverpleging 2022–2026 – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).

²¹ Convenant bekostiging wijkverpleging 2022–2026 – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

Tot slot, het financiële kader voor de wijkverpleging wordt voor het loongerelateerde deel geïndexeerd met de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (OVA). Via de OVA wordt jaarlijks marktconforme arbeidsvoorwaardenruimte beschikbaar gesteld. De gestegen inflatie leidt tot hogere marktlonen en daarmee ook tot een hogere OVA en dus meer financiële ruimte voor hogere lonen in de wijk. Verder is in het integraal zorgakkoord (IZA) afgesproken dat verzekeraars deze extra ruimte ook moeten voorvertalen naar aanbieders.

En hoe wordt de bekostiging voor systeemfuncties meegenomen, bij voorbeeld de bekostiging van ongeplande avond- en nachtzorg, de coördinatie van een herkenbaar en aanspreekbaar wijkverpleging team en wijkgerichte preventie?

De cliëntprofielen zullen gebruikt worden als inhoudelijke onderbouwing van het integrale tarief (per dag/week/maand/kwartaal) waarover onderhandeld wordt tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraar. De systeemfuncties bestaan nu naast de integrale tarieven. Dat betekent dat de bekostiging van ongeplande avond- en nachtzorg en de coördinatie van een herkenbaar en aanspreekbaar wijkverpleging team naast de cliëntprofielen gedeclareerd kan worden via aparte prestaties. Eerder is gebleken dat de systeemfuncties kosten zijn die niet cliëntgebonden zijn en om die reden een aparte prestatie vragen.

De leden van de PvdA-fractie vragen op welke wijze de nieuwe bekostiging moet bijdragen aan preventie van zorg, het versterken van innovatieve zorg en het versterken van eigen regie en zelfredzaamheid van de cliënt.

Het uitgangspunt van de nieuwe bekostiging is dat deze moet bijdragen aan het voorkomen van zorg (preventie), het versterken van innovatieve vormen van zorg, het tegen gaan van risicoselectie en het stimuleren van eigen regie en zelfredzaamheid van de cliënt. Doordat de tarieven per dag/week/maand/kwartaal kunnen worden gedeclareerd is er meer ruimte voor de autonomie van de verpleegkundige om de zorg te leveren die op dat moment voor een cliënt het meest passend is zonder vast te zitten aan declarabele uren. Daarin zit ruimte om in te zetten op preventie, innovatie en eigen regie.

Daarnaast helpen de uitkomsten van de case-mix vragenlijsten om meer gestandaardiseerde data over de wijkverpleging te genereren, zodat wijkverpleegkundigen en zorgaanbieders ook door middel van data van elkaar kunnen leren. Wijkverpleegkundigen krijgen bijvoorbeeld inzicht in verschillen tussen cliënten en teams.

In hoeverre is dit een doel op zich en is de nieuwe bekostiging gericht op bezuinigen in plaats van op het komen tot een tarief dat de geboden noodzakelijke zorg dekt?

De introductie van clientprofielen draagt eraan bij de gesprekken over de tarieven in de wijkverpleging tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraar inhoud te geven. Het doel is niet het bereiken van een bezuiniging. Het kader van de wijkverpleging kent al meerdere jaren een onderuitputting. We willen nu een bekostigingsmodel creëren met de juiste financiële prikkels om goede zorg te leveren voor de cliënt.

De leden van de PvdA-fractie vragen een nadere toelichting op het draagvlak voor het DKDL-model. In hoeverre wordt dit gesteund door het veld?

Dit model is opgesteld in samenwerking met het veld en vervolgens gekozen door de NZa en partijen²² van het convenant²³.

Het *Onderzoeksrapport tweede pilot cliëntprofielen* van de Tilburg University, Maastricht University en de NZa (oktober 2022)²⁴ heeft meerdere modellen geanalyseerd. Het onderzoeksrapport geeft geen aanbeveling welk model te gebruiken in het experiment, maar laat dit aan de betrokken partijen. Voor de modelkeuze zijn alle betrokken partijen²⁵ geconsulteerd en gevraagd hun onderbouwde voorkeur uit te spreken voor een model. Uit de consultatie is het Draagkracht Draaglast (DKDL) model naar voren gekomen als voorkeursmodel, de voorkeur van V&VN en de zes pilot aanbieders²⁶ voor dit model woog zwaar mee in deze besluitvorming omdat het belangrijk is dat het model aansluit bij de zorgpraktijk.

De NZa geeft aan bij de keuze van dit model een balans te hebben gevonden tussen eenduidigheid, herkenbaarheid, toekomstgerichtheid en voorspelkracht.

De leden van de PvdA-fractie vragen of het voor alle wijkverpleegkundigen mogelijk is per 2024 te starten met het registreren volgens het DKDL-model? Zij lezen dat het experiment met het DKDL-model vanaf 2024 vijf jaar gaat lopen. Zij vragen hoe gedurende de looptijd wel gezorgd zal worden voor reële tarieven?

Ja, 2024 is een overgangsjaar. In 2024 kunnen zorgaanbieders en wijkverpleegkundigen al zoveel als mogelijk case-mix vragenlijsten afnemen bij hun cliënten en deze in de ECDs (elektronisch cliënten dossier) vastleggen. De ECDs zullen voor die tijd ingericht zijn om dit mogelijk te maken. Vanaf 2025 geldt de verplichting om de informatie van het cliëntprofiel mee te sturen met de declaratie.

Er verandert niets in de tariefregulering. Net als afgelopen jaren geldt bij deelname aan het experiment een vrij tarief met contractvereiste. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken onderling afspraken over reële tarieven. In het convenant is daar expliciet aandacht aan besteed en in artikel 4 onder meer het volgende afgesproken: «De geleverde zorg wordt vergoed met adequate tarieven.» Het convenant blijft onveranderd van kracht gedurende het nieuwe experiment tot en met 2028.

²² V&VN, NZa, Patiëntenfederatie Nederland, Actiz, ZorgthuisNL en Zorgverzekeraars Nederland.

²³ Convenant bekostiging wijkverpleging 2022–2026 – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).

²⁴ Onderzoeksrapport tweede pilot cliëntprofielen – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).

²⁵ V&VN, Patiëntenfederatie Nederland, Actiz, ZorgthuisNL en Zorgverzekeraars Nederland.

²⁶ Cordaan, Envida, MeanderGroep Zuid-Limburg, Omring, Sensire en Vierstroom Zorg Thuis.

De leden van de PvdA-fractie krijgen signalen dat uit het nieuwe inkoopbeleid van zorgkantoren blijkt dat zorgkantoren de toegang tot verpleeghuizen verder gaan inperken, door alleen cliënten met een hele zware zorgvraag nog toe te laten in een verpleeghuis. Zij vragen of dit wel kan volgens de nu geldende wetgeving, die zegt dat mensen recht hebben op zorg met verblijf. Deze leden begrepen dat bij Zilveren Kruis alleen mensen met een indicatie «beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging» (zpz6) naar het verpleeghuis mogen. Zij vragen wat dit in de praktijk betekent voor de wijkverpleging en de zorg thuis. Kan de Minister uitgebreid ingaan op de gevolgen die dit inkoopbeleid van de zorgkantoren zal hebben voor zowel het personeel in verpleeghuizen, dat met veel zwaardere zorgvraag te maken krijgt, als voor de wijkverpleging?

Momenteel hebben alle ouderen die toegang hebben tot de Wet langdurige zorg (Wlz) ook aanspraak op zorg met verblijf, ook als er alternatieven zijn in de thuissituatie of in een geclusterde setting buiten het verpleeghuis. Zilveren Kruis geeft bijvoorbeeld aan dat het dan ook niet zo is dat Zilveren Kruis in zijn inkoopdocument stelt dat alleen mensen met een indicatie zpz-6 nog naar het verpleeghuis mogen. De suggestie dat de zorgkantoren in strijd met de wet handelen is dan ook niet juist.

Wel zie ik de urgentie om actie te ondernemen voor het toenemende aantal kwetsbare ouderen die vaker thuis blijven wonen. Daarom heb ik ook het programma Wonen Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) met vele partijen samen opgezet, waarin de groei van de zorgvraag opgevangen zal worden in de thuissituatie of voorzieningen op basis van scheiden van wonen en zorg. Daarbij is het logisch dat eerst ouderen met een indicatie in de lagere zpz's worden benaderd om te kijken of zij ook zorg zonder verblijf kunnen ontvangen. Hier zijn zorgaanbieders en zorgverzekeraars ook bij betrokken. De zorg in de verpleeghuizen verandert en ook de zorg die de wijkverpleegkundige levert in de wijk. Met WOZO ben ik met (inmiddels 35) partijen een beweging gestart om de zorg en ondersteuning van ouderen houdbaar te maken en houden voor de toekomst.

In het verlengde daarvan is het goed om na te denken over criteria die toegang geven tot het verpleeghuis. Daarom heb ik het Zorginstituut gevraagd te onderzoeken of het mogelijk is om in de Wlz objectieve criteria uit te werken tot een werkbaar cesuur voor de praktijk, met als resultaat dat alleen personen met een VV-indicatie die zijn aangewezen op verblijf met integrale zorg de aanspraak verblijf krijgen toegekend.

De wijkverpleegkundige zal immers mensen thuis zorg moeten bieden die voorheen naar het verpleeghuis gingen. Wat betekent het voor de wachttijden voor het verpleeghuis, nu de mensen die er opgenomen zijn een zwaardere zorgvraag zullen hebben?

De wachttijden voor het verpleeghuis zijn vooral afhankelijk van de urgentie van de opname. Als een cliënt met spoed opgenomen moet worden in een verpleeghuis, blijkt dat in de meeste gevallen mogelijk. Het aantal cliënten met een VV-indicatie dat urgent geplaatst moet worden, bedraagt momenteel ruim 300. Dit volgt uit StatLine – Wachtenden in de langdurige zorg; sector, kwartaal (cbs.nl). Cliënten met een opnamewens die minder urgent is, hebben helaas te maken met een langere wachttijd.

Ik wil hierbij overigens opmerken dat het bij cliënten op de wachtlijst voor het verpleeghuis gaat om cliënten met een Wlz-indicatie. Indien zij verpleging en verzorging thuis ontvangen, gebeurt dit vanuit de Wlz en niet via de wijkverpleging vanuit de Zvw.

Wat betekent het voor de zorgvraag van de cliënten van wijkverpleegkundigen?

Er komen meer kwetsbare ouderen met een complexe zorgvraag die thuis blijven wonen. Dat vraagt veel van de totale zorg die de eerste lijn aan deze ouderen biedt. Niet alleen de wijkverpleegkundige zal deze cliënten zorg leveren, ook de huisarts, apotheker en specialist ouderengeneeskunde spelen hier een belangrijke rol. Om de zorg toegankelijk te houden voor deze steeds complexere zorgvragen thuis werken we aan een versterking van de eerste lijn. Hierover heb ik uw Kamer recent geïnformeerd.²⁷

Zijn er voldoende wijkverpleegkundigen om deze zorg te bieden?

Net als in alle zorgsectoren ligt er voor de arbeidsmarkt een grote uitdaging in de wijkverpleging. Daarom zetten we in op de afspraken uit het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg (TAZ). Efficiënte inzet van beschikbaar personeel is hierbij een eerste stap. In TAZ werken we aan het in gang zetten van een transitie om het werk anders te organiseren zodat aan de zorgvraag voldaan kan blijven worden. Daarnaast heb ik met Actiz, Zorgthuisnl, V&VN en ZN in maart jl. het Investeringsakkoord Opleiden Wijkverpleging ondertekend. Een akkoord waarmee geïnvesteerd zal worden in het meer en anders opleiden van helpenden (naar verzorgenden), verzorgenden IG, verpleegkundigen en verpleegkundige specialisten voor de wijkverpleging.²⁸

Wat betekent dit voor de werkdruk van wijkverpleegkundigen?

Doordat de arbeidsmarkt in de wijkverpleging een grote uitdaging is, is de werkdruk in de wijk hoog. Daarom werk ik samen met de partijen uit het veld aan de acties die benoemd staan in het programma TAZ en het Investeringsakkoord Opleiden Wijkverpleging.

Wat betekent het voor de wachttijden voor zorg thuis?

In maart 2023 is een onderzoek uitgevoerd naar de toegankelijkheid van wijkverpleging.²⁹ Hierin kwam naar voren dat de beschikbaarheid van wijkverpleging na de Covid-pandemie verder is afgenomen. Steeds vaker moeten aanbieders cliënten weigeren of kunnen zij minder uren per cliënt leveren dan nodig of gewenst. De omvang van deze beschikbaarheidsproblemen verschilt tussen aanbieders, locaties en periodes. Een betere regionale afstemming van vraag en aanbod kan daarom een deel van het probleem verminderen.

Ik verwacht dat een bekostigingssysteem dat ruimte geeft aan de autonomie van de verpleegkundige, het voorkomen van zorg (preventie), het versterken van innovatieve vormen van zorg en het stimuleren van eigen regie en zelfredzaamheid van de cliënt, bijdraagt aan de toegankelijkheid van de wijkverpleging in de toekomst met vergrijzing.

²⁷ Kamerstuk 33 578, nr. 95.

²⁸ Kamerstukken 29 282 en 23 235, nr. 509.

²⁹ Onderzoek naar de... | SiRM – Strategies in Regulated Markets.

Wat betekent het voor de werkdruk van huisartsen en het aantal ouderen dat op de huisartsenpost (HAP) of spoedeisend hulp (SEH) belandt?

De verschuiving van zorg in een verpleeghuis naar zorg thuis werkt door in andere zorgsectoren³⁰. Dat geldt ook voor de huisartsenzorg en de spoedeisende hulp. Daarom zoeken we met programma's als het IZA het WOZO en de TAZ juist naar manieren om de toegankelijkheid van de totale zorg zo goed mogelijk te borgen. Daarmee willen we voorkomen dat de werkdruk verschoven wordt van de ene naar de andere sector.

Kan de Minister garanderen dat mensen die zorg thuis nodig hebben die zorg ook werkelijk krijgen? De leden van de PvdA-fractie vragen of het huidige beleid gericht is op «zorg thuis tenzij...»? Zo ja, kan de Minister de invulling van het «tenzij» uitgebreid toe te lichten?

Vanuit het WOZO werken ik aan «thuis als het kan, digitaal als het kan en zelf als het kan». «Zelf als het kan» wil zeggen dat we de mogelijkheden voor ouderen vergroten om zo lang mogelijk, met ondersteuning van de eigen omgeving, zelfredzaam te blijven. Met thuis als het kan maken we ouderen beter bewust van de noodzaak zich voor te bereiden op ouder worden en welke woonvorm en omgeving daarbij het beste past. «Thuis» hoeft niet te betekenen daar waar men altijd gewoond heeft. Met digitaal als het kan bedoelen we dat we ondersteuningsbehoefte zo veel mogelijk met een digitale oplossing beantwoorden, als dat mogelijk is. Digitale technologieën helpen ouderen hun zelfstandigheid te behouden en hun kwaliteit van leven te bevorderen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

Zij horen namelijk dat bekostiging via cliëntprofielen de administratieve druk en bureaucratie bij veel zorgorganisaties juist gaat verergeren. Is het daarom nog wel een goed idee om door te gaan met de ontwikkeling van deze bekostiging via cliëntprofielen?

Voor alle organisaties in de zorg staat voorop dat administratieve lasten zo laag mogelijk moeten zijn. De NZa voert daarom niet zomaar een nieuwe vragenlijst in. Zij doen dit alleen omdat blijkt dat dit echt toegevoegde waarde heeft en omdat wijkverpleegkundigen, zorgaanbieders en zorgverzekeraars hier achter staan. Samen zijn partijen tot de conclusie gekomen dat deze case-mix vragenlijst met een minimale tijdsbesteding veel oplevert. Het invullen van deze vragen kost maximaal een paar minuten van de tijd van de wijkverpleegkundige om de cliënt goed in kaart te brengen. Daartegenover staat dat de wijkverpleegkundige en verzorgende hierdoor via de nieuwe bekostiging, in de vorm van bijvoorbeeld dag, week, maand of kwartaaltarieven, meer ruimte en vrijheid krijgen om vanuit professionele autonomie de zorg zo goed mogelijk te organiseren. Daarnaast helpen de uitkomsten van de case-mix vragenlijsten om meer gestandaardiseerde data over de wijkverpleging te genereren, zodat wijkverpleegkundigen en zorgaanbieders ook door middel van data van elkaar kunnen leren. Wijkverpleegkundigen krijgen bijvoorbeeld inzicht in verschillen tussen cliënten en teams.

De cliëntprofielen worden gemonitord op administratieve lasten. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling dat de administratieve lasten worden verhoogd door de invoering van een bekostigingssystematiek op basis van cliëntprofielen. De NZa is in gesprek met ICT-leveranciers om cliëntprofielen zo in te bouwen dat ze aansluiten bij de bestaande praktijk

³⁰ Onderzoek naar de... | SiRM – Strategies in Regulated Markets

van de verpleegkundige. Daarnaast vervalt er de ZN-doelgroepen vragenlijst per 2025, als de cliëntprofielen worden geregistreerd.

De leden van de SP-fractie lezen dat deze nieuwe bekostiging nodig zou zijn om een einde te maken aan de alom gehate vijf-minutenregistratie. Er zijn echter al zorgorganisaties die afgestapt zijn van de minutenregistraties en daarmee de administratieve last voor wijkverpleegkundigen verminderd hebben onder het huidige systeem. Vormt dit geen bewijs dat de regeldruk voor wijkverpleegkundigen per direct al verminderd kan worden zonder dat we een nieuw bekostigingssysteem nodig hebben?

De 5-minuten registratie is voor de verantwoording al vele jaren afgeschaft en heeft in die hoedanigheid ook geen verband met de experimentbekostiging. Met de cliëntprofielen willen we de zorgzwaartemix van cliënten van een zorgaanbieder in beeld te brengen. Daarmee kunnen aanbieders en verzekeraars in de contractering over de tarieven passende afspraken maken, afgestemd op de cliënten die in zorg zijn. Het doel van de cliëntprofielen is dus niet enkel administratieve lasten verminderen maar de wijkverpleging toekomst bestendig maken.

Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie

Het lid van de fractie-BBB hoort graag hoe de Minister gaat borgen dat via het experiment duidelijk wordt of en hoe cliëntprofielen volgens het DKDL-model als basis zouden kunnen dienen voor reguliere bekostiging van geleverde zorg?

In het convenant³¹ is met partijen³² vastgelegd dat het experiment wordt geëvalueerd. De NZa evalueert jaarlijks de wijze waarop de cliëntprofielen worden gebruikt in de contractering. Daarbij bekijkt de NZa op welke manier dit bijdraagt aan de doelen zoals geformuleerd in het convenant. De NZa beoordeelt hierbij in ieder geval ook mogelijke risico's als risicoselectie en onderbehandeling. Na afronding van het experiment neem ik op basis van deze evaluatie, die gevoed wordt met praktijkervaringen, een besluit over definitieve invoering van cliëntprofielen in de regulieren bekostiging.

Welke criteria en daarbij behorende waarden gaat de Minister hanteren bij het trekken van conclusies over de werking van het model?

Onderwerpen van de evaluatie zijn beschreven in het convenant bekostiging wijkverpleging 2022–2027. Allereerst zal er gekeken worden of het de doelen dient zoals partijen die met elkaar hebben geformuleerd. Deze doelen zijn onder andere: professionele autonomie van de wijkverpleegkundige, lage administratieve lasten, voldoende ruimte voor samenwerking en coördinatie in de wijk, het centraal stellen van de kwaliteit, betaalbaarheid en beschikbaarheid van de zorg. De NZa beoordeelt hierbij in ieder geval ook mogelijke risico's als risicoselectie, upcoding en onderhandeling.

³¹ Convenant bekostiging wijkverpleging 2022–2026 – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).

³² ActiZ organisatie van zorgondernemers (ActiZ), Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Patiëntenfederatie Nederland (PFN) Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), Zorgthuisn en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Hoe gaat geborgd worden dat het model, net als bij eerdere overheidstoepassingen van modellen in de praktijk, niet schadelijk uit gaat pakken voor individuen die wellicht straks geconfronteerd worden met «computer-says-no» situaties. Met andere woorden: vindt de Minister dat het model leidend moet zijn of dat het slechts een ondersteunend instrument is, waarbij de praktische beoordeling van de medewerkers in de wijkverpleging de doorslag geeft? Kan de Minister hier haar visie op geven?

De cliëntprofielen zijn ondersteunend. Ze bieden informatie over een cliëntenpopulatie. Deze informatie maakt het mogelijk dat het gesprek tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar over de inhoud kan gaan in plaats van enkel de uren geleverde zorg. Ter illustratie: sommige cliënten hebben een zwaardere zorgvraag, dit kan je nu belonen, zodat niet alleen de «makkelijke cliënten» financieel aantrekkelijker zijn om zorg aan te bieden.

De indicatiestelling in de wijkverpleging verandert niet door de introductie van het DKDL model. Deze blijft hetzelfde. Het experiment zorgt dus niet voor een aanpassing in de wijze van indiceren door de wijkverpleegkundige. Het voegt wel meer informatie toe over de context van de cliënt. Deze informatie is gevat in de bouwstenen draaglast en draagkracht op basis van een aantal cliëntkenmerken.

Werken met cliëntprofielen vraagt een omslag in het zorgveld vraagt die noodzakelijk is om de wijkverpleging toekomstbestendig te maken. Ofwel, een wijkverpleging waar betaalbaarheid, passende zorg, kwaliteit en toegankelijkheid centraal staat.

Wanneer is het experiment geslaagd, wil het lid van de fractie-BBB graag weten van de Minister? En hoe zien de volgende stappen richting uitvoering in de praktijk er volgens de Minister uit, zowel in de tijd als qua inhoud?

Het experiment is geslaagd als blijkt dat de evaluatie die opgesteld is door de NZa aan het einde van het experiment positief wordt beoordeeld. De evaluatie en monitoring richt zich op de inhoudelijke thema's die in lijn liggen met de doelen van dit experiment. Voorbeelden daarvan zijn het vergroten van de professionele autonomie, stimuleren van preventie en samenwerking, lagere administratieve lasten en het verminderen van de productieprikkel – in het bijzonder bij tarieven voor een langere periode – en inzichten in de uitkomsten van zorg en contractering. In het convenant³³ bekostiging wijkverpleging 2022–2027 hebben partijen deze doelen met elkaar verwoord. Bij de evaluatie is ook aandacht voor de risico's die samenhangen met een bekostiging op basis van cliëntprofielen zoals risicoselectie, upcoding en onderbehandeling. Na deze evaluatie door de NZa besluit ik of en zo ja hoe de cliëntprofielen ingevoerd worden als onderdeel van de reguliere bekostiging.

³³ Convenant bekostiging wijkverpleging 2022–2026 – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).