



Advies nieuwe bekostiging tijdelijk verblijf

Eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatiezorg en Wlz crisiszorg vv



15 februari 2024

Inhoudsopgave

| | |
|--|-----------|
| Vooraf | 4 |
| 1 Samenvatting | 6 |
| 2 Aanleiding | 12 |
| 2.1 Historie | 12 |
| 2.2 Waarom een doorontwikkeling van de bekostiging? | 12 |
| 2.2.1 Signalen dat tarieven niet toereikend zijn | 13 |
| 2.2.2 Bekostiging elv sluit niet aan bij de diversiteit aan cliënten en vermoedelijk geldt dit ook voor de Wlz crisiszorg vv | 13 |
| 2.2.3 Potentieel van het elv wordt niet volledig benut vanwege de financiële prikkels in de bekostiging | 14 |
| 2.2.4 Inzicht in experimenten voor reguliere bekostiging | 14 |
| 2.2.5 Onderzoeken of één vorm van bekostiging mogelijk is voor alle hospicezorg | 14 |
| 2.2.6 Visie: één vorm van tijdelijk verblijf | 15 |
| 3 Hoe hebben we dit onderzocht? | 17 |
| 3.1 Vier trajecten als onderdeel van doorontwikkeling | 17 |
| 3.2 Inzicht in huidige zorglevering | 18 |
| 3.3 Inzicht in wenselijke zorglevering | 18 |
| 3.4 Inzicht in kosten huidige zorglevering | 19 |
| 3.5 Normatief traject | 19 |
| 3.6 Combineren van trajecten | 19 |
| 4 Afwegingskader en doelen nieuwe bekostiging | 21 |
| 4.1 Uitgangspunten van de NZa | 21 |
| 4.2 Uitgangspunten vanuit het zorginhoudelijk traject | 23 |
| 4.3 Uitgangspunten vanuit de visie kortdurende zorg | 23 |
| 4.4 Afwegingskader met weging | 23 |
| 4.5 Doelen nieuwe bekostiging | 26 |
| 5 Welke prestatiestructuur is het best passend? | 27 |
| 5.1 Algemene toelichting prestatiestructuren | 27 |
| 5.2 Welke prestatiestructuren achten we kansrijk? | 28 |
| 5.3 Integraal dagtarief | 30 |
| 5.4 Modulaire bekostiging per uur | 30 |
| 5.5 Modulaire bekostiging per dag | 31 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 5.6 | Dbc-structuur zoals in de grz | 32 |
| 5.7 | Overzicht: score per bekostigingsmodel in het afwegingskader | 33 |
| 5.8 | Welke prestatiestructuur is het best passend? | 34 |
| 6 | Invulling modulaire bekostiging in de Zvw | 37 |
| 6.1 | Visuele weergave nieuwe prestatiestructuur | 37 |
| 6.2 | Toelichting modules | 38 |
| 6.2.1 | Verblijf, inclusief verpleging en verzorging | 38 |
| 6.2.2 | Modules op basis van functie | 38 |
| 6.2.3 | Module beveiligde setting per dag | 39 |
| 6.2.4 | Eventueel aanvullende modules | 39 |
| 7 | Conclusie en vervolg | 40 |
| 7.1 | Conclusie: welke bekostiging is het meest passend? | 40 |
| 7.2 | Zorginhoud en uitkomsten van zorg koppelen aan modulaire bekostiging | 42 |
| 7.3 | Hoe verder? Experimentbeleidsregel tijdelijk verblijf in de Zvw | 44 |
| 7.4 | Aandachtspunten bij het ontwerpen van de experimentbeleidsregel | 46 |

Vooraf

Voor u ligt het Advies nieuwe bekostiging tijdelijk verblijf. Waar we in dit advies spreken over 'tijdelijk verblijf' bedoelen we het eerstelijnsverblijf (elv), de geriatrische revalidatiezorg (grz) en de crisiszorg voor mensen met een indicatie verpleging en verzorging vanuit de Wet langdurige zorg (hierna: Wlz crisiszorg vv).

Het tijdelijk verblijf is een belangrijke schakel in passende zorg. Passende zorg moet ervoor zorgen dat iedereen de zorg kan blijven krijgen die nodig is. Bij kwetsbare, thuiswonende mensen moet rekening worden gehouden met situaties waarin een plotselinge, acute zorgvraag ontstaat, waarbij iemand tijdelijk niet meer zelfstandig thuis kan wonen. In die gevallen kan het een uitkomst bieden om de cliënt tijdelijk op te nemen. Hierdoor kan een opname in het ziekenhuis of vroegtijdige opschaling naar intramurale zorg vanuit de Wlz voorkomen of uitgesteld worden. Tegelijkertijd zien we dat de complexiteit van de doelgroep binnen tijdelijk verblijf toeneemt. We vinden het belangrijk dat de bekostiging hierbij aansluit. Zowel bij de zorg die wordt geleverd binnen het tijdelijk verblijf als bij de positie die het tijdelijk verblijf heeft in de keten. Daarom brengen we dit advies uit waarin we onderzoek hebben gedaan naar de beste passende bekostiging voor de verschillende vormen van tijdelijk verblijf.

In dit advies hebben we ervoor gekozen om de term cliënt te gebruiken voor diegene die zorgbehoevend is. Hier kan ook patiënt worden gelezen.

Bij dit document hoort een bijlage met een uitgebreide toelichting op ons onderzoek en de resultaten van onze data analyses. Zie hiervoor het document '*Bijlage 1. Kerncijfers en analyses bij advies nieuwe bekostiging tijdelijk verblijf*' dat gelijktijdig met dit advies is gepubliceerd.

Eerstelijnsverblijf

Het elv is een medisch noodzakelijk kortdurend verblijf. Het elv is bedoeld voor kwetsbare (oudere) mensen die tijdelijk niet meer of nog niet verantwoord in hun eigen omgeving kunnen verblijven, maar voor wie geen opname in een ziekenhuis, (geriatrische) revalidatie instelling of andere zorgorganisatie met medisch specialistische behandeling, aangewezen is. Het doel van het elv is het analyseren en diagnosticeren van aandoening(en) en/of beperking(en) en de gevolgen hiervan, deze opheffen dan wel stabiliseren zodat terugkeer naar de oorspronkelijke woonsituatie mogelijk is. Als terugkeer geen optie blijkt te zijn, wordt vastgesteld welke doorstroommogelijkheden en vervolgzorg passend is voor de cliënt.

Geriatrische revalidatiezorg

Als een cliënt te maken heeft met een (sub)acute achteruitgang in functioneren en een tijdelijke verblijfsplek nodig heeft om te werken aan revalidatiedoelen, past de grz het beste bij de cliënt. Tijdens geriatrische revalidatie wordt multidisciplinaire zorg en behandeling ingezet om revalidatiedoelen te behalen ter bevordering van de zelfstandigheid en functionaliteit van de cliënt. Hierbij is het streven dat een cliënt weer zelfstandig kan wonen en algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL), zoals zelfstandig naar het toilet gaan, op termijn weer kan uitvoeren. Voor de grz is het belangrijk dat een cliënt gemotiveerd is en in staat is om nieuwe vaardigheden op te doen. Het behalen van revalidatiedoelen staat tijdens het grz-traject centraal.

Wlz crisiszorg vv

Als een cliënt door een acuut onhoudbare situatie niet meer veilig thuis kan wonen door een plotselinge, ernstige ontregeling (in fysieke, sociale en psychische gezondheid van de cliënt of van de omgeving) komt de cliënt in aanmerking voor crisiszorg. Directe opname (binnen 24 tot 48 uur) is noodzakelijk om

medische complicaties, gezondheidsrisico's en gevaarlijke situaties voor de cliënt en zijn naasten te voorkomen. Bij deze cliënten is er vaak sprake van ernstig probleemgedrag, verslaving en/of extra medische complicaties waarvoor een opname in een Wlz-instelling noodzakelijk is. Daarnaast kan een cliënt wanneer er sprake is van dementie, of verdenking daarvan, bij het wegvallen van een mantelzorger ook in aanmerking komen voor een crisisopvang. De cliënt heeft in dit geval al een Wlz-indicatie of deze wordt na een crisisopname aangevraagd.

Bovenstaande toelichting is afkomstig uit het document 'Kwaliteitsbeschrijving eerstelijnsverblijf' van Verenso, 24 januari 2023

1 Samenvatting

Aanleiding

We hebben onderzocht wat de best passende bekostiging is voor het eerstelijnsverblijf (elv), geriatrische revalidatiezorg (grz) en crisiszorg voor mensen met een indicatie verpleging en verzorging vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz crisiszorg vv). We hebben dit gedaan omdat:

- We signalen van beroeps- en branchepartijen hebben ontvangen dat de tarieven van het elv niet toereikend zijn. Verder geldt dat voor de Wlz crisiszorg vv de tarieven de afgelopen jaren op een pragmatische manier zijn opgehoogd zonder dat daar een uitgebreid kostenonderzoek aan ten grondslag lag. Een nadere onderbouwing van deze tarieven is gewenst.
- We signalen van beroeps- en branchepartijen hebben ontvangen dat de bekostiging van het elv en de Wlz crisiszorg vv niet aansluit bij de diversiteit aan cliënten.
- Het potentieel van het elv niet volledig wordt benut vanwege de financiële prikkels in de bekostiging.
- We meer inzicht willen krijgen in de experimenten die lopen rond het tijdelijk verblijf.
- We willen onderzoeken of het mogelijk is om voor alle hospicezorg uit te gaan van één bekostiging.
- We willen onderzoeken of we één bekostiging voor de verschillende vormen van tijdelijk verblijf kunnen ontwikkelen. Het tijdelijk verblijf valt momenteel onder verschillende wet- en regelgeving. Deze verschillen leiden in de praktijk tot complexiteit, een suboptimaal gebruik van beschikbare capaciteit en onnodige administratieve lasten.

Opzet onderzoek

Dit onderzoek richtte zich in eerste instantie enkel op het elv en de Wlz crisiszorg vv. Naar aanleiding van gesprekken met beroeps- en branchepartijen over de visie zoals hierboven toegelicht, is besloten ook de grz mee te nemen in het onderzoek.

In dit onderzoek naar passende prestaties en tarieven voor het tijdelijk verblijf onderzoeken we:

- de hoeveelheid behandeling die op dit moment geleverd wordt door zorgaanbieders (registratieonderzoek, looptijd: 1 juli t/m 31 december 2022, gecombineerd met data vanuit de declaraties uit Vektis van de grz);
- wat de gewenste zorg is (zorginhoudelijk traject, looptijd: najaar 2022-voorjaar 2023);
- wat de kosten van de zorg op dit moment zijn (kostenonderzoek, looptijd 1 juli 2023 t/m 31 december 2023);
- welke elementen niet in de huidige zorglevering zitten, maar die wel wenselijk zijn (normatief traject, op dit moment lopend). Dit traject is sterk afhankelijk van de keuze voor de nieuwe prestatiestructuur.

In verschillende werkgroepen, bestuurlijke overleggen en technische overleggen (TO's) zijn we in gesprek gegaan met zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorgkantoren en de betrokken beroeps- en branchepartijen. In deze overleggen hebben we de uitkomsten van het registratieonderzoek en het zorginhoudelijk traject besproken, een breed afwegingskader voor de nieuwe bekostiging opgesteld en onderzocht welke prestatiestructuren kansrijk zijn.

Afwegingskader

Uit de verschillende trajecten en gesprekken met beroeps- en branchepartijen zijn criteria opgesteld waar het nieuwe bekostigingssysteem aan moet voldoen. Het is gewenst dat het nieuwe bekostigingssysteem:

- past bij de heterogene doelgroep en het zorgcontinuüm waarbij gemakkelijk op- en afgeschaald kan worden in zorginzet passend bij de zorgvraag van de cliënt;
- de administratieve lasten zo veel mogelijk beperkt houdt;
- prikkels bevat voor gewenst gedrag voor het leveren van passende zorg, waaronder de doorstroom in de keten en het voorkomen van onder-/overbehandeling en risicoselectie;
- passend is voor doelgroepen met een beperkt aantal cliënten;
- eenvoudig is met een beperkt aantal prestaties die voldoende homogeen worden bevonden door de NZa.

Met (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren hebben we verschillende prestatiestructuren verkend: van een verrichtingenstructuur tot aan trajectbekostiging. Gezamenlijk zijn we gekomen tot een lijst van meest kansrijke prestatiestructuren voor het elv, de grz en de Wlz crisiszorg vv die we vervolgens naast deze criteria uit het afwegingskader hebben gelegd.

De volgende bekostigingsvormen hebben we, na afstemming met beroeps- en branchepartijen, verder onderzocht:

- Integraal dagtarief. Dit is bekostiging op basis van een integraal tarief per dag, gebaseerd op (een) kenmerk(en). Bijvoorbeeld het kenmerk palliatief terminale zorg. De prestatie-eenheid is per dag.
- Modulaire bekostiging met modules behandeling per uur met onderscheid naar type behandelmodules. Hierbij bekostigen we de zorg op basis van verschillende modules. Het gaat om een module voor verblijf met daarnaast behandelmodules met onderscheid in type behandelaren. De prestatie-eenheid voor de verblijfsmodule is per dag, en voor de behandelmodules per uur.
- Modulaire bekostiging per dag met onderscheid naar type behandelmodules. Bekostiging op basis van modules zoals ook bij de variant hierboven toegelicht. Het verschil is dat in deze optie gekozen wordt voor een prestatie-eenheid per dag voor de behandelmodules.
- Dbc-structuur zoals in de grz. In deze bekostigingsvorm registreren behandelaren cliëntgebonden handelen per tijdseenheid van vijf minuten. Ook wordt het aantal verpleegdagen en de diagnosetypering geregistreerd. Dit alles bepaalt welk dbc-zorgproduct gedeclareerd kan worden. De prestatie-eenheid is per dbc-zorgproduct.

Doelen nieuwe bekostiging:

De belangrijkste aanleiding voor dit onderzoek waren de signalen van beroeps- en branchepartijen dat de huidige prestatiestructuur niet goed aansluit bij de zorglevering. Het doel van de nieuwe bekostiging is dat deze beter aansluit op de praktijk en leidt tot meer passende zorg, doordat:

- Er vanuit de bekostiging gemakkelijk op- en afgeschaald kan worden in zorginzet passend bij de zorgvraag van de cliënt. Om dit doel te bereiken gelden een aantal randvoorwaarden:
 - a) Er staat een passende vergoeding tegenover de zorginzet.
 - b) Door punt a, ervaren zorgverleners de ruimte om naar hun professionele inzicht de zorg in te zetten die nodig is voor de cliënt (professionele autonomie).
 - c) De bekostiging ook passend is voor doelgroepen met een beperkt aantal cliënten met uitzonderlijk hoge of lage kosten.
- De bekostiging doorstroom in de keten en passende zorginzet stimuleert en risicoselectie zoveel mogelijk tegengaat.

Daarnaast vinden we het ook belangrijk dat:

- De ervaren administratieve lasten als behapbaar worden ervaren door zorgaanbieders, zorgverleners, zorgverzekeraars en zorgkantoren.
- De bekostiging eenvoudig is met een beperkt aantal prestaties die voldoende homogeen worden bevonden qua kosten.

Conclusies: modulaire bekostiging voor het elv en de grz, integraal dagtarief voor elv palliatief terminale zorg (ptz) en de Wlz crisiszorg vv

Hieronder volgen de conclusies per zorgvorm welke bekostigingsvorm op basis van ons onderzoek het meest passend is.

Elv en grz: modulaire bekostiging

Op basis van ons onderzoek concluderen we dat een modulaire bekostiging het best passend is voor het elv en de grz (met uitzondering van elv ptz). We verwachten dat deze bekostigingsvorm bijdraagt aan de doelen die we hebben gesteld voor de bekostiging. Uit het registratieonderzoek en de zorginhoudelijke beschrijvingen blijkt onder andere dat de doelgroep heterogeen is, met veel variatie in behandelintensiteit. Met een modulaire bekostiging sluit de vergoeding van de zorg aan op de daadwerkelijke zorglevering. Daardoor kan gemakkelijk op- en afgeschaald worden in zorginzet, passend bij de zorgvraag van de cliënt. Ook is een modulaire bekostiging passend voor doelgroepen met een beperkt aantal cliënten. Bijvoorbeeld door het ontwikkelen van een module voor een aangepaste, beveiligde verblijfssetting (onder andere voor cliënten met een inbewaringstelling). Hiermee sluit deze nieuwe bekostiging goed aan bij de diversiteit van de zorgvraag van cliënten in het elv en de grz. Aandachtspunten zijn de administratieve lasten, de mogelijke productieprikkel die samenhangt met een modulaire bekostiging en passende contractering. Bij de concrete uitwerking van de modules in de regelgeving bespreken we met de beroeps- en branchepartijen hoe deze risico's zo goed mogelijk beperkt kunnen worden.

We hebben gekeken naar twee varianten van modulaire bekostiging, namelijk met een prestatie-eenheid per uur en per dag. Beide varianten kennen voordelen en nadelen. Zo sluit een prestatie-eenheid per uur het beste aan bij het uitgangspunt van het zorgcontinuüm waarbij het mogelijk is om de bekostiging nauw aan te laten sluiten op de op- en afschaling van de behandelinzet. Ook is een modulaire bekostiging per uur beter passend voor (beperkte) doelgroepen die significant meer behandelminuten nodig hebben. Daarnaast is de homogeniteit van de behandelinzet binnen de prestaties beter. Aan de andere kant heeft een modulaire bekostiging per dag juist als voordeel dat er lagere administratieve lasten zijn vanuit de bekostiging en er minder sprake is van een productieprikkel. We zien dus dat beide varianten mogelijk zijn.

We hebben daarom aanvullende analyses uitgevoerd naar de mogelijkheden (zie Bijlage 1. Kerncijfers en analyses bij advies nieuwe bekostiging tijdelijk verblijf). Op basis hiervan kiezen we op dit moment voor een prestatie-eenheid per uur voor de behandelmodules (in de praktijk betekent dit dat per 5 minuten gedeclareerd wordt). Door te werken met een prestatie-eenheid per uur voor de behandelminuten krijgen we automatisch ook meer inzicht in de inzet van de behandeling per cliënt dan bij een prestatie-eenheid per dag. Op basis van deze inzichten kan het zijn dat een andere prestatie-eenheid beter passend blijkt in de toekomst. Dit gaan we onderzoeken.

Wlz crisiszorg vv: integraal dagtarief

Voor de Wlz crisiszorg vv hebben we na overleg met beroeps- en branchepartijen afgesproken om het integraal dagtarief verder uit te werken. Uit ons onderzoek komt de modulaire prestatiestructuur als meest passend naar voren, maar hier blijkt geen draagvlak voor te zijn bij beroeps- en branchepartijen. Ze geven aan dit leidt tot te hoge administratieve lasten en niet goed aansluit op de bekostiging van de

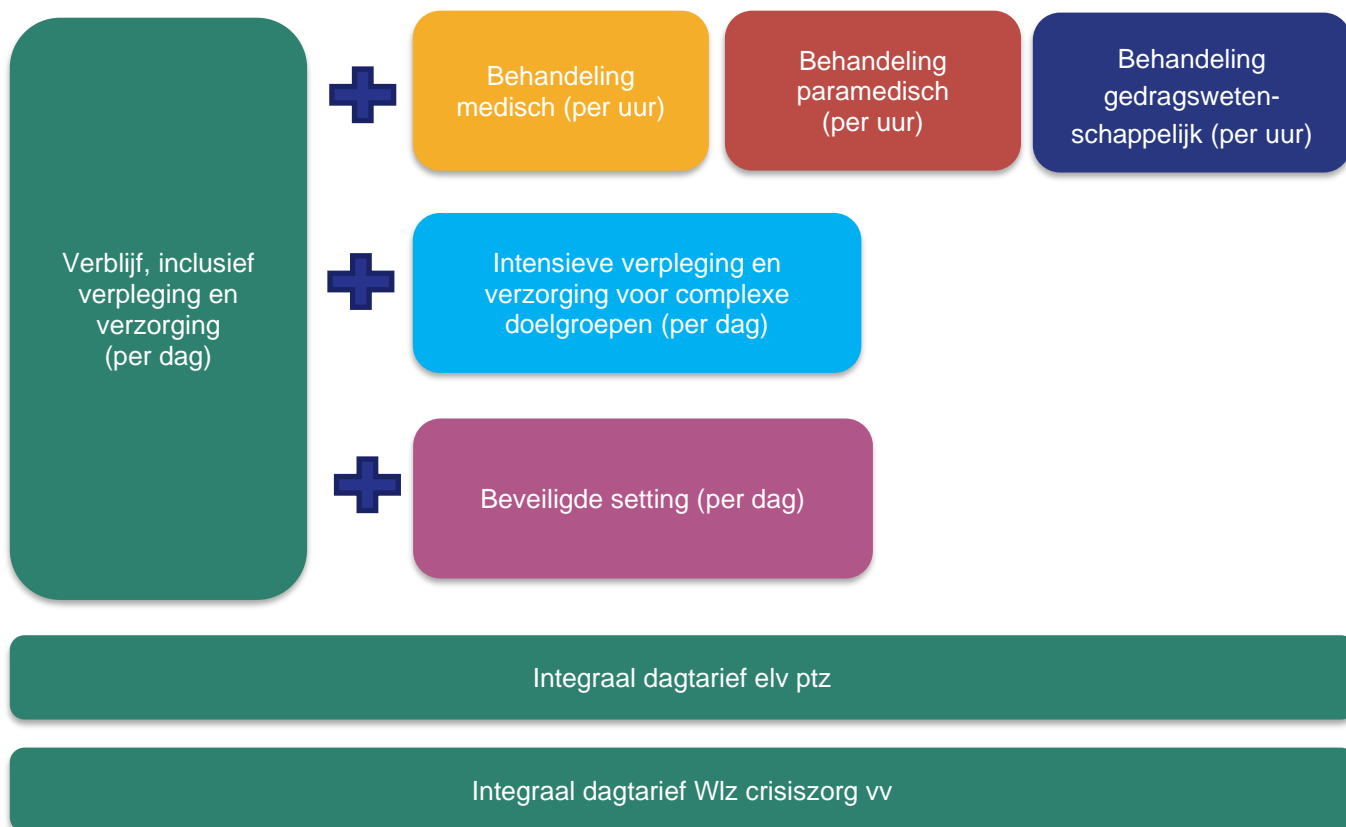
intramurale Wlz zorg. Daarom kiezen we er op dit moment voor om geen wijziging door te voeren in de prestatiestructuur voor de Wlz crisiszorg vv. Het tarief van de huidige integrale dagprestatie zal worden herijkt op basis van het kostenonderzoek. De komende tijd onderzoeken we de mogelijkheden om het integraal dagtarief voor de Wlz crisiszorg vv te differentiëren naar zorgzwaarte (licht, midden, zwaar). Dit wordt verder opgepakt in het project Onderhoud bekostiging langdurige zorg.

Elv ptz: integraal dagtarief

Voor elv ptz komt uit het afwegingskader de modulaire bekostiging als meest passend naar voren. Door beroeps- en branchepartijen is echter aangegeven dat zij een voorkeur hebben voor het integraal dagtarief. Het belangrijkste verschil tussen elv ptz en andere vormen van tijdelijk verblijf is dat bij elv ptz lage administratieve lasten als belangrijkste criterium gelden volgens de beroeps- en branchepartijen. Onder andere doordat deze zorg vaak wordt geleverd in kleinschalige instellingen zoals een hospice. Ons voorstel is dan ook om voor elv ptz de huidige prestatiestructuur te handhaven, waarbij de tarieven worden herijkt en onderzocht wordt of er normatieve elementen worden toegevoegd.

Invulling nieuwe prestatiestructuur

Ons voorstel voor de nieuwe bekostiging met een modulaire prestatiestructuur voor het elv en de grz en integrale dagtarieven voor elv ptz en de Wlz crisiszorg vv ziet er als volgt uit:



Een modulaire bekostiging kent naast voordelen ook nadelen. Zo kent een modulaire bekostiging een productieprikkel om meer behandeling te leveren dan nodig. Om die reden willen onder andere zorgverzekeraars inzicht krijgen in hoeveel behandeling gewenst/noodzakelijk is. Benchmarks kunnen gebruikt worden om inzicht te krijgen in verschillen tussen zorgaanbieders, maar het is dan niet duidelijk

hoe dit te verklaren is. Daarom denken we dat het voor de contractering gewenst is om meer zicht te krijgen op kwaliteit en uitkomsten van zorg.

Daarnaast vinden we dat voor het voeren van het goede gesprek in de contractering, het gewenst is om zorginhoud en uitkomsten van zorg te koppelen aan de modulaire bekostiging. We roepen beroeps- en branchepartijen op om gezamenlijk te onderzoeken of ook voor het elv en de grz zorgpaden, cliëntkenmerken of cliëntprofielen ontwikkeld kunnen worden. Daarbij roepen we op om ook gebruik te maken van de expertise binnen universiteiten en de ruimte die er is vanuit het Beter Thuis programma van ZonMw. Het is aan de experts en professionals om hier verder invulling aan te geven.

Hoe verder? Experiment beleidsregel tijdelijk verblijf in de Zvw

Naar aanleiding van gesprekken met de beroeps- en branchepartijen is ons advies om per 1 januari 2025 te starten met een experimentbeleidsregel tijdelijk verblijf, waar we de hierboven uitgewerkte modulaire prestatiestructuur volgen. We zijn met de beroeps- en branchepartijen en ICT-leveranciers in gesprek of deze startdatum haalbaar is. Deze beleidsregel gaat gelden voor het elv (met uitzondering van elv ptz) en de grz. Voor elv ptz en de Wlz crisiszorg vv blijft de huidige bekostiging met een tarief per dag gelden waarbij de tarieven worden herijkt per 1 januari 2025.

Belangrijkste kenmerken experimentbeleidsregel

- Scope: het experiment gaat gelden voor het elv (met uitzondering van elv ptz) en de grz. Daarnaast zijn we in gesprek over het toevoegen van de innovatie wijkkliniek aan het experiment. Mogelijk wordt dit ook meegenomen in de reikwijdte van de regelgeving experiment tijdelijk verblijf.
- De modulaire bekostiging (zoals we in hoofdstuk 6 toelichten) wordt opgenomen in deze nieuwe beleidsregel en vormt de basis voor de declaraties door zorgaanbieders.
- De experimentbeleidsregel wordt geïntroduceerd naast de bestaande bekostiging van het elv en de grz.
- Er geldt een contractvoorwaarde voor de experimentbeleidsregel. Dit betekent dat enkel zorgaanbieders die een schriftelijke overeenkomst met een zorgverzekeraar hebben over het gebruik van de experimentbeleidsregel hier gebruik van kunnen maken.
- Bij voorkeur kiezen we voor maximumtarieven gebaseerd op het huidige kostenonderzoek in het elv, aangevuld met informatie uit het kostenonderzoek grz uit 2020. We gaan onderzoeken of dit mogelijk is.

Wat is het doel van de experimentbeleidsregel?

Het experiment dient nadrukkelijk niet om te onderzoeken welke bekostiging het best passend is voor het elv en de grz. Hiervoor hebben we een uitgebreid onderzoek uitgevoerd waar dit advies uit voort komt. Concreet zijn de doelen van de experimentbeleidsregel:

- Onderzoeken of de doelen van de bekostiging worden behaald.
- Ingroeiperiode tot structurele bekostiging waarbij een toenemend aantal zorgaanbieders deelneemt.
- Doorontwikkelen van de bekostiging zodat de modules goed aansluiten bij de praktijk.
- Bepalen wat de best passende prestatie-eenheid is.
- Bepalen of het gewenst is om cliëntprofielen/zorgpaden te koppelen aan de modulaire bekostiging.

Aandachtspunten bij het ontwerpen van de experimentbeleidsregel

- Allereerst vinden we het gewenst dat we samen met de beroeps- en branchepartijen komen tot een ambitieuze en tegelijkertijd realistische planning, met een totale doorlooptijd van 5 jaar. In de eerste fase (1 januari 2025 tot en met 31 december 2027) staat leren en aanscherpen centraal. In de tweede fase (1 januari 2028 tot en met 31 december 2029) wordt de experimentbeleidsregel

geïmplementeerd bij alle gecontracteerde zorgaanbieders. Per 1 januari 2030 wordt de modulaire bekostiging voor het elv en de grz landelijk ingevoerd.

- Daarnaast zien we als NZa een grote rol voor de contractering in het behalen van de doelen. Het experiment moet door zorgverzekeraars worden ingekocht bij voldoende zorgaanbieders om te onderzoeken of de doelen behaald worden. Hierover moeten afspraken gemaakt worden met de betrokken beroeps- en branchepartijen. Afspraken hierover leggen we vast in een convenant.
- Ook is een belangrijk aandachtspunt het verschil dat nu nog bestaat in aanspraken tussen het elv en de grz. Daardoor is het op dit moment niet mogelijk om de bekostiging volledig gelijk te trekken. Hierbij willen we benadrukken dat het gewenst is dat deze verschillen in aanspraak zo snel mogelijk verdwijnen. Het wijzigen van de aanspraken behoort niet tot de bevoegdheden van de NZa. We adviseren het ministerie van VWS om dit zo snel mogelijk samen met het beroeps- en branchepartijen en Zorginstituut Nederland op te pakken.
- Tot slot zijn ook de huidige experimenten en innovaties een aandachtspunt. De komende tijd gaan we onderzoeken of het wenselijk is om de experimenten mee te nemen in de experiment beleidsregel tijdelijk verblijf.

2 Aanleiding

2.1 Historie

De zorg voor kwetsbare mensen valt sinds de hervorming van de langdurige zorg in 2015 onder drie wettelijke kaders: de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Sindsdien is het beleid van de overheid erop gericht dat ouderen langer thuis kunnen blijven wonen. Het programma 'Langer Thuis' is gestart door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (ministerie van VWS). Het doel van dit programma is dat ouderen in hun eigen omgeving zelfstandig oud kunnen worden met een goede kwaliteit van leven. Dat betekent bijvoorbeeld dat zij goede ondersteuning en zorg thuis ontvangen, zelfstandig blijven wonen als hun woning en omgeving dit toelaten, maar ook dat er voldoende ondersteuning is van mantelzorgers en vrijwilligers. Dit vereist samenwerking op regionaal en lokaal niveau tussen bijvoorbeeld gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren en woningbouwcorporaties.

Overheveling van kortdurende zorg naar de Zvw en positionering van deze zorgvormen

In lijn met dit beleid rond langer thuis wonen, is een aantal wijzigingen in het beleid doorgevoerd de afgelopen jaren. Een van de wijzigingen is de overheveling van de kortdurende zorg vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zvw. De kortdurende zorg bestaat uit het eerstelijnsverblijf (elv), de geriatrische revalidatiezorg (grz) en de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp). Met deze overheveling, verspreid over meerdere jaren, is de kortdurende zorg onderdeel van de eerste lijn geworden.

De kortdurende zorg heeft de potentie om bij te dragen aan houdbare zorg. Door bijvoorbeeld de inzet van de specialist ouderengeneeskunde (so) kunnen zorguitgaven bespaard worden, door onder andere het voorkomen van een crisissituatie (zoals een bezoek aan de spoedeisende hulp of ziekenhuisopname). Ook kan zorg die niet (langer) zinnig is worden afgebouwd en kan een opname in een Wlz-instelling uitgesteld dan wel voorkomen worden. Daarmee is de kortdurende zorg een belangrijke schakel om passende zorg te realiseren.

De urgentie om de kortdurende zorg op een juiste manier te organiseren en positioneren wordt steeds groter. Er is sprake van een groeiende groep kwetsbare cliënten, maar het aantal plekken in verpleeghuizen is beperkt. Vanuit de politiek wordt daarom nagedacht over hoe deze zorg te positioneren, bijvoorbeeld door een deel van de zorg vanuit de Wlz (behandeling) over te hevelen naar de Zvw. In ons Advies Positionering behandeling voor Wlz-cliënten doen we een voorstel hoe deze schaarse plekken in de toekomst in te richten. Het is een feit dat steeds meer cliënten met een complexe zorgvraag thuis blijven wonen. Concreet betekent dit dat de complexiteit van de doelgroep binnen de kortdurende zorg nog meer zal toenemen. De bekostiging moet hier passend voor zijn.

2.2 Waarom een doorontwikkeling van de bekostiging?

We hebben onderzocht wat de best passende bekostiging is voor het elv, de grz en de Wlz crisiszorg vv. We hebben dit gedaan omdat:

- We signalen van beroeps- en branchepartijen hebben ontvangen dat de tarieven niet toereikend zijn.
- We signalen van beroeps- en branchepartijen hebben ontvangen dat de bekostiging van het elv niet aansluit bij de diversiteit aan cliënten en we vermoeden dat dit ook geldt voor de Wlz crisiszorg vv.
- Het potentieel van het elv niet volledig wordt benut vanwege de financiële prikkels in de bekostiging.

- We meer inzicht willen krijgen in de experimenten die lopen rond het tijdelijk verblijf.
- We willen onderzoeken of het mogelijk is om voor alle hospicezorg uit te gaan van één bekostiging.
- We daarnaast vanuit de NZa al langer van mening zijn dat het wenselijk is om de bekostiging van het tijdelijk verblijf te vereenvoudigen en waar mogelijk samen te voegen. Zie hiervoor ook ons [Advies verbetering bekostiging spoedzorg eerstelijnsverblijf en langdurige zorg](#). Tijdens het onderzoekstraject is duidelijk geworden dat ook de beroeps- en branchepartijen voorstander waren van het integreren van de grz in dit advies. We hebben daarom ons onderzoek verbreed en onderzocht wat de best passende bekostiging is voor het elv, de grz en de Wlz crisiszorg vv.

In de rest van dit hoofdstuk lichten we bovenstaande punten verder toe.

2.2.1 Signalen dat tarieven niet toereikend zijn

Zowel voor het elv als voor de Wlz crisiszorg vv heeft de NZa de afgelopen jaren signalen van beroeps- en branchepartijen ontvangen dat de tarieven niet toereikend zijn. Zo geven zorgaanbieders aan dat er in het algemeen druk staat op de tarieven en dat er in het tarief te weinig ruimte is om de behandeling te kunnen leveren die nodig is. Daarbij wordt aangegeven dat de ingekochte beschikbaarheid van de crisiszorg en de strafkortingen bij uitstroom vanuit het elv naar de Wlz een rol spelen. Ook wordt, bijvoorbeeld in de [Kwaliteitsbeschrijving eerstelijnsverblijf van Verenso](#), aangegeven dat er te weinig ruimte is voor observatie en diagnostiek binnen de huidige tarieven. Daarnaast geven zorgaanbieders aan dat de complexiteit van de zorgvraag de afgelopen jaren is toegenomen. Dit geldt zowel voor het elv als voor de Wlz crisiszorg vv. Mensen blijven langer thuis wonen, ook als er sprake is van een kwetsbare gezondheid. Dit betekent dat wanneer er sprake is van een opname, er vaak een complexere zorgvraag is en meer behandelinzet nodig is. De huidige tarieven sluiten hier niet goed op aan en een herijking van de tarieven is gewenst.

Verder geldt dat voor de Wlz crisiszorg vv de tarieven de afgelopen jaren op een pragmatische manier zijn opgehoogd zonder dat daar een uitgebreid kostenonderzoek aan ten grondslag lag. Een nadere onderbouwing van deze tarieven is gewenst.

2.2.2 Bekostiging elv sluit niet aan bij de diversiteit aan cliënten en vermoedelijk geldt dit ook voor de Wlz crisiszorg vv

Een andere aanleiding voor het onderzoek is dat we signalen van beroeps- en branchepartijen krijgen dat de huidige indeling van de prestaties niet goed aansluit bij de diversiteit van cliënten binnen het elv. De huidige bekostiging van het elv bestaat uit drie prestaties: laag complex, hoog complex en palliatief terminale zorg. Binnen het elv is sprake van een grote diversiteit aan cliënten, variërend van een enkelvoudige zorgvraag tot complexe multiproblematiek. Als gevolg zien we dat er veel spreiding is in de gemiddelde behandelinzet en ligduur van cliënten binnen het elv ([onderzoeksbureau Q-consult zorg in opdracht ActiZ, jaar 2018](#)). Voor de Wlz crisiszorg vv ontbreekt inzicht in de diversiteit van inzet van behandeling. Meer inzicht helpt ons om te beoordelen of de huidige prestatiestructuur passend is. Wel geldt vermoedelijk ook voor de Wlz crisiszorg vv dat ook daar sprake is van een grote diversiteit aan cliënten waar één prestatie niet bij aansluit. Dit alles maakt dat we het gewenst vinden om naast het herijken van de tarieven ook nadrukkelijk de meest passende prestatiestructuur te onderzoeken.

2.2.3 Potentieel van het elv wordt niet volledig benut vanwege de financiële prikkels in de bekostiging

Ook bevat de bekostiging niet de juiste prikkels om de potentie van het elv te benutten. Zo ontvangen we signalen dat zorgaanbieders cliënten langer opnemen dan noodzakelijk. Dit om de hogere inzet van behandeling in de beginperiode financieel te compenseren. Of signalen dat cliënten niet uitgeplaatst kunnen worden uit het ziekenhuis, omdat de elv zorgaanbieder aangeeft dat de hoge behandelinzet niet geboden kan worden binnen de huidige tarieven van het elv. De huidige prestatie- en tarievenstructuur is niet passend voor deze doelgroepen met een complexe zorgvraag. We vinden het belangrijk dat de bekostiging de juiste prikkels bevat om passende zorg te leveren. Het elv kan een belangrijke rol spelen in de doorstroom van cliënten, maar dit potentieel wordt niet volledig benut. Ook kan het duurdere zorg zoals een ziekenhuisopname of opname in een Wlz instelling voorkomen of uitstellen. De huidige bekostiging stimuleert dit onvoldoende, doordat er een prikkel is om cliënten met een complexe zorgvraag niet op te nemen. Deze cliënten verblijven dan bijvoorbeeld langer in het ziekenhuis. Dit leidt tot hogere kosten en een beperking in de doorstroom.

2.2.4 Inzicht in experimenten voor reguliere bekostiging

Daarnaast willen we inzicht krijgen in de experimenten rond het tijdelijk verblijf. Denk bijvoorbeeld aan experimenten rond specifieke cliëntgroepen zoals cliënten met het syndroom van Korsakov of de experimenten rond observatie en diagnostiek. Het registratieonderzoek brengt in kaart welke zorg geleverd wordt binnen de experimenten en wat de verschillen zijn met de al bestaande prestaties. Een kostenonderzoek brengt in kaart wat de kosten zijn van deze verschillende experimenten. Vervolgens kunnen we vaststellen of, en zo ja hoe, deze zorg eventueel landelijk bekostigd kan worden.

2.2.5 Onderzoeken of één vorm van bekostiging mogelijk is voor alle hospicezorg

Op dit moment bestaat er een tweedeling in de bekostiging van de hospice zorg. Een deel van de hospices wordt bekostigd via het elv en een deel via de wijkverpleging. Er kunnen drie typen hospices worden onderscheiden:

- Bijna Thuis Huizen (BTH): voornamelijk gestoeld op informele zorg (deskundige vrijwilligers);
- High Care Hospices (HCH): voornamelijk gestoeld op formele zorg (professionele zorgverleners en deskundige vrijwilligers);
- Palliatieve Units bij verpleeghuizen (PU): onderdeel van professionele organisatie (professionele zorgverleners en deskundige vrijwilligers).

De afgelopen tijd hebben we met vertegenwoordigers van hospices, zorgverzekeraars en Zorginstituut Nederland gesproken over deze tweedeling in de bekostiging. Daarbij stond de vraag centraal of de bekostiging vereenvoudigd kon worden.

Uitspraak Zorginstituut Nederland

Het Zorginstituut Nederland heeft op 7 juni 2023 het volgende aangegeven:

‘Bij een terminale cliënt is er altijd een medische noodzaak voor verblijf in een instelling. Als palliatief terminale zorg niet thuis geleverd wordt, is er een indicatie voor verblijf in verband met geneeskundige zorg onder de Zvw. In het ELV wordt die geneeskundige zorg aangeduid als ‘zorg zoals huisartsen die plegen te bieden’. Zorginhoudelijk is er bij iedere vorm van hospicezorg sprake van een verblijf, geneeskundige zorg en verpleging en verzorging.

Een high-care hospice en een palliatieve unit bieden verblijf zoals omschreven onder artikel 2.12 Bzv, er is dan geen sprake meer van de eigen omgeving van een verzekerde. Hierdoor vervalt de aanspraak zoals geformuleerd in 2.10 Bzv verpleging en verzorging in de eigen omgeving van de verzekerde. Daarnaast als een verzekerde in aanmerking komt voor verblijf onder 2.12, kan er geen eigen bijdrage aan de verzekerde worden gevraagd voor het verblijf zoals bedoeld onder 2.12 Bzv.

Zorginhoudelijk gezien is bij iedere vorm van hospicezorg sprake van verblijf, ook bij het BTH, alleen heeft een BTH een specifiek karakter en is het wenselijk om deze te behouden. Daarom is het voor een BTH mogelijk om via aanspraak verpleging en verzorging (artikel 2.10 Bzv) te declareren en een eigen bijdrage te vragen voor het verblijf.

Gevolgen van deze uitspraak voor de bekostiging

Voor de bekostiging geldt, op basis van de uitspraak van Zorginstituut Nederland, dat voor de BTH's de bekostiging wijkverpleging blijft gelden en voor de HCH's en PU's de bekostiging van het elv van toepassing is. Er geldt dus dat er niet één bekostiging voor alle hospicezorg gemaakt wordt. Op basis van deze conclusie, gebruiken we dit onderzoek om te onderzoeken welke bekostigingsvorm het best passend is voor HCH's en PU's.

2.2.6 Visie: één vorm van tijdelijk verblijf

Tot slot vinden we het wenselijk om te onderzoeken of we één bekostiging voor tijdelijk verblijf kunnen ontwikkelen. Het tijdelijk verblijf valt momenteel onder verschillende wet- en regelgeving. Deze verschillen leiden in de praktijk tot complexiteit, een suboptimaal gebruik van beschikbare capaciteit en onnodige administratieve lasten. Daarom vinden we het wenselijk om toe te werken naar één vorm van tijdelijk verblijf waar zowel het elv, de grz en de Wlz crisiszorg vv onder vallen. Dit vereenvoudigt het systeem. Het gaat in de kern om medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg onder verantwoordelijkheid van de huisarts, so of arts verstandelijk gehandicapten (arts VG). Hierbij kan sprake zijn van een lichte zorgvraag of van complexe behandeling: een zorgcontinuüm van een opname bij enkelvoudige problematiek naar complexe multiproblematiek. Zowel aan de kant van de zorglevering aan de cliënt (*patient complexity*) als aan de kant van de geneeskundige zorglevering (*care complexity*).

Deze visie hebben we eerder opgenomen in ons Advies verbetering bekostiging spoedzorg eerstelijnsverblijf en langdurige zorg. Ook is dit in lijn met het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) waarin 'Vereenvoudiging aanspraken van betaaltitels voor tijdelijk verblijf' is opgenomen als actiepoint. Ons onderzoek is daarom onder andere opgezet om inzicht te krijgen in de overeenkomsten en verschillen tussen de verschillende vormen van het tijdelijk verblijf: het elv, de grz, en de Wlz crisiszorg vv. Aan de hand van deze informatie onderzoeken we of de bekostiging gelijkgetrokken kan worden en welke bekostigingsvorm het beste past bij het zorgcontinuüm van deze zorgvormen. Hieronder lichten we verder toe waarom we denken dat dit gewenst is.

Aanvullende toelichting: waarom is één bekostiging van tijdelijk verblijf gewenst?

Zoals hierboven is toegelicht, valt het tijdelijk verblijf onder verschillende wet- en regelgeving. Deze verschillen leiden in de praktijk tot complexiteit, een suboptimaal gebruik van beschikbare capaciteit en onnodige administratieve lasten. Er is sprake van grijze gebieden tussen de zorgvormen. Denk daarbij aan overlap tussen het elv en de Wlz crisiszorg vv. Als iemand zonder Wlz-indicatie met spoed wordt opgenomen in een instelling, kan dit bekostigd worden via het elv vanuit de Zvw, maar er kan ook met terugwerkende kracht een Wlz-indicatie worden afgegeven. In dat geval moet de zorg bekostigd worden vanuit de Wlz. Het is echter bij opname (of binnen twee weken daarna) niet altijd duidelijk of iemand in

aanmerking komt voor een Wlz-indicatie. Er is dan meer tijd nodig om te stabiliseren en te observeren om tot een passende diagnose te komen. Ook kan het voorkomen dat er informatie ontbreekt om een volledige aanvraag hiervoor in te dienen. In deze gevallen moet de zorg bekostigd worden via het elv (Zvw). Soms is/wordt wel een Wlz-indicatie aangevraagd, maar wordt deze niet afgegeven. In dat geval moet de zorgaanbieder met terugwerkende kracht zoeken naar financiering vanuit de Zvw: het elv. Het gevolg is dat een cliënt bij de ene zorgaanbieder opgenomen wordt op het elv en met dezelfde zorgvraag bij de andere zorgaanbieder opgenomen wordt via de Wlz crisiszorg vv. We vinden het niet gewenst dat voor eenzelfde zorgvraag en zorgleveringen een keuze is in de bekostiging.

Dit geldt ook voor de overlap tussen elv hoog complex en de grz. Er zijn cliënten bij wie duidelijk sprake is van een herstellvraag voor het elv of juist duidelijk van een revalidatiedoel onder de grz. Er is ook een groep waarbij dit niet zo duidelijk is. Ook hier geldt dat het gevolg is dat een cliënt bij de ene zorgaanbieder wordt opgenomen op het elv en met dezelfde zorgvraag bij de andere zorgaanbieder opgenomen wordt via de grz.

Daarnaast is er overlap tussen Wmo spoedzorg en het elv. Toch kiezen we er voor om de Wmo spoedzorg niet mee te nemen in ons onderzoek en in dit advies. De Wmo spoedzorg is geen onderdeel van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De Wmo spoedzorg valt onder het gemeentelijk domein en daarmee buiten onze bevoegdheden.

We realiseren ons dat, hoewel de zorgvormen op sommige punten op elkaar lijken en er grijze gebieden zijn, er wel degelijk zorginhoudelijke verschillen kunnen zijn. Het kan bijvoorbeeld gaan om andere cliëntgroepen of andere complexiteit van de zorgvraag. Tegelijkertijd hoeft dit niet te betekenen dat de bekostiging van elkaar verschilt. De bekostiging kan gelijk zijn en tegelijkertijd recht doen aan de verschillen die er zijn tussen de zorgvormen.

Visie besproken met beroeps- en branchepartijen

Deze visie hebben we besproken met verschillende beroeps- en branchepartijen in een visieoverleg op 12 september 2023 en een directeurenoverleg op 5 oktober 2023. Hieruit volgt dat alle partijen achter het vereenvoudigen van het systeem staan. Ook werd geconcludeerd dat de aanspraak en bekostiging voor het elv en grz gelijkgetrokken moeten worden, met uitzondering van elv ptz. Vanuit deze gedachte van vereenvoudiging wordt het samenvoegen van het elv en de grz als een logische stap gezien. Elv ptz is hierop de uitzondering. In deze overleggen wordt geconcludeerd dat elv ptz niet samengevoegd hoeft te worden met het elv en de grz. Wel worden een aantal kanttekeningen geplaatst bij het samenvoegen van het elv en de grz. Zo gaf Verenso aan dat grz een eigen specifieke cliëntgroep heeft en een revalidatiebehandeling zijn eigen kenmerken. Daarom geeft Verenso voorkeur om eerst het elv uit te werken, voordat ze over andere zorgvormen kunnen beslissen. ZN heeft aangegeven dat ze het van belang vinden dat de Wmo spoed een rol blijft spelen in de bekostiging van het tijdelijk verblijf.

Onderzoek focust op het elv, de grz en de Wlz crisiszorg vv om te onderzoeken wat de overeenkomsten en verschillen zijn

Naar aanleiding van onze visie en deze overleggen kiezen we er voor om in dit advies het tijdelijk verblijf (elv, grz en Wlz crisiszorg vv) als geheel te onderzoeken. Het registratieonderzoek is onder andere opgezet om inzicht te krijgen in de overeenkomsten en verschillen tussen de verschillende vormen van het elv en de Wlz crisiszorg vv. Aan deze data hebben we declaratiedata van de grz toegevoegd. Aan de hand van deze informatie onderzoeken we of de bekostiging gelijkgetrokken kan worden en welke bekostigingsvorm het beste past bij het zorgcontinuüm van deze zorgvormen.

3 Hoe hebben we dit onderzocht?

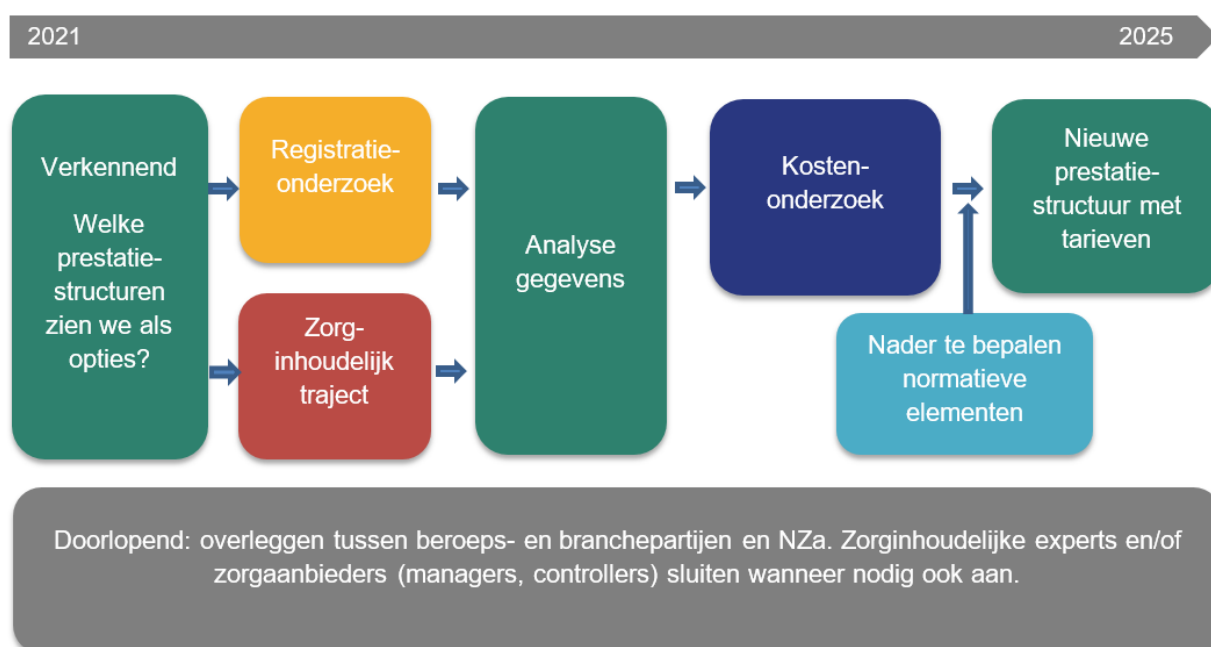
Het doorontwikkelingstraject zijn we in eerste instantie gestart om de bekostiging van het elv en de Wlz crisiszorg vv te herzien. Zoals we in de aanleiding al beschreven, is gedurende het traject duidelijk geworden dat ook de grz hierin moest worden meegenomen. In dit hoofdstuk beschrijven we beknopt de vier trajecten die onderdeel uitmaken van de doorontwikkeling van het elv en de Wlz crisiszorg vv. Daarnaast beschrijven we ook hoe we de grz hebben meegenomen. De verschillende trajecten liepen in samenwerking met zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorgkantoren en de beroeps- en branchepartijen.

3.1 Vier trajecten als onderdeel van doorontwikkeling

De doorontwikkeling van het elv en de Wlz crisiszorg vv bestaat voornamelijk uit vier trajecten (zie figuur 1):

- Registratieonderzoek opgezet vanuit de NZa (1 juli t/m 31 december 2022, laatste gegevens aanleveringen en analyses in 2023);
- Zorginhoudelijke beschrijving van de zorg opgezet vanuit beroeps- en branchepartijen (gedurende 2022 en 2023);
- Kostenonderzoek opgezet vanuit de NZa (uitvraag 1 juli t/m 31 december 2023, verdere analyses in 2024);
- Normatief traject opgezet vanuit beroeps- en branchepartijen en de NZa (gedurende 2023).

Deze trajecten zijn gezamenlijk nodig om te komen tot passende prestaties en tarieven voor het tijdelijk verblijf.



Figuur 1. Overzicht van de verschillende trajecten

3.2 Inzicht in huidige zorglevering

Registratieonderzoek elv en Wlz crisiszorg vv

Voor het elv en de Wlz crisiszorg vv wilden we in beeld krijgen hoeveel behandeling onder de huidige bekostiging wordt geleverd. Daarom hebben we een registratieonderzoek opgezet. Bij dit onderzoek registreerden geselecteerde zorgaanbieders vanaf 1 juli 2022 tot en met 31 december 2022 het aantal behandelminuten per dag per cliënt en per behandelaar. Daarnaast moesten enkele aanvullende gegevens geregistreerd worden, zoals het type opname of herkomst en ontslagbestemming van de cliënt. Deze gegevens werden beveiligd verstuurd naar de NZa. Deze gegevens maken inzichtelijk hoeveel behandeling op dat moment, binnen de huidige prestaties en tarieven, geleverd werd. De zorgaanbieders zijn geselecteerd op basis van een representatieve steekproef.

Naast bekostiging van het elv via reguliere prestaties wordt ook een deel bekostigd via experimentprestaties. Alle zorgaanbieders die bekostigd worden via experimentprestaties zijn gevraagd om mee te doen aan het registratieonderzoek. Denk bijvoorbeeld aan experimenten rond specifieke cliëntgroepen zoals mensen met het syndroom van Korsakov of de experimenten rond observatie en diagnostiek. Deze experimenten zijn opgezet omdat de huidige bekostiging niet aansluit bij de zorg die geleverd wordt. Dit is nuttige informatie voor dit traject waar de bekostiging verder wordt ontwikkeld.

Registraties grz gekoppeld aan registraties elv en Wlz crisiszorg vv

Om een beeld te krijgen van de huidige zorglevering van de grz hebben we gekeken naar de declaraties die onderdeel zijn van de dbc-bekostiging in de grz. Zo krijgen we inzicht in de onderliggende zorgactiviteiten van de grz. Dit hebben we vervolgens toegevoegd aan de registratiedata van het elv en de Wlz crisiszorg vv. Het registratieonderzoek elv en Wlz crisiszorg vv is zo ontworpen dat dit vergelijkbaar is met hoe de grz wordt geregistreerd en gedeclareerd. Door het koppelen van de grz declaratiedata van Vektis aan de registratiedata van het elv en de Wlz crisiszorg vv kunnen we de drie zorgvormen goed met elkaar vergelijken.

3.3 Inzicht in wenselijke zorglevering

Zorginhoudelijke beschrijving

Vanuit het zorginhoudelijke traject hebben ActiZ en Verenso notities opgeleverd die de wenselijke zorg in het elv en de Wlz crisiszorg vv beschrijven. ActiZ heeft samen met betrokken beroepsgroepen een inhoudelijke beschrijving uitgewerkt van welke zorg en randvoorwaarden beschikbaar zouden moeten zijn voor cliënten in het eerstelijnsverblijf en de Wlz crisiszorg vv. Ook beschreven zij de wensen ten opzichte van de bekostiging. Verenso heeft een kwaliteitsbeschrijving van het eerstelijnsverblijf opgeleverd. Dit document beschrijft wat specialisten ouderengeneeskunde gezamenlijk onder goede zorg in het elv verstaan en welke randvoorwaarden daarvoor nodig zijn. Daarnaast hebben zij ook een overzicht gemaakt van de wenselijke zorg in de Wlz crisiszorg vv. Ook voor de grz heeft Verenso een Kwaliteitsbeschrijving geriatrische revalidatiezorg gemaakt, waarin wordt beschreven wat de cliëntreis is en wat cliënten hierbinnen van specialisten ouderengeneeskunde mogen verwachten.

De zorginhoudelijke beschrijvingen vormen een belangrijk onderdeel van het doorontwikkelingstraject. Met het registratieonderzoek kunnen we namelijk alleen de huidige situatie van zorglevering in kaart brengen. Door de zorginhoudelijke beschrijving is inzichtelijk welke zorg in de gewenste situatie wordt geleverd, gezien vanuit de zorginhoud. Op basis hiervan kunnen de elementen in kaart worden gebracht die kosten met zich meebrengen en die mogelijk op dit moment nog niet in de huidige tarieven zitten.

3.4 Inzicht in kosten huidige zorglevering

Met het kostenonderzoek is in kaart gebracht wat het leveren van het elv en de Wlz crisiszorg vv in het jaar 2022 kostte. Dit levert een landelijk gemiddelde kostprijs op voor de prestaties in 2022, maar ook landelijk gemiddelde kostprijzen voor de nieuw te vormen prestaties. Dezelfde zorgaanbieders als bij het registratieonderzoek werden verzocht om gegevens aan te leveren. De gegevensuitvraag bij zorgaanbieders vond grotendeels plaats tussen 18 september 2023 en 6 oktober 2023.

Onderzoeksbureau PricewaterhouseCoopers (PwC) voerde dit onderzoek namens de NZa uit. In dit kostenonderzoek is alleen gekeken naar de kosten van het elv en de Wlz crisiszorg vv en is niet gekeken naar de grz. Het is belangrijk dat de nieuwe tarieven ook passend zijn voor de grz. Daarom onderzoeken we de komende tijd of we het kostenonderzoek naar de grz uit 2020 (over het boekjaar 2018) kunnen gebruiken om passende tarieven vast te stellen.

3.5 Normatief traject

Met het registratieonderzoek en het kostenonderzoek zijn de zorglevering en bijbehorende kosten in het jaar 2022 in kaart gebracht. Beroeps- en branchepartijen gaven aan dat de geleverde zorg (en bijbehorende kosten) niet aansluit bij de wenselijke zorglevering. Zij geven aan dat het met de huidige prestaties en tarieven niet mogelijk is om de behandeling te leveren die gewenst is. Daarom zijn we ook een normatief traject gestart. Het normatieve traject heeft als doel om de prestaties en tarieven te laten aansluiten bij de verwachte praktijk in 2025.

Voor dit normatieve traject hebben we aan beroeps- en branchepartijen gevraagd om uit te werken welke elementen niet in de huidige zorglevering zitten, maar die wel wenselijk zijn. We hebben partijen gevraagd om dit zoveel mogelijk met gegevens te onderbouwen. Vervolgens kijken we hoe we deze elementen kunnen meenemen in de vertaling van kostprijs naar tarief. De komende tijd werken we dit verder uit.

3.6 Combineren van trajecten

Gegevens uit bovenstaande trajecten worden gecombineerd om de prestaties en tarieven door te ontwikkelen. Dit doen we samen met de betrokken beroeps- en branchepartijen en een aantal zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren. Vanaf juni 2022 zijn hiervoor onder andere werkgroepen bekostiging gestart. Daarin hebben we met deze partijen gesproken over de wenselijke prestatiestructuur. De werkgroepen in 2022 hadden als doel om de verschillende opties te verkennen. Vanaf 2023 hadden de werkgroepen bekostiging de insteek om de uitkomsten van het registratieonderzoek en zorginhoudelijk traject te bespreken en te duiden vanuit de praktijk.

Analyse gegevens ten behoeve van de nieuwe prestatiestructuur

In 2023 zijn we gestart met het analyseren van de gegevens uit het registratieonderzoek en het zorginhoudelijke traject. Zo is geanalyseerd aan welke uitgangspunten de nieuwe prestatiestructuur volgens de zorginhoudelijke beschrijving moest voldoen. We hebben deze uitgangspunten gecombineerd met de uitgangspunten van de NZa. Op deze manier hebben we een breed beleidsmatig afwegingskader opgesteld en besproken met de werkgroep bekostiging. Het afwegingskader lichten we verder toe in hoofdstuk 4.

Op basis van dit afwegingskader hebben we onderzocht welke prestatiestructuren kansrijk zijn. Voor de meest kansrijke prestatiestructuren hebben we vervolgens uitgebreide analyses uitgevoerd op de data uit het registratieonderzoek. De resultaten hiervan zijn besproken in de werkgroepen bekostiging. Met behulp van de registratiedata en input vanuit de werkgroepen werden de prestaties

verder verfijnd. Dit om er voor te zorgen dat de prestaties voldoende homogeen zijn qua behandelinzet en goed aansluiten bij de praktijk. In dit advies leest u ons voorstel voor de nieuwe prestatiestructuur.

Analyse gegevens ten behoeve van de nieuwe tarieven

Op basis van het registratieonderzoek en het kostenonderzoek worden de kostprijzen bepaald voor de prestaties voor het elv en de Wlz crisiszorg vv. Daarnaast onderzoeken we de mogelijkheden om op basis van het kostenonderzoek 2018 en de declaratiegegevens van grz ook kostprijzen te bepalen voor de grz. De kostprijzen vormen de basis voor de nieuwe tarieven binnen het tijdelijk verblijf. Bij de vertaling van kostprijzen naar tarieven, wordt gebruik gemaakt van de uitkomsten van het normatieve traject. In een later te verschijnen verantwoordingsdocument wordt dit beschreven.

4 Afwegingskader en doelen nieuwe bekostiging

We hebben vanuit verschillende invalshoeken uitgangspunten ontvangen waar de bekostiging aan moet voldoen. Deze uitgangspunten komen vanuit drie bronnen:

- 1 de uitgangspunten van de NZa voor bekostiging (zie paragraaf 4.1);
- 2 de uitgangspunten vanuit de zorginhoudelijke beschrijvingen van beroeps- en branchepartijen (zie 4.2);
- 3 de uitgangspunten die volgen uit de visie kortdurende zorg (zie paragraaf 4.3).

We hebben, op basis van de uitgangspunten, een afwegingskader opgesteld. Dit afwegingskader bevat criteria met een weging waar we de bekostigingsopties naast leggen (zie verder hoofdstuk 5). In paragraaf 4.4 geven we dit afwegingskader weer. Ook lichten we de weging toe die we hebben opgenomen in het afwegingskader.

4.1 Uitgangspunten van de NZa

Vanuit de NZa hebben we een aantal uitgangspunten geformuleerd voor de bekostiging van het elv, de grz en de Wlz crisiszorg vv. Hieronder lichten we dit toe.

De bekostiging sluit aan op het zorgcontinuüm van enkelvoudige tot multiproblematiek met de mogelijkheid voor op- en afschalen van zorg binnen het tijdelijk verblijf

Het inzetten van tijdelijk verblijf speelt wat ons betreft een belangrijke rol in de transitie naar passende zorg (zie ook hoofdstuk 2). Bij kwetsbare, thuiswonende mensen moet rekening worden gehouden met situaties waarin een plotselinge, acute zorgvraag ontstaat, waarbij iemand tijdelijk niet meer zelfstandig thuis kan wonen. In die gevallen kan het een uitkomst bieden om de cliënt tijdelijk op te nemen. Hierdoor kan een opname in het ziekenhuis of vroegtijdige opschaling naar intramurale zorg vanuit de Wlz voorkomen of uitgesteld worden.

Het gaat bij tijdelijk verblijf in de kern om medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg onder verantwoordelijkheid van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde (so) of arts verstandelijk gehandicapten (arts VG). Hierbij kan sprake zijn van een lichte zorgvraag of van complexe behandeling: een zorgcontinuüm van een opname bij enkelvoudige problematiek naar complexe multiproblematiek. Dit zien we ook terug in de resultaten van het registratieonderzoek elv en Wlz crisiszorg vv en de declaratiedata van de grz. We zien dat er sprake is van een grote diversiteit aan cliënten en daarmee een diversiteit aan (de mate van) inzet van behandeling (zie ook 'Bijlage 1. Kerncijfers en analyses bij advies nieuwe bekostiging tijdelijk verblijf'). Daarnaast komt dit ook naar voren in de zorginhoudelijke beschrijvingen. Daarbij zal deze complexiteit van de zorgvraag mogelijk in de toekomst verder toenemen afhankelijk van politieke keuzes over het al dan niet overhevelen van behandeling vanuit de Wlz naar de Zvw ofwel de toegang tot de Wlz te versmallen (zie ook hoofdstuk 2). Het moet mogelijk zijn om een passende vergoeding te bieden in de bekostiging wanneer de behandeling op- en afgeschaald wordt, afgesteld op de zorgvraag van de cliënt. Dat draagt bij aan passende zorg. Met andere woorden, de bekostiging moet passend zijn voor dit gehele zorgcontinuüm.

Bekostiging moet passend zijn voor doelgroepen met een beperkt aantal cliënten

Binnen de bekostiging moet aandacht zijn voor doelgroepen met een beperkt aantal cliënten wanneer deze substantieel hogere kosten hebben dan andere cliënten. Bijvoorbeeld cliënten met het syndroom

van Korsakov of de ziekte van Huntington. De hogere kosten voor deze doelgroepen kunnen bestaan uit hogere behandelkosten. Denk daarbij aan meer behandeling of anders/hoger opgeleide verpleging of behandelaren. Dit punt overlapt dan ook deels met het punt hierboven rond het op- en afschalen van zorg binnen het tijdelijk verblijf. Daarnaast kunnen deze hogere kosten voor het gehele zorgtraject ook bestaan uit hogere verblijfskosten, bijvoorbeeld een langere ligduur. Het kan ook zijn dat er in de organisatie van zorg of in de inrichting van het gebouw aanvullende maatregelen nodig zijn voor specifieke cliëntgroepen. Denk daarbij aan het inrichten van gesloten afdelingen voor cliënten die opgenomen zijn middels een inbewaringstelling op grond van de Wet zorg en dwang (hierna: IBS). De bekostiging moet zorgaanbieders de ruimte geven om ook voor deze specifieke groep de zorg te kunnen leveren die nodig is. Risicoselectie waarbij deze doelgroepen tussen wal en schip vallen, moet voorkomen worden. De bekostiging moet hierop aansluiten.

De juiste prikkels voor gewenst gedrag voor het leveren van passende zorg

Het bekostigingssysteem moet zo min mogelijk prikkels bevatten voor ongewenst strategisch registratie- en declaratiegedrag. Daarvoor kijken we naar het Denkkader Zorgbekostiging van het Centraal Planbureau. Hierin staan prikkels met betrekking tot onder- en overbehandeling in relatie tot de bekostiging beschreven. Ook staan hierin andere prikkels zoals risicoselectie (selectie van cliënten) beschreven. Hieronder valt bijvoorbeeld het selecteren van cliënten met een lichtere zorgvraag om zo als zorgaanbieder geen verlies te draaien.

Er moet daarnaast een prikkel zijn voor doorstroom in de keten: zowel vanuit ziekenhuizen naar het tijdelijk verblijf als vanuit het tijdelijk verblijf naar een passende vervolgplek. Momenteel ontvangen we signalen van zorgaanbieders dat cliënten langer dan noodzakelijk in het ziekenhuis verblijven. Dit komt doordat zorgaanbieders een cliënt niet willen opnemen, omdat er volgens de zorgaanbieders te weinig ruimte is voor het leveren van behandeling binnen de huidige tarieven van het elv. Om dit op te lossen moet de bekostiging ruimte bieden voor het leveren van de zorg die nodig is, ook voor complexe cliënten vanuit het ziekenhuis. Dit sluit aan bij de voorgaande twee uitgangspunten. Daarnaast moet er een prikkel zijn voor doorstroom vanuit het elv naar huis of naar een andere passende vervolgplek. Met de huidige structuur van een dagtarief ontvangen we signalen van zorgaanbieders dat zorgaanbieders een cliënt langer opnemen in het elv, om te compenseren voor de hoge inzet van behandeling aan het begin van het traject (zie ook de aanleiding in hoofdstuk 2). Dit vinden we niet gewenst.

Beperkt aantal prestaties die homogeen zijn

Tot slot hanteren we als NZa een aantal randvoorwaarden voor het ontwikkelen van een nieuwe prestatiestructuur. De bekostiging moet zo eenvoudig mogelijk zijn, met een beperkt aantal prestaties waarbij de (verwachte) kosten die horen bij de zorglevering binnen de prestatie voldoende homogeen zijn. Dit betekent dat de betaling zo goed mogelijk moet aansluiten bij de geleverde zorg, waarbij de eenvoud (beperkt aantal prestaties) niet uit het oog wordt verloren. Hierbij kijken we naar homogeniteit van de behandelinzet (aantal behandelminuten) en kosten voor het verblijf (verblijf inclusief verpleging en verzorging maar zonder behandeling).

Uitgangspunten van de NZa:

- Zorgcontinuüm met de mogelijkheid voor op- en afschalen van zorg draagt bij aan passende zorg;
- Bekostiging moet (ook) passend zijn voor doelgroepen met een beperkt aantal cliënten;
- De bekostiging bevat de juiste prikkels voor gewenst gedrag voor het leveren van passende zorg;
- Eenvoud, beperkt aantal prestaties die homogeen zijn.

4.2 Uitgangspunten vanuit het zorginhoudelijk traject

ActiZ heeft zorginhoudelijke beschrijvingen gemaakt van het eerstelijnsverblijf en de Wlz crisiszorg vv. Ook Verenso heeft een kwaliteitsbeschrijving opgesteld van het elv en van de grz. Ook heeft zij een beschrijving van de inhoudelijke zorgelementen die van belang zijn voor de bekostiging van de Wlz crisiszorg vv. Uit deze beschrijvingen halen we de volgende punten die van belang zijn voor de bekostiging van deze zorgvormen (zie hieronder). Voor een volledige beschrijving van deze punten, verwijzen we naar de documenten van ActiZ en Verenso.

Algemene uitgangspunten:

- Ruimte voor voldoende behandelcapaciteit;
- Flexibiliteit om in te kunnen spelen op verschillende behoeftes in zorg- en behandelinzet en ligduur;
- Observatie en diagnostiek moet integraal onderdeel zijn van de bekostiging;
- Ruimte voor overleg tussen behandelaren, de cliënt en diens naasten;
- Uniformiteit in bekostiging met aanpalende zorgvormen;
- Lage administratieve lasten.

Specifieke punten Wlz crisiszorg vv:

- Ruimte voor een aangepaste verblijfsomgeving (prikkelarm, mogelijkheid tot gesloten deur, technologische voorzieningen, beveiliging);
- Ruimte om in te kunnen spelen op het acute, onplanbare karakter van de zorg.

4.3 Uitgangspunten vanuit de visie kortdurende zorg

Vanuit de visie op tijdelijk verblijf (zie ook hoofdstuk 2) volgt dat we het gewenst vinden om één bekostiging te ontwikkelen voor de verschillende vormen van tijdelijk verblijf. Er is sprake van een zorgcontinuüm binnen het tijdelijk verblijf waarbinnen kwetsbare mensen de zorg krijgen die zij nodig hebben op de best passende plek. De bekostiging moet daarom passend zijn voor de verschillende vormen van tijdelijk verblijf.

Uitgangspunten vanuit de visie:

- Bekostiging past bij het zorgcontinuüm waarbij op- en afgeschaald kan worden in zorginzet, passend bij de zorgvraag van de cliënt;
- Bekostiging is passend voor de verschillende vormen van tijdelijk verblijf.

4.4 Afwegingskader met weging

Uit bovenstaande blijkt dat in de bekostiging rekening gehouden moet worden met een veelheid aan verschillende uitgangspunten. Tegelijkertijd zien we dat sommige uitgangspunten vanuit de drie bronnen overlappen. Dit hebben we besproken met beroeps- en branchepartijen en zorgaanbieders in verschillende werkgroepen. Ook is in het directeurenoverleg van 9 februari 2023 gesproken over welke punten het zwaarste zouden moeten wegen. Tot slot hebben we doelen opgesteld waar de nieuwe bekostiging aan moet voldoen (zie paragraaf 4.5).

Op basis van deze input zijn we tot een afwegingskader gekomen. Met dit kader toetsen we de verschillende bekostigingsopties. We realiseren ons dat een dergelijke weging een objectieve scoring van de bekostigingsopties suggereert, terwijl de scoring in feite subjectief is. We zijn ons hier bewust van. Tegelijkertijd is deze weging afgestemd met betrokken beroeps- en branchepartijen en helpt deze weging ons om de afwegingen meer expliciet te maken. De weging en scoring wordt dus enkel gebruikt

ter indicatie welke bekostigingsvorm het beste zou kunnen passen en is niet de beslissende factor. Uit de werkgroepen bekostiging kwam naar voren dat per zorgvorm andere punten belangrijker werden gevonden. Daarom maken we bij de weging onderscheid tussen de verschillende zorgvormen. Concluderend zijn we gekomen tot onderstaand afwegingskader met weging.

| criterium uit afwegingskader | Weging elv | Weging grz | Weging elv ptz | Weging Wlz crisiszorg vv |
|---|------------|------------|----------------|--------------------------|
| De bekostiging past bij de heterogene doelgroep en het zorgcontinuüm waarbij gemakkelijk op- en afgeschaald kan worden in zorginzet passend bij de zorgvraag van de cliënt. | 40% | 40% | 10% | 30% |
| De administratieve lasten moeten zoveel mogelijk beperkt worden. | 20% | 20% | 50% | 30% |
| De bekostiging bevat de juiste prikkels voor gewenst gedrag, waaronder de doorstroom in de keten en voorkomen van onder-/overbehandeling en risicoselectie. | 20% | 20% | 20% | 20% |
| De bekostiging moet passend zijn voor doelgroepen met een beperkt aantal cliënten. | 10% | 10% | 10% | 10% |
| De bekostiging moet eenvoudig zijn met een beperkt aantal prestaties die homogeen zijn. | 10% | 10% | 10% | 10% |

Hieronder lichten we de genoemde punten en beknopt de bijbehorende weging verder toe.

1 De bekostiging past bij de heterogene doelgroep en het zorgcontinuüm waarbij gemakkelijk op- en afgeschaald kan worden in zorginzet passend bij de zorgvraag van de cliënt.

- Elv en grz: Voor het elv en de grz kennen we het meeste gewicht toe aan dit punt, namelijk 40%. Zorgaanbieders moeten de zorg kunnen leveren die nodig is, niet meer en niet minder. Binnen het elv en de grz is een diversiteit in zorgvragen, daarom is ruimte voor maatwerk nodig met als uitgangspunt: de juiste zorg, op de juiste plek, door de juiste professional. Dit is dan ook een van de hoofdredenen geweest voor het doorontwikkelingstraject van de bekostiging elv en grz. Ook kwam de wens voor meer flexibiliteit en maatwerk in de werkgroepen en de zorginhoudelijke beschrijvingen steeds naar voren als belangrijkste criterium. Het moet mogelijk zijn om op- en af te schalen in de behandelinzet afgestemd op de zorgvraag van de cliënt gedurende het behandeltraject.
- Elv ptz: Voor elv ptz werd het zorgcontinuüm en de mogelijkheid voor op- en afschalen door zorgaanbieders en beroeps- en branchepartijen veel minder belangrijk gevonden dan bijvoorbeeld administratieve lasten. Vandaar dat we dit veel minder zwaar wegen en een gewicht van 10% meegeven in plaats van 40% bij het elv en de grz.
- Wlz crisiszorg vv: voor de Wlz crisiszorg vv werd dit punt ook als belangrijk ervaren, maar werd ook aangegeven dat de administratieve lasten een grote rol spelen. Dit is de reden dat we voor de Wlz crisiszorg vv wel een hoog percentage toekennen aan dit punt (30%), maar iets minder dan bij het elv en de grz doordat een deel is verschoven naar de administratieve lasten.

2 De administratieve lasten moeten zoveel mogelijk beperkt worden.

- Elv en grz: Administratieve belasting als gevolg van het bekostigingssysteem zien we ook als een belangrijk weegpunt en we kennen dit criterium een weging van 20% toe. We vinden het belangrijk dat zorgprofessionals hun tijd zo veel mogelijk aan de zorglevering kunnen besteden. Het beperken van administratieve handelingen speelt hierin een belangrijke rol.
- Elv ptz: In de werkgroepen die we rondom elv ptz hebben gehad, kwam vanuit beroeps- en branchepartijen nadrukkelijk naar voren dat het de wens is om de administratieve lasten zo beperkt mogelijk te houden. Aangezien dit zo belangrijk wordt gevonden, telt dit criterium voor de helft (50%) mee in de weging.
- Wlz crisiszorg vv: Van beroeps- en branchepartijen begrepen we dat administratieve lasten en eenvoud voor de Wlz crisiszorg vv als een belangrijk criterium worden gezien, waarbij dit zwaarder weegt dan de andere criteria. Daarom kennen we hier een gewicht aan toe van 30%.

3 De bekostiging bevat de juiste prikkels voor gewenst gedrag, waaronder de doorstroom in de keten en het voorkomen van onder-/overbehandeling en risicoselectie.

- Elv en grz: Perverse prikkels moeten zoveel mogelijk voorkomen worden voor onder- en overbehandeling alsook risicoselectie. Daarnaast moet er een prikkel zijn tot bevordering van doorstroom in de keten. Dit is tweeledig: doorstroom vanuit het ziekenhuis naar het elv of de grz en doorstroom vanuit het elv of de grz naar huis of een andere passende vervolgplek. De aanleiding voor dit onderzoek is dat een deel van deze prikkels nu niet goed staan. We vinden het belangrijk dat dit verbeterd wordt. Daarom kennen we dit punt een gewicht toe van 20%.
- Elv ptz: ook voor elv ptz gaan we uit van dezelfde weging als bij het elv en de grz. Hoewel het punt rondom de doorstroom in de keten hier minder geldt, vinden we het ook belangrijk dat de bekostiging prikkels voor over- of onderbehandeling tegengaat.
- Wlz crisiszorg vv: voor Wlz crisiszorg vv zijn we voor dit punt in het afwegingskader uitgaan van dezelfde weging als voor het elv en de grz. Tegelijkertijd geldt dat voor de Wlz crisiszorg vv de ligduur beperkt wordt door termijnen vanuit de zorgkantoren. Wel is het wenselijk dat ook voor de Wlz crisiszorg vv perverse prikkels zoveel mogelijk voorkomen moeten worden voor onder- en overbehandeling alsook risicoselectie. Daarom kennen we ook voor de Wlz crisiszorg vv hier een gewicht toe van 20%.

4 De bekostiging moet passend zijn voor doelgroepen met een beperkt aantal cliënten.

- Elv, grz, elv ptz en Wlz crisiszorg vv: Binnen het zorgcontinuüm moet aandacht zijn voor doelgroepen met een beperkt aantal cliënten, zoals cliënten met het syndroom van Korsakov of de ziekte van Huntington. Dit punt overlapt deels met het eerste punt uit dit afwegingskader rond het op- en afschalen van zorginzet zoals ook toegelicht in paragraaf 4.1. Toch hebben we dit punt apart opgenomen omdat we het wenselijk vinden dat zorgaanbieders de ruimte krijgen om ook voor deze specifieke groep de zorg te kunnen leveren die nodig is. Dit kan ook op andere punten zitten dan enkel de zorginzet, denk hierbij aan de organisatie van zorg of in de inrichting van het gebouw aanvullende maatregelen nodig zijn voor specifieke cliëntgroepen. Zoals bijvoorbeeld het inrichten van gesloten afdelingen voor cliënten met een IBS. De bekostiging moet hier passend voor zijn. Omdat dit punt deels overlapt met punt 1, kennen we hier een lager gewicht aan toe, namelijk 10%.

5 De bekostiging moet eenvoudig zijn met een beperkt aantal prestaties die homogeen zijn.

- Elv, grz, elv ptz en Wlz crisiszorg vv: Aan dit punt kennen we voor alle zorgvormen een gewicht toe van 10%. In onze analyses van het huidige bekostigingssysteem zien we dat de huidige bekostiging niet aansluit bij de praktijk (zie Bijlage 1. Kerncijfers en analyses bij advies nieuwe bekostiging tijdelijk verblijf). Vanuit de NZa vinden we het belangrijk dat de bekostiging goed aansluit op de geleverde zorg. Hierbij kijken we naar homogeniteit van de behandelinzet (aantal behandelminuten) en kosten voor het verblijf (verblijf inclusief verpleging en verzorging maar zonder behandeling).

4.5 Doelen nieuwe bekostiging

Op basis van bovenstaande uitgangspunten zijn we gekomen tot een aantal doelen voor de nieuwe bekostiging. We kiezen er voor om naast de uitgangspunten ook doelen voor de nieuwe bekostiging op te nemen zodat we in de toekomst kunnen monitoren of deze doelen ook behaald worden. De belangrijkste aanleiding voor dit onderzoek waren de signalen dat de huidige prestatiestructuur niet goed aansluit bij de zorglevering.

Het doel van de nieuwe bekostiging is dat deze beter aansluit op de praktijk en leidt tot meer passende zorg, doordat:

- Er vanuit de bekostiging gemakkelijk op- en afgeschaald kan worden in zorginzet passend bij de zorgvraag van de cliënt. Om dit doel te bereiken gelden een aantal randvoorwaarden:
 - a) Er staat een passende vergoeding tegenover de zorginzet.
 - b) Door punt a, ervaren zorgverleners de ruimte om naar hun professionele inzicht de zorg in te zetten die nodig is voor de cliënt (professionele autonomie).
 - c) De bekostiging ook passend is voor doelgroepen met een beperkt aantal cliënten met uitzonderlijk hoge of lage kosten.
- De bekostiging doorstroom in de keten en passende zorginzet stimuleert en risicoselectie zoveel mogelijk tegengaat.

Daarnaast vinden we het ook belangrijk dat:

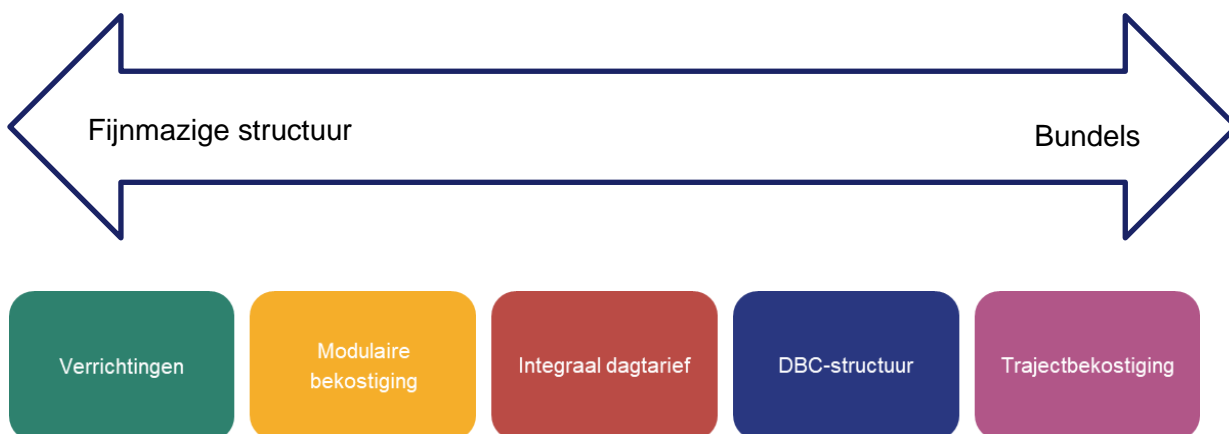
- De ervaren administratieve lasten als behapbaar worden ervaren door zorgaanbieders, zorgverleners, zorgverzekeraars en zorgkantoren.
- De bekostiging eenvoudig is met een beperkt aantal prestaties die voldoende homogeen worden bevonden qua kosten.

5 Welke prestatiestructuur is het best passend?

We hebben onderzocht welke prestatiestructuur het best passend is voor het tijdelijk verblijf. Voordat we hier dieper op in gaan, lichten we in dit hoofdstuk allereerst toe wat verschillende prestatiestructuren inhouden. Vervolgens lichten we toe welke prestatiestructuur als meest kansrijk naar voren zijn gekomen. Daarna leggen we deze meest kansrijke prestatiestructuren naast het afwegingskader uit hoofdstuk 4.

5.1 Algemene toelichting prestatiestructuren

Er zijn veel verschillende vormen van prestatiestructuren. In het Denkkader Zorgbesteding van het Centraal Planbureau wordt dit toegelicht. Prestatiestructuren kunnen variëren van een fijnmazige structuur tot besteding in bundels. Soms zijn de prestaties relatief kleine eenheden. Prestaties vallen dan samen met zorgactiviteiten (bijvoorbeeld consulten in de huisartsenzorg). Grotere zorgeenheden betreffen bundels bestaande uit meerdere zorgactiviteiten, zoals bij de dbc-zorgproducten in de medisch specialistische zorg of de zorgzwaartepakketten (zpz's) in de langdurige zorg. Zowel bij zorgactiviteitenprestaties als bij bundelprestaties kan er onderscheid worden gemaakt naar verschillende tijdseenheden (per 5 minuten, per kwartaal etc.), naar verschillende diagnoses, naar type zorgverlening, of een combinatie daarvan.



Hieronder lichten we de verschillende prestatiestructuren verder toe.

- Prestatie per verrichting. Besteding op basis van verrichtingen. Voor de verschillende handelingen die worden uitgevoerd, worden prestaties ontwikkeld. Voorbeeld: intake, assessment, behandeling so, behandeling fysiotherapeut, et cetera.
- Modulaire besteding. Besteding op basis van modules. Modules kunnen per week, per dag, per dagdeel, per uur, et cetera zijn. Voorbeeld van modules: verblijf, diagnostiek, medisch, paramedisch, et cetera.
- Integraal dagtarief. Besteding op basis van een integraal tarief per dag, gebaseerd op (een) kenmerk(en). Dit is hoe de huidige besteding van het elv en de Wlz crisiszorg vv eruitziet. Hierbij is het ook mogelijk een integraal tarief te ontwikkelen op basis van een ander kenmerk dan laag complex, hoog complex en palliatief terminale zorg. Voorbeeld: doel van opname (herstel, observatie, et cetera) of moment in het zorgtraject.

- Dbc zoals nu bij de grz (vorm van trajectbekostiging en modulaire bekostiging). Bekostiging op basis van de dbc-structuur zoals we nu kennen in de grz. Behandelaren registreren verrichtingen in de vorm van zorgactiviteiten. De behandelaar registreert cliëntgebonden handelen per tijdseenheid van vijf minuten. Ook wordt het aantal verpleegdagen en de diagnosetypering geregistreerd. Dit alles bepaalt welk dbc-zorgproduct gedeclareerd kan worden. De zorgaanbieder ontvangt een tarief voor een bundel van deze verrichtingen en verpleegdagen.
- Trajectbekostiging. Bekostiging op basis van een integraal tarief per traject gebaseerd op (een) kenmerk(en). Dat kan net als bij een integraal dagtarief gebaseerd zijn op doel van opname, alleen wordt er nu per traject bekostigd (meerdere dagen) en niet per dag. Ook is het hierbij mogelijk om bijvoorbeeld het verblijf op te splitsen in een prestatie voor de eerste 14 dagen, en een prestatie voor de periode daarna. Trajectbekostiging onderscheidt zich binnen dit onderzoek van (bijvoorbeeld) een dbc-bekostiging in de wijze van toe- of afleiding. Binnen dit advies zien we trajectbekostiging als een prestatiestructuur waarbij op voorhand kan worden bepaald welk traject een cliënt gaat volgen en welke prestatie hier bij hoort. Bij de dbc-bekostiging vindt afleiding naar een prestatie achteraf plaats, nadat de behandeling is geleverd. Bovendien hoeven bij trajectbekostiging niet alle minuten geregistreerd te worden. Dit is wel het geval bij dbc-bekostiging zoals die nu geldt bij de grz.

5.2 Welke prestatiestructuren achten we kansrijk?

Met beroeps- en branchepartijen en een aantal van hun leden hebben we over de verschillende bekostigingsopties gesproken. We zijn eerst breed gestart door met deze partijen de hierboven toegelichte bekostigingsopties te bespreken, mede op basis van de resultaten van het registratieonderzoek. Ook konden zorgaanbieders zelf voorstellen indienen voor een nieuwe prestatiestructuur. Daarnaast hebben we aangegeven dat mengvormen van prestatiestructuren mogelijk zijn. De volgende bekostigingsstructuren werden als meest kansrijk gezien en hebben we in de rest van dit advies verder uitgewerkt:

- 1 **Integraal dagtarief**. Bekostiging op basis van een integraal tarief per dag, gebaseerd op (een) kenmerk(en). Bijvoorbeeld het kenmerk palliatief terminale zorg. Daarnaast is het mogelijk om een combinatie te maken met modulaire bekostiging, zoals een integraal dagtarief met aanvullende (optionele) modules. Ook is het mogelijk om binnen het integrale dagtarief bijvoorbeeld te differentiëren naar licht, midden en zwaar. De prestatie-eenheid is per dag.
- 2 **Modulaire bekostiging met modules behandeling per uur met onderscheid naar type behandel functies**. Bekostiging op basis van modules. In deze variant kiezen we naast een module voor verblijf, voor behandelmodules met onderscheid in type behandelaren. We stellen voor om de grove indeling te hanteren die aansluit bij de behandeling thuis in de gzsp en Wlz mpt: medisch, paramedisch en gedragswetenschappelijk. De prestatie-eenheid voor de verblijfsmodule is per dag, en voor de behandelmodules per uur. Daarnaast is het mogelijk om hier nog aanvullende (optionele) modules aan toe te voegen, zoals een aangepaste, beveiligde setting (per dag) of intensieve verpleging en verzorging (per dag)
- 3 **Modulaire bekostiging per dag met onderscheid naar type behandel functies**. Bekostiging op basis van modules zoals ook bij de variant hierboven toegelicht. Het verschil is dat in deze optie gekozen wordt voor een prestatie-eenheid per dag voor de behandelmodules.
- 4 **Dbc-structuur zoals in de grz**. Bekostiging op basis van de dbc-structuur zoals we kennen in de grz. Behandelaren registreren cliëntgebonden handelen per tijdseenheid van vijf minuten. Ook wordt

het aantal verpleegdagen en de diagnosetypering geregistreerd. Dit alles bepaalt welk dbc-zorgproduct gedeclareerd kan worden. De prestatie-eenheid is per dbc-zorgproduct.

Deze vier prestatiestructuren hebben we onderzocht aan de hand van de uitkomsten uit het registratieonderzoek, het zorginhoudelijk traject en gesprekken met beroeps- en branchepartijen. We hebben deze opties naast het afwegingskader gelegd. In de rest van dit hoofdstuk zoomen we in op deze vier prestatiestructuren en leggen we deze naast het afwegingskader uit hoofdstuk 4.

Raakvlakken met cliëntprofielen zoals in de wijkverpleging

In de wijkverpleging kan vanaf 2024 gewerkt worden met bekostiging op basis van cliëntprofielen. Het registreren van de cliëntprofielen gebeurt aan de hand van een speciaal ontwikkelde vragenlijst. Denk daarbij aan vragen over het verwacht verloop van de ziekte, multimorbiditeit, incontinentie en zelfstandig aankleden en wassen. De vragenlijst leidt naar een cliëntprofiel. De cliëntprofielen geven inzicht in de case-mix van zorgaanbieders. Deze case-mix biedt zorgverzekeraars en zorgaanbieders houvast om een inhoudelijk gesprek te voeren. De vragenlijst en de bijbehorende cliëntprofielen zijn geen vervanging van de indicatie. Ook leidt dit niet tot een prestatie die gedeclareerd kan worden.

Vanuit dit doorontwikkelingstraject in het tijdelijk verblijf hebben we ook gekeken naar de toepasbaarheid van cliëntprofielen voor het tijdelijk verblijf. Het is een interessante mogelijkheid omdat we verwachten dat deze vorm van bekostigen bijdraagt aan meer zorg op maat, preventie en innovatie. Uitkomsten die we ook van belang vinden voor het tijdelijk verblijf. Tegelijkertijd zien we in de data van het registratieonderzoek en in de zorginhoudelijke beschrijving dat het lastig is om groepen te maken. Het werken met cliëntprofielen in het tijdelijk verblijf lijkt dus nu (nog) niet mogelijk. We blijven de ontwikkelingen in de wijkverpleging volgen en onderzoeken in de toekomst graag wat we hiervan kunnen leren voor de bekostiging van het tijdelijk verblijf. Zie hiervoor ook het hoofdstuk 7 'Conclusie en vervolg'.

5.3 Integraal dagtarief

Elv laag complex,
integraal tarief per
dag

Elv hoog complex,
integraal tarief per
dag

Elv ptz, integraal
tarief per dag

Wlz crisiszorg vv,
integraal tarief per
dag

Wat houdt het bekostigingssysteem in?

In dit voorbeeld gaan we uit van de huidige invulling prestatiestructuur elv en Wlz crisiszorg vv. De grz hebben we in dit voorbeeld buiten beschouwing gelaten:

- Bekostiging op basis van een integraal tarief per dag, gebaseerd op (een) kenmerk(en).
- Drie prestaties binnen het elv (laag complex, hoog complex en ptz) en één prestatie Wlz crisiszorg vv.
- Er is geen differentiatie voor op welke dag of in welke fase van de behandeling de betreffende cliënt zich bevindt.
- Prestatie-eenheid is per dag.

5.4 Modulaire bekostiging per uur

Verblijf (inclusief
verpleging en
verzorging)



Behandeling
medisch

Behandeling
paramedisch

Behandeling
gedragwetenschappelijk



Intensieve verpleging en verzorging voor
complexe doelgroepen



Beveiligde setting

Wat houdt het bekostigingssysteem in?

- Bekostiging op basis van modules.
- De prestatie-eenheid van de verblijfsmodule, de module intensieve verpleging en verzorging voor complexe doelgroepen en de module beveiligde setting is per dag en de prestatie-eenheid voor de aanvullende behandelmodules is per uur (in de praktijk betekent dit dat per 5 minuten gedeclareerd wordt).
- Naar aanleiding van gesprekken met (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren, komen we tot een indeling in de modules zoals hierboven weergegeven: een module voor verblijf per dag, waarbij daarnaast aanvullende modules gedeclareerd kunnen worden.

| Kenmerk | Score | Toelichting | |
|---|----------------------------|---|--|
| De bekostiging past bij de heterogene doelgroep en het zorgcontinuüm waarbij gemakkelijk op- en afgeschaald kan worden in zorginzet passend bij de zorgvraag van de cliënt. | ++ | Afhankelijk van de zorgvraag, kunnen verschillende modules ingezet worden. Een modulaire bekostiging per uur sluit goed aan bij het zorgcontinuüm van lichte naar zware zorg. Bij een hogere zorgvraag kan meer behandeling ingezet en gedeclareerd worden. De bekostiging is dan ook passend voor de verschillende vormen van tijdelijk verblijf. | |
| De administratieve lasten moeten zoveel mogelijk beperkt worden | - | Bij een modulaire bekostiging per uur moet de directe behandeltime geregistreerd worden. | |
| De bekostiging bevat de juiste prikkels voor gewenst gedrag, waaronder de doorstroom in de keten en voorkomen van onder-/overbehandeling en risicoselectie. | +/- | Een module verblijf heeft de prikkel om een cliënt zo lang mogelijk te laten verblijven. Een modulaire bekostiging per uur heeft een prikkel om veel behandeling in te zetten (productieprikkel op overbehandeling). Er is dan ook geen prikkel voor onderbehandeling en risicoselectie. De bekostiging is passend voor alle doelgroepen. Het is daarmee niet nadelig om zwaardere cliëntgroepen op te nemen. Bij deze groepen kan meer behandeling worden ingezet en gedeclareerd. Hierdoor kent een modulaire bekostiging een grotere prikkel voor doorstroom dan bijvoorbeeld een integraal dagtarief. | |
| De bekostiging moet passend zijn voor doelgroepen met een beperkt aantal cliënten. | ++ | Afhankelijk van de zorgvraag kunnen verschillende modules ingezet worden. Hierdoor is de bekostiging passend voor doelgroepen met een beperkt aantal cliënten. | |
| De bekostiging moet eenvoudig zijn met een beperkt aantal prestaties die homogeen zijn | Homogeniteit behandelinzet | ++ | De prestatiestructuur sluit goed aan bij de variatie in behandeltime door de prestatie-eenheid per uur. Hierdoor is sprake van een lage spreiding binnen een prestatie. Het aantal te declareren ligdagen komt overeen met werkelijke ligdagen. Ook is het mogelijk een aanvullende module te ontwikkelen voor een hogere inzet van verpleging en verzorging bij complexe cliëntgroepen en bijvoorbeeld een module voor een beveiligde setting. Hierdoor is sprake van een lage spreiding. |
| | Homogeniteit verblijf | ++ | |

5.5 Modulaire bekostiging per dag

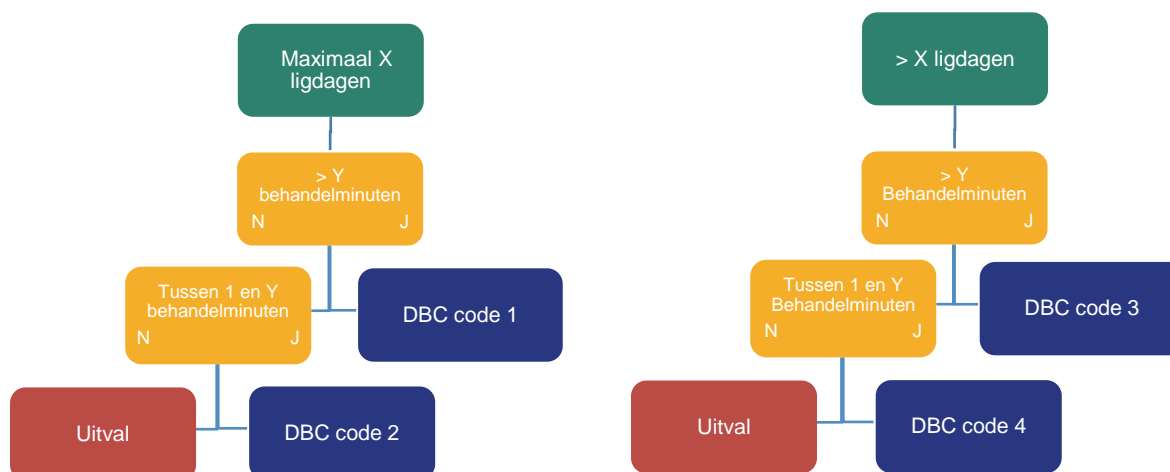


Wat houdt het bekostigingssysteem in?

- Bekostiging op basis van modules.
- De prestatie-eenheid van de modules is per dag.
- Naar aanleiding van gesprekken met (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren, komen we tot een indeling in de modules zoals hierboven weergegeven: een module voor verblijf per dag, waarbij daarnaast aanvullende modules gedeclareerd kunnen worden.

| Kenmerk | Score | | |
|---|----------------------------|--|--|
| De bekostiging past bij de heterogene doelgroep en het zorgcontinuüm waarbij gemakkelijk op- en afgeschaald kan worden in zorginzet passend bij de <u>zorgvraag van de cliënt</u> . | + | Afhankelijk van de zorgvraag kunnen verschillende modules ingezet worden. Er geldt een prestatie-eenheid per dag, waardoor sprake is van een gemiddelde inzet van behandeling per dag. Dit maakt dat deze bekostiging iets minder passend is bij het zorgcontinuüm dan een prestatie-eenheid per uur. | |
| De administratieve lasten moeten zoveel mogelijk beperkt worden | + | Een modulaire bekostiging per dag kent relatief lage administratieve lasten. Wel moeten zorgaanbieders aangeven of die dag sprake was van de inzet van een module. | |
| De bekostiging bevat de juiste prikkels voor gewenst gedrag, waaronder de doorstroom in de keten en voorkomen van onder-/overbehandeling en risicoselectie. | + | Een module verblijf heeft de prikkel om een cliënt zo lang mogelijk te laten verblijven. Ook is er een prikkel om iedere dag een beetje behandeling te leveren om zo de behandelmodule per dag te kunnen declareren. Er is een beperkt risico op risicoselectie. Voor cliënten met een zwaardere zorgvraag wordt mogelijk iedere dag behandeling ingezet en iedere dag kan dan gedeclareerd worden. Echter, het nadeel is dat het tarief per dag een gemiddelde is. Indien voor een zwaardere cliëntgroep een hogere inzet van behandeling per dag is, is dit niet lonend. | |
| De bekostiging moet passend zijn voor doelgroepen met een beperkt aantal cliënten. | +/- | Afhankelijk van de zorgvraag kunnen verschillende modules ingezet worden. Wel geldt een module per dag, waardoor sprake is van iets minder maatwerk dan bij een uurtarief. | |
| De bekostiging moet eenvoudig zijn met een beperkt aantal prestaties die homogeen zijn. | Homogeniteit behandelinzet | +/- | De spreiding van de cliëntgebonden tijd is hoger dan bij een prestatie-eenheid per uur. Hierdoor sluit de bekostiging minder goed aan bij de variatie in behandelinzet tussen cliënten. |
| | Homogeniteit verblijf | ++ | Het aantal te declareren ligdagen komt overeen met werkelijke ligdagen. Ook is het mogelijk een aanvullende module te ontwikkelen voor een hogere inzet van verpleging en verzorging bij complexe cliëntgroepen en bijvoorbeeld een module voor een beveiligde setting. Hierdoor is sprake van een lage spreiding. |

5.6 Dbc-structuur zoals in de grz



Wat houdt het bekostigingssysteem in?

- Bekostiging op basis van de dbc-structuur zoals we kennen in de grz.
- Behandelaren registreren zorgactiviteiten. Cliëntgebonden handelen wordt per tijdseenheid van vijf minuten door de behandelaar vastgelegd. Ook wordt het aantal verpleegdagen en de diagnosetypering geregistreerd. Dit tezamen bepaalt welk dbc-zorgproduct gedeclareerd kan worden.
- De prestatie-eenheid van is per dbc-zorgproduct.

| Kenmerk | Score | Toelichting | |
|---|----------------------------|--|--|
| De bekostiging past bij de heterogene doelgroep en het zorgcontinuüm waarbij gemakkelijk op- en afgeschaald kan worden in zorginzet passend bij de zorgvraag van de cliënt. | +/- | Een dbc gaat uit van een gemiddelde. Er is daardoor minder maatwerk en differentiatie dan bijvoorbeeld modulaire bekostiging per uur, maar meer ruimte voor differentiatie ten opzichte van een integraal dagtarief. | |
| De administratieve lasten moeten zoveel mogelijk beperkt worden | -- | Zowel de directe als indirecte cliëntgebonden tijd dient geregistreerd te worden. Een dbc bekostiging kent daarmee de hoogste administratieve lasten. | |
| De bekostiging bevat de juiste prikkels voor gewenst gedrag, waaronder de doorstroom in de keten en voorkomen van onder-/overbehandeling en risicoselectie. | +/- | Meer inzet van behandeling en een langere ligduur leiden tot een afleiding naar een zwaarder zorgproduct. Indirect leidt dit tot een hoger tarief. Echter, niet ieder extra uur behandeling leidt tot een extra declaratie waardoor de productieprikkel enigszins beperkt wordt. Er is geen prikkel voor een snelle doorstroom. Er is een prikkel tot strategisch registratiegedrag, dat betekent dat er net over de grens van een zorgproduct heen wordt gedeclareerd | |
| De bekostiging moet passend zijn voor doelgroepen met een beperkt aantal cliënten. | + | Een dbc gaat uit van een gemiddelde waardoor sprake is van minder maatwerk en differentiatie dan bijvoorbeeld bij modulaire bekostiging, maar meer ruimte voor differentiatie t.o.v. integraal dagtarief. | |
| De bekostiging moet eenvoudig zijn met een beperkt aantal prestaties die homogeen zijn. | Homogeniteit behandelinzet | + | Een dbc gaat uit van een gemiddelde, maar een hogere behandelinzet leidt wel tot een afleiding naar een hoger zorgproduct. Hierdoor sluit de declaratie beter aan bij de zorglevering dan bijvoorbeeld een integraal dagtarief, maar scoort minder goed dan een tarief per uur. |
| | Homogeniteit verblijf | +/- | Het aantal gedeclareerde ligdagen komt niet overeen met exacte aantal daadwerkelijke ligdagen, want declaratie vindt plaats per clustering (verblijfsdagen en behandelminuten). Ook is er geen differentiatie naar een beveiligde setting of voor hogere inzet van verpleging en verzorging. |

5.7 Overzicht: score per bekostigingsmodel in het afwegingskader

Hieronder geven we weer hoe de verschillende bekostigingsvormen scoren ten opzichte van het afwegingskader. Per punt uit het afwegingskader hebben we (NZa) een score gegeven: ++ = 4 punten; + = 3 punten; +/- = 2 punten; - = 1 punt; -- = 0 punten. In de vorige paragrafen hebben we een onderbouwing weergegeven van deze scores per bekostigingsoptie. Deze informatie hebben we vervolgens gecombineerd met de weging zoals toegelicht in hoofdstuk 4 om te komen tot een score per bekostigingsmodel.

De score op de verschillende punten is gelijk voor het elv, de grz, elv ptz en de Wlz crisiszorg vv. Dit komt omdat de uitgangspunten in het afwegingskader gelijk zijn. De weging voor elv ptz en de Wlz crisiszorg vv wijkt wel af van de weging voor het elv en de grz zoals toegelicht in hoofdstuk 4. Hierdoor is de eindscore voor elv ptz en de Wlz crisiszorg vv anders dan de eindscore voor het elv en de grz.

| | Integraal dagtarief (zoals huidige bekostiging) | Modulaire bekostiging per uur | Modulaire bekostiging per dag | Dbc zoals grz |
|---|---|-------------------------------|-------------------------------|---------------|
| De bekostiging past bij de heterogene doelgroep en het zorgcontinuüm waarbij gemakkelijk op- en afgeschaald kan worden in zorginzet passend bij de zorgvraag van de cliënt. | 0 | 4 | 3 | 2 |
| | -- | ++ | + | +/- |
| De administratieve lasten moeten zoveel mogelijk beperkt worden. | 4 | 1 | 3 | 0 |
| | ++ | - | + | -- |
| De bekostiging bevat de juiste prikkels voor gewenst gedrag, waaronder de doorstroom in de keten en voorkomen van onder-/overbehandeling en risicoselectie. | 1 | 2 | 3 | 2 |
| | - | +/- | + | +/- |
| De bekostiging moet passend zijn voor doelgroepen met een beperkt aantal cliënten. | 0 | 4 | 2 | 3 |
| | -- | ++ | +/- | + |
| De bekostiging moet eenvoudig zijn met een beperkt aantal prestaties die homogeen zijn. | 1,5 | 4 | 3 | 2,5 |
| • Homogeniteit in behandelinzet | -- | ++ | +/- | + |
| • Homogeniteit in verblijf | + | ++ | ++ | +/- |
| Eindscore elv en grz | 1,2 | 3 | 2,9 | 1,8 |
| Eindscore elv ptz | 2,4 | 2,1 | 2,9 | 1,2 |
| Eindscore Wlz crisiszorg vv | 1,5 | 2,7 | 2,9 | 1,6 |

5.8 Welke prestatiestructuur is het best passend?

Meest passende prestatiestructuur op basis van het afwegingskader

Op basis van het afwegingskader zien we dat voor het elv, de grz en de Wlz crisiszorg vv beide vormen van modulaire bekostiging nagenoeg gelijk en het hoogst scoren. De verschillen tussen beide vormen zijn minimaal en verwaarloosbaar. We concluderen daarom dat op basis van het afwegingskader een modulaire bekostiging (per uur of per dag) het beste scoort voor het elv, de grz en de Wlz crisiszorg vv. Voor elv ptz ligt dit net iets anders. Daar scoort de modulaire bekostiging per dag het hoogst, gevolgd door een integraal dagtarief en een modulaire bekostiging per uur.

Conclusie naar aanleiding van gesprekken met beroeps- en branchepartijen

Het afwegingskader zoals in 5.7 weergegeven geeft ons een belangrijk inzicht in hoe de verschillende bekostigingsvormen voldoen aan de punten uit het afwegingskader. Toch betekent dit niet automatisch dat we concluderen dat de hoogst scorende prestatiestructuur de nieuwe vorm van bekostiging wordt. We hebben veelvuldig met (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders, zorgverzekeraars en

zorgkantoren gesproken over de resultaten van ons onderzoek. Dit leidt op sommige punten tot een net iets andere conclusie. Hieronder lichten we dit per zorgvorm verder toe.

Elv en grz: modulaire bekostiging

Op basis van ons onderzoek en de gesprekken die we hebben gevoerd met de (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders en zorgverzekeraars concluderen we dat een modulaire bekostiging het best passend is voor het elv en de grz (met uitzondering van elv ptz). Beide vormen van modulaire bekostiging (per uur en per dag) scoren nagenoeg gelijk. Tegelijkertijd kennen beide vormen voor- en nadelen. Zo sluit een prestatie-eenheid per uur het beste aan bij het uitgangspunt van het zorgcontinuüm waarbij het mogelijk is om de bekostiging nauw aan te laten sluiten op de op- en afschaling van de behandelinzet. Ook is een modulaire bekostiging per uur beter passend voor (beperkte) doelgroepen die significant meer behandelminuten nodig hebben. Zorgaanbieders kunnen namelijk afhankelijk van de zorgvraag verschillende modules inzetten. Daarnaast is de homogeniteit van de behandelinzet binnen de prestaties beter. Aan de andere kant heeft een modulaire bekostiging per dag juist als voordeel dat er lagere administratieve lasten zijn vanuit de bekostiging en er minder sprake is van een productieprikkel. We zien dus dat beide vormen mogelijk zijn.

We hebben daarom aanvullende analyses uitgevoerd naar welke prestatie-eenheid het meest passend is. Hierbij hebben we niet alleen gekeken naar een prestatie-eenheid per dag of per uur, maar ook andere mogelijkheden onderzocht zoals een indeling naar zorgzwaarte of bijvoorbeeld door het gebruik van toeslagen (add-ons). Uit onze analyses blijkt dat er een grote spreiding is in het aantal behandelminuten en blijken er geen duidelijke afbakeningen of afkappunten te zijn. Op basis hiervan kiezen we op dit moment voor een prestatie-eenheid per uur voor de behandelmodules (in de praktijk betekent dit dat per 5 minuten geregistreerd gaat worden). Door te gaan werken met een prestatie-eenheid per uur is maatwerk mogelijk en ontstaat er meer inzicht in hoeveel behandelminuten worden ingezet. Wel willen we onderzoeken of een andere prestatie-eenheid in de toekomst mogelijk en wenselijk is. In hoofdstuk 7 beschrijven we hoe we de komende periode willen gebruiken om de meest passende prestatie-eenheid verder te onderzoeken.

Wlz crisiszorg vv: integraal dagtarief

Zoals hierboven reeds aangegeven concluderen we op basis van het afwegingskader dat ook voor de Wlz crisiszorg vv een modulaire bekostiging het meest passend zou zijn. We zijn van mening dat modulaire bekostiging het meest recht doet aan de heterogene doelgroep van de Wlz crisiszorg vv. We hebben hierover veelvuldig gesproken met (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders en zorgkantoren. In deze gesprekken is nadrukkelijk naar voren gekomen dat modulaire bekostiging niet hun voorkeur heeft. Dit zou tot teveel administratieve lasten leiden. Bovendien sluit modulaire bekostiging niet aan bij de bekostiging van de intramurale Wlz zorg, waar integrale dagtarieven gelden. Dit is voor zorgkantoren en zorgaanbieders een belangrijk argument. Hun voorkeur gaat uit naar een integraal dagtarief uitgesplitst naar licht, midden en zwaar. Dit onderscheid in groepen naar zorgzwaarte kunnen we op basis van data uit het registratieonderzoek niet maken.

We kiezen er op dit moment voor om geen wijziging door te voeren in de prestatiestructuur voor de Wlz crisiszorg vv. Het tarief van de huidige integrale dagprestatie zal worden herijkt op basis van het kostenonderzoek. Vanuit de Wlz crisiszorg vv zullen we de ontwikkelingen rondom de modulaire bekostiging in het elv en de grz volgen. Ook vragen we beroeps- en branchepartijen de komende tijd te onderzoeken of en zo ja, hoe het onderscheid in licht, midden en zwaar op basis van zorginhoud te maken valt. Het is nodig dit onderscheid op basis van zorginhoud te maken om daar de bekostiging op aan te passen. Een eventuele wijziging in de bekostiging van de Wlz crisiszorg vv wordt, indien hier behoefte aan is vanuit de beroeps- en branchepartijen, verder opgepakt binnen het project Onderhoud Bekostiging Langdurige Zorg.

Elv ptz: integraal dagtarief

Zoals hierboven is toegelicht, komt uit het afwegingskader modulaire bekostiging per dag als meest passend naar voren. Door beroeps- en branchepartijen is echter aangegeven dat zij een voorkeur hebben voor het integraal dagtarief. Het belangrijkste verschil tussen elv ptz en andere vormen van het elv is dat bij elv ptz de lage administratieve lasten als belangrijkste criterium gelden door de beroeps- en branchepartijen. Dit is belangrijk omdat deze zorg vaak wordt geleverd in kleinschalige instellingen zoals een hospice. Hiermee sluit een integraal dagtarief aan bij het aandachtspunt voor de nieuwe bekostiging dat de ervaren administratieve lasten zoveel mogelijk beperkt worden. Ons advies is dan ook om voor elv ptz de huidige prestatiestructuur te handhaven, waarbij alleen de tarieven worden herijkt. Er wordt onderzocht of er normatieve elementen moeten worden toegevoegd. Het nadeel is dat de bekostiging voor elv ptz niet aansluit bij de modulaire bekostiging van het elv en de grz zoals hierboven toegelicht. Ook het doel van het gemakkelijk op- en afschalen in zorginzet wordt niet behaald met een integraal dagtarief. Daarnaast wordt een integraal dagtarief minder homogeen bevonden in de kosten. Er geldt een integraal dagtarief ongeacht de benodigde zorginzet. Echter, omdat beroeps- en branchepartijen expliciet hebben aangegeven de voorkeur te hebben voor een integraal dagtarief, kiezen we ervoor om voor elv ptz het integraal dagtarief verder uit te werken.

Uitwerking modulaire bekostiging

In het volgende hoofdstuk lichten we toe hoe de modulaire bekostiging voor het elv en de grz eruit zou kunnen zien. Deze modulaire bekostiging geldt dus nadrukkelijk alleen voor deze twee zorgvormen. We gaan in dit advies niet verder in op de uitwerking van het integrale dagtarief voor elv ptz en de Wlz crisiszorg vv. Dit omdat deze bekostigingsvorm gelijk blijft aan de huidige situatie.

6 Invulling modulaire bekostiging in de Zvw

In dit hoofdstuk staat de uitwerking van de modulaire bekostiging zoals we voor ogen hebben voor het elv en de grz (met uitzondering van elv ptz). Op de uitwerking van het integrale dagtarief gaan we in dit hoofdstuk niet in. Dit omdat deze bekostigingsvorm gelijk blijft aan de huidige situatie. In hoofdstuk 5 hebben we de modulaire bekostiging op hoofdlijnen reeds toegelicht. In dit hoofdstuk lichten we verder toe wat valt onder de verschillende modules. We zijn tot deze indeling gekomen op basis van de gesprekken met beroeps- en branchepartijen, resultaten uit het zorginhoudelijk traject, het registratieonderzoek en het kostenonderzoek. Dit betreft een indeling op hoofdlijnen. Na publicatie van dit advies gaan we verder met de beroeps- en branchepartijen in gesprek om de indeling van de modules en de prestatiebeschrijvingen op te stellen. De definitieve prestatiestructuur wordt opgenomen in onze regelgeving. Ook kan het zijn dat de komende jaren wijzigingen plaatsvinden in deze modules op basis van de ervaringen die worden opgedaan met het declareren van deze modules.

Zoals in hoofdstuk 5 is toegelicht, kiezen we in eerste instantie voor een prestatie-eenheid per dag voor de module verblijf, de module beveiligde setting en de module voor intensieve verpleging en verzorging voor complexe doelgroepen. Voor de behandelmodules geldt een prestatie-eenheid per uur. In de praktijk betekent dit dat per 5 minuten geregistreerd gaat worden. In de rest van dit hoofdstuk gaan we uit van deze prestatie-eenheden.

6.1 Visuele weergave nieuwe prestatiestructuur

Hieronder geven we de nieuwe prestatiestructuur visueel weer. Dit is een mogelijke invulling van modulaire bekostiging, zoals hierboven ook al toegelicht.



6.2 Toelichting modules

6.2.1 Verblijf, inclusief verpleging en verzorging

Onder de module verblijf vallen zaken als eten en drinken, schoonmaak, verbruiksartikelen en niet persoonsgebonden hulpmiddelen. Ook valt de 24-uurs beschikbaarheid van verpleging en/of verzorging onder deze module. Als er sprake is van een zeer hoge inzet van verpleging en verzorging is het mogelijk om de aparte module 'intensieve verpleging en verzorging voor complexe doelgroepen' te declareren (zie ook onder paragraaf 6.2.2).

Als er geen behandeling wordt geleverd zoals past binnen de behandelmodules, wordt voor het tijdelijk verblijf enkel de module verblijf gedeclareerd. Als er sprake is van elv en de grz op locatie is het inzetten van de module verblijf een voorwaarde om andere modules (op basis van functie en/of beveiligde setting) te mogen declareren.

6.2.2 Modules op basis van functie

Met het ontwerp van aparte modules voor de behandelinzet van zorgverleners en intensieve verpleging en verzorging ontstaat ruimte voor maatwerk. De modules voor behandeling zijn onderverdeeld in de modules:

- Module behandeling medisch. *Deze module omvat de zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde, artsen verstandelijk gehandicapten en de psychiater bieden.*
- Module behandeling paramedisch. *Deze module omvat de paramedische zorg. Het gaat hierbij om fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck/Cesar, logopedie, diëtetiek en ergotherapie.*
- Module gedragswetenschappelijk. *Deze module omvat de zorg zoals klinisch psychologen plegen te bieden.*

Daarnaast is het mogelijk om bij een significant hogere inzet van verpleging en verzorging de volgende module te declareren:

- *Module intensieve verpleging en verzorging voor complexe doelgroepen. Deze module omvat de zorg zoals verpleegkundigen en verzorgenden die bieden.*

De modules zijn functioneel omschreven. Elke zorgverlener die bevoegd en bekwaam is mag de zorg leveren en in rekening brengen. Dit betekent dat wanneer bijvoorbeeld een verpleegkundig specialist taken uitvoert die vallen onder zorg zoals de so die biedt, dit gedeclareerd mag worden via de module behandeling medisch. Er is voor deze indeling gekozen, omdat dit aansluit aan bij de indeling zoals nu gehanteerd wordt in de aanpalende zorgvormen Wlz mpt en de gzsp. Omdat er een trend is naar langer thuis wonen en we het uitgangspunt hebben van gemakkelijk op- en afschalen van behandeling, heeft het de voorkeur om aan te sluiten bij deze zorgvormen. Hierdoor wordt de bekostiging grotendeels gelijk getrokken met de behandeling in de thuissituatie vanuit de gzsp en Wlz mpt.

Alleen direct cliëntgebonden tijd kan in rekening gebracht worden bij de ziektekostenverzekeraar en/of de cliënt. Contact met andere zorgaanbieders en intercollegiaal/ multidisciplinair overleg over de cliënt, optioneel met uitzondering van gericht overleg met de behandelend arts, is niet apart declarabel, want dat is indirecte cliëntgebonden tijd. Deze tijd wordt verdisconteerd in de tarieven.

6.2.3 Module beveiligde setting per dag

Deze module kan worden ingezet voor een cliënt bij wie sprake is van zorg die verleend wordt in een aangepaste verblijfsomgeving en/of inzet van beveiligers bij ernstige gedragsproblematiek en fysieke agressie.

6.2.4 Eventueel aanvullende modules

We zijn nog in gesprek met beroeps- en branchepartijen of eventuele andere modules nodig zijn. Bijvoorbeeld een vrije ruimte voor zorgvernieuwing en resultaatbeloning in de regio. Uit evaluatie van de experimentprestatie zorgvernieuwing en resultaatbeloning blijkt de wens bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders om vrije ruimte op te nemen voor maatwerkafspraken binnen de Zvw. Vrije ruimte geeft ruimte in de bekostiging om afspraken te maken over bijvoorbeeld speciale doelgroepen die worden bediend (de noodzakelijkheid hangt sterk af van de prestatie-eenheid van de behandel modules) of 24/7 beschikbaarheid. Daarnaast geeft het (extra) ruimte voor innovatie en resultaatbeloning en stimuleert het mogelijk contractinnovatie.

Een ander voorbeeld is een module voor de geneesmiddelen of hulpmiddelen die wel onder de aanspraak voor de grz en de Wlz crisiszorg vv vallen, maar niet voor het elv. Het is een optie om voor deze verschillen tussen de zorgvormen een module op te nemen. Een ander voorstel is om deze verschillen in kosten in de verblijfsdag op te nemen en daarbij verschillende prestaties met tarieven te hanteren voor elv of voor de Wlz crisiszorg vv. Dit past wel minder goed in het kader van het zorgcontinuüm (zie hoofdstuk 4 over het afwegingskader).

7 Conclusie en vervolg

7.1 Conclusie: welke bekostiging is het meest passend?

In dit advies hebben we onderzocht wat de best passende bekostiging is voor het tijdelijk verblijf: elv, elv ptz, de grz en de Wlz crisiszorg vv. In deze paragraaf laten we voor ieder van deze zorgvormen zien welke bekostigingsvorm op basis van ons onderzoek het meest passend is. Hierbij lichten we ook toe hoe de bekostiging gaat bijdragen aan de doelen zoals geformuleerd in paragraaf 4.4 (zie ook voor de volledigheid het kader hieronder).

Doelen nieuwe bekostiging (uit paragraaf 4.4)

De belangrijkste aanleiding voor dit onderzoek waren de signalen dat de huidige prestatiestructuur niet goed aansluit bij de zorglevering. Het doel van de nieuwe bekostiging is dat deze beter aansluit op de praktijk en leidt tot meer passende zorg, doordat:

- Er vanuit de bekostiging gemakkelijk op- en afgeschaald kan worden in zorginzet passend bij de zorgvraag van de cliënt. Om dit doel te bereiken gelden een aantal randvoorwaarden:
 - a) Er staat een passende vergoeding tegenover de zorginzet.
 - b) Door punt a, ervaren zorgverleners de ruimte om naar hun professionele inzicht de zorg in te zetten die nodig is voor de cliënt (professionele autonomie).
 - c) De bekostiging ook passend is voor doelgroepen met een beperkt aantal cliënten met uitzonderlijk hoge of lage kosten.
- De bekostiging doorstroomt in de keten en passende zorginzet stimuleert en risicoselectie zoveel mogelijk tegengaat.

Daarnaast vinden we het ook belangrijk dat:

- De ervaren administratieve lasten als behapbaar worden ervaren door zorgaanbieders, zorgverleners, zorgverzekeraars en zorgkantoren.
- De bekostiging eenvoudig is met een beperkt aantal prestaties die voldoende homogeen worden bevonden qua kosten.

Elv en grz: modulaire bekostiging

Op basis van ons onderzoek concluderen we dat een modulaire bekostiging het best passend is voor het elv en de grz (met uitzondering van elv ptz). We verwachten dat deze bekostigingsvorm bijdraagt aan de doelen die we hebben gesteld voor de bekostiging. Uit het registratieonderzoek en de zorginhoudelijke beschrijvingen blijkt onder andere dat de doelgroep heterogeen is, met veel variatie in behandelintensiteit. Met een modulaire bekostiging sluit de vergoeding van de zorg aan op de daadwerkelijke zorglevering. Daardoor kan gemakkelijk op- en afgeschaald worden in zorginzet, passend bij de zorgvraag van de cliënt. Ook is een modulaire bekostiging passend voor doelgroepen met een beperkt aantal cliënten. Bijvoorbeeld door het ontwikkelen van een module voor een aangepaste, beveiligde verblijfsetting (onder andere voor cliënten met een IBS). Hiermee sluit deze nieuwe bekostiging goed aan bij de diversiteit van de zorgvraag van cliënten in het elv en de grz. Aandachtspunten zijn de administratieve lasten, de mogelijke productieprikkel die samenhangt met een modulaire bekostiging en passende contractering. Bij de concrete uitwerking van de modules in de regelgeving bespreken we met de beroeps- en branchepartijen hoe deze risico's zo goed mogelijk beperkt kunnen worden.

Beide varianten van modulaire bekostiging (per uur en per dag) kennen voordelen en nadelen. Zo sluit een prestatie-eenheid per uur het beste aan bij het uitgangspunt van het zorgcontinuüm waarbij het mogelijk is om de bekostiging nauw aan te laten sluiten op de op- en afschaling van de behandelinzet. Ook is een modulaire bekostiging per uur beter passend voor (beperkte) doelgroepen die significant meer behandelminuten nodig hebben. Daarnaast is de homogeniteit van de behandelinzet binnen de prestaties beter. Aan de andere kant heeft een modulaire bekostiging per dag juist als voordeel dat er lagere administratieve lasten zijn vanuit de bekostiging en er minder sprake is van een productieprikkel. We zien dus dat beide varianten mogelijk zijn.

We hebben daarom aanvullende analyses uitgevoerd naar de mogelijkheden (zie 'Bijlage 1. Kerncijfers en analyses bij advies nieuwe bekostiging tijdelijk verblijf'). Op basis hiervan kiezen we op dit moment voor een prestatie-eenheid per uur voor de behandelmodules (in de praktijk betekent dit dat per 5 minuten gedeclareerd wordt). Door te werken met een prestatie-eenheid per uur voor de behandelminuten krijgen we automatisch ook meer inzicht in de inzet van de behandeling per cliënt dan bij een prestatie-eenheid per dag. Op basis van deze inzichten kan het zijn dat een andere prestatie-eenheid beter passend blijkt in de toekomst. Dit gaan we onderzoeken. We beschrijven onder paragraaf 7.3 hoe we dit vervolg voor ons zien.

Wlz crisiszorg vv: integraal dagtarief

Op basis van het onderzoek concluderen we dat ook voor de Wlz crisiszorg vv modulaire bekostiging het meest passend zou zijn. In het registratieonderzoek zien we dat de inzet van behandeling erg wisselt tussen cliënten. Dit wordt onderschreven door de zorginhoudelijke beschrijvingen van deze zorg: er blijkt sprake van een diverse groep cliënten met een grote variëteit aan zorgvragen. We zijn van mening dat modulaire bekostiging dan ook het meest recht doet aan de heterogene doelgroep van de Wlz crisiszorg vv.

Tegelijkertijd hebben we hierover veelvuldig gesproken met (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders en zorgkantoren. In deze gesprekken is nadrukkelijk naar voren gekomen dat modulaire bekostiging niet hun voorkeur heeft. Dit zou tot te veel administratieve lasten leiden. Bovendien sluit modulaire bekostiging niet aan bij de bekostiging van de intramurale Wlz zorg, waar integrale dagtarieven gelden. Dit is voor zorgkantoren en zorgaanbieders een belangrijk argument. Hun voorkeur gaat uit naar een integraal dagtarief uitgesplitst naar licht, midden en zwaar. Dit onderscheid in groepen naar zorgzwaarte kunnen we op basis van data uit het registratieonderzoek niet maken.

Daarom kiezen we er op dit moment voor om geen wijziging door te voeren in de prestatiestructuur voor de Wlz crisiszorg vv. Het tarief van de huidige integrale dagprestatie zal worden herijkt op basis van het kostenonderzoek.

Vanuit de Wlz crisiszorg vv zullen we de ontwikkelingen rondom de modulaire bekostiging in het elv en de grz volgen. Ook vragen we beroeps- en branchepartijen de komende tijd te onderzoeken of en zo ja, hoe het onderscheid in licht, midden en zwaar op basis van zorginhoud te maken valt. Het is nodig dit onderscheid op basis van zorginhoud te maken om daar de bekostiging op aan te passen. Een eventuele wijziging in de bekostiging van de Wlz crisiszorg vv wordt, indien hier behoefte aan is vanuit de beroeps- en branchepartijen, verder opgepakt binnen het project Onderhoud Bekostiging Langdurige Zorg.

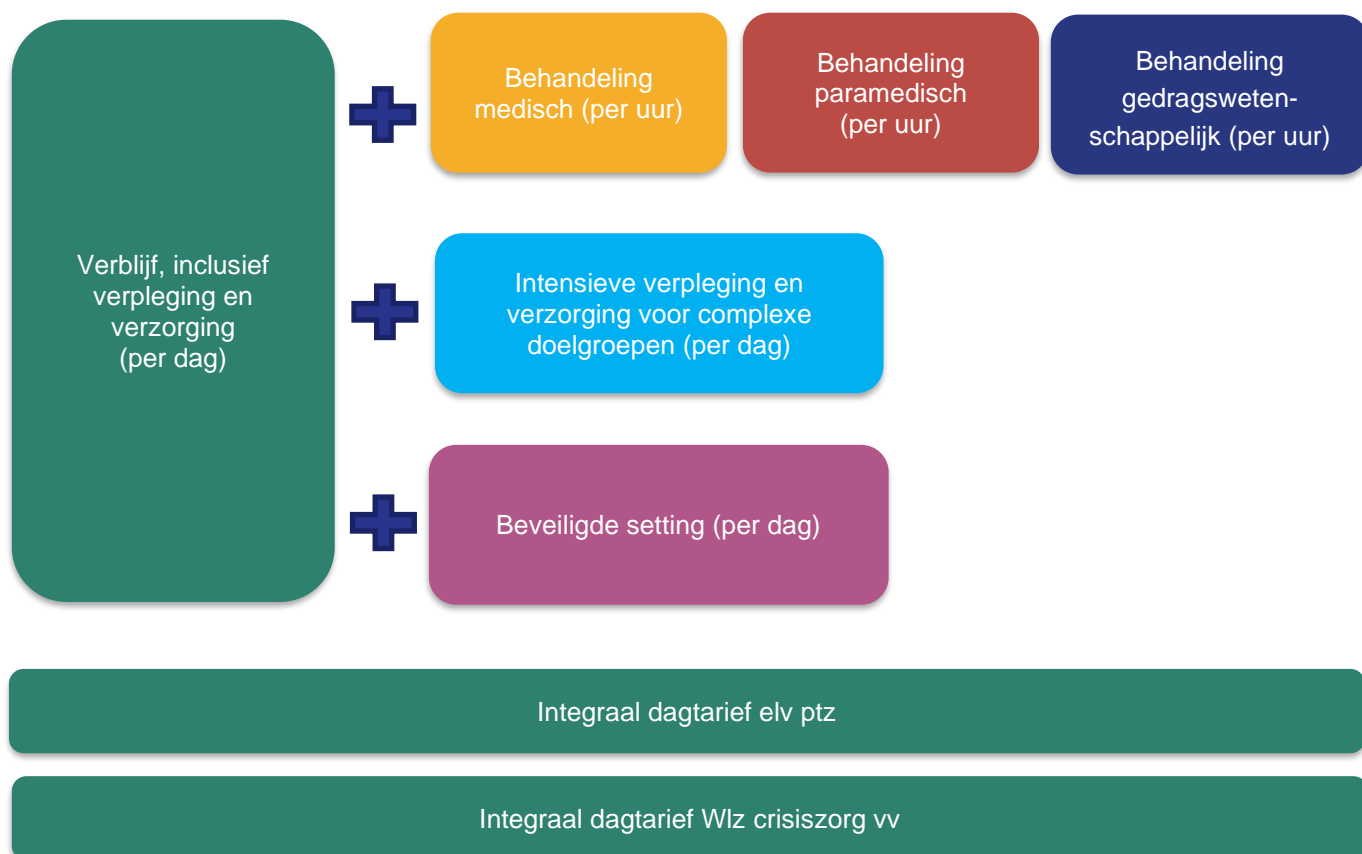
Elv ptz: integraal dagtarief

Zoals hierboven toegelicht, komt uit het afwegingskader modulaire bekostiging per dag als meest passend naar voren. Door beroeps- en branchepartijen is echter aangegeven dat zij een voorkeur hebben voor het integraal dagtarief. Het belangrijkste verschil tussen elv ptz en andere vormen van het

elv is dat bij elv ptz de lage administratieve lasten als belangrijkste criterium gelden door de beroeps- en branchepartijen. Dit is belangrijk omdat deze zorg vaak wordt geleverd in kleinschalige instellingen zoals een hospice. Hiermee sluit een integraal dagtarief aan bij het aandachtspunt voor de nieuwe bekostiging dat de ervaren administratieve lasten zoveel mogelijk beperkt worden. Ons advies is dan ook om voor elv ptz de huidige prestatiestructuur te handhaven, waarbij alleen de tarieven worden herijkt. Er wordt onderzocht of er normatieve elementen moeten worden toegevoegd. Het nadeel is dat de bekostiging voor elv ptz niet aansluit bij de modulaire bekostiging van het elv en de grz zoals hierboven toegelicht. Ook het doel van het gemakkelijk op- en afschalen in zorginzet wordt niet behaald met een integraal dagtarief. Daarnaast wordt een integraal dagtarief minder homogeen bevonden in de kosten. Er geldt een integraal dagtarief ongeacht de benodigde zorginzet. Echter, omdat beroeps- en branchepartijen expliciet hebben aangegeven de voorkeur te hebben voor een integraal dagtarief, kiezen we ervoor om voor elv ptz het integraal dagtarief verder uit te werken.

Visuele weergave bekostiging tijdelijk verblijf

De bekostiging zal er voor het tijdelijk verblijf als volgt uitzien. Met beroeps- en branchepartijen gaan we nog verder in gesprek over de invulling van de modulaire bekostiging voor het elv en de grz. Hieronder geven we ons voorstel op hoofdlijnen weer. Voor een meer gedetailleerde uitwerking van de modules verwijzen we naar hoofdstuk 6.



7.2 Zorginhoud en uitkomsten van zorg koppelen aan modulaire bekostiging

Een modulaire bekostiging kent, zoals ook toegelicht in dit advies, ook nadelen. Zo kent een modulaire bekostiging een productieprikkel om meer behandeling te leveren dan nodig. Tegelijkertijd is het de

vraag hoe groot die prikkel binnen het tijdelijk verblijf zal zijn, gezien de arbeidstekorten en de toenemende zorgvraag door de dubbele vergrijzing.

Nu geen inzicht in gewenste hoeveelheid behandeling en verschillen tussen zorgaanbieders

Zorgverzekeraars geven aan op dit moment geen zicht te hebben op hoeveel behandeling gewenst en noodzakelijk is per cliënt. Ook hebben zorgverzekeraars geen zicht op de kwaliteit van zorg die geleverd wordt. Het type cliënten binnen het tijdelijk verblijf is daarnaast heel divers, waardoor het volgens de beroeps- en branchepartijen lastig is om doelgroepen te onderscheiden met de verwachte, gemiddelde behandelinzet (zie hoofdstuk 4 voor de link naar de zorginhoudelijke documenten zoals opgesteld door ActiZ en Verenso waar dit ook uit volgt). Er zijn op dit moment dan ook geen zorgpaden beschikbaar. Op basis van benchmarks kunnen zorgverzekeraars wel inzichtelijk maken hoeveel behandeling per zorgaanbieder wordt geleverd. Echter, indien een zorgaanbieder meer behandeling levert dan andere zorgaanbieders, is het voor de zorgverzekeraars onduidelijk hoe dit te verklaren is zonder individuele gesprekken met zorgaanbieders. We verwachten dat het ontbreken van dit inzicht de contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders bemoeilijkt.

In contractering koppelen van zorginhoud aan uitkomsten van zorg

We vinden dat het daarom voor de contractering gewenst is om zorginhoud en uitkomsten van zorg te koppelen aan de modulaire bekostiging. Binnen het elv en de grz wordt momenteel gewerkt met uitkomstindicatoren als ligduur, aantal heropnames en uitstroom naar de Wlz. Naast het geven van prikkels voor doelmatige zorg hebben deze uitkomstindicatoren ook nadelen. Momenteel hanteren zorgverzekeraars een korting op het tarief indien een zorgaanbieder bijvoorbeeld een langere ligduur heeft en een hoge uitstroom naar de Wlz in vergelijking met andere zorgaanbieders. Het gevolg kan zijn dat zorgaanbieders cliënten met een hoge zorgvraag niet meer op willen nemen (risicoselectie). Dit is ongewenst. Daarom is het nodig om naast uitkomsten van zorg, ook inzicht te krijgen in de mix van type cliënten bij een zorgaanbieder. Dit noemen we de case-mix. Het landelijk, gestandaardiseerd inzicht krijgen in de case-mix kan door cliëntkenmerken of cliëntprofielen te koppelen aan de declaratie. Hierbij zien we een parallel met de cliëntprofielen zoals ontwikkeld zijn binnen de wijkverpleging (zie ook hoofdstuk 5). Deze cliëntkenmerken of cliëntprofielen worden geregistreerd en meegestuurd met de declaratie per 1 januari 2025. Er is geen apart tarief per cliëntprofiel, maar het cliëntprofiel geeft informatie over de zorgzwaarte van de cliënten en case-mix die een aanbieder heeft ten opzichte van andere aanbieders. De verwachting is dat dit gebruikt wordt voor het inhoudelijk gesprek in de contractering. Indien een zorgaanbieder bijvoorbeeld meer behandeling levert dan gemiddeld, dan kan op basis van deze inhoudelijke informatie het gesprek tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars gevoerd worden.

Onderzoeken of cliëntkenmerken en cliëntprofielen ontwikkeld kunnen worden

We gaan graag in gesprek met de beroeps- en branchepartijen om te onderzoeken of ook voor het elv en de grz cliëntkenmerken en cliëntprofielen ontwikkeld kunnen worden. Hierbij is het denkbaar dat de cliëntkenmerken zoals we die nu kennen voor de wijkverpleging gebruikt worden (zoals verwacht verloop van de ziekte en multimorbiditeit) als uitgangspunt en waar nodig worden aangevuld met specifieke kenmerken voor het tijdelijk verblijf. In de wijkverpleging doen we momenteel ervaring op in het gebruik van cliëntkenmerken. Deze ervaring nemen we ook mee in dit traject. Dat heeft echter tijd nodig. In de tussentijd is het gewenst dat beroeps- en branchepartijen hier gezamenlijk over in gesprek gaan. We hebben met de beroeps- en branchepartijen veelvuldig gesproken over het inrichten van zorgpaden, cliëntprofielen of cliëntkenmerken voor het elv en de grz. Hieruit is duidelijk geworden dat partijen verschillen van mening of dit wenselijk dan wel mogelijk is. Daarbij roepen we op om ook gebruik te maken van de expertise binnen universiteiten en de ruimte die er is vanuit het Beter Thuis programma van ZonMw. Het is aan de experts en professionals om hier verder invulling aan te geven.

7.3 Hoe verder? Experimentbeleidsregel tijdelijk verblijf in de Zvw

We hebben veelvuldig contact gehad met de beroeps- en branchepartijen over de implementatie van het advies voor modulaire bekostiging in de praktijk. Hier is naar voren gekomen dat een directe overgang voor alle zorgaanbieders naar een nieuwe structurele bekostiging per 1 januari 2025 niet haalbaar en gewenst is. Zo geven zorgverzekeraars aan eerst met een aantal zorgaanbieders te willen experimenteren met de nieuwe bekostiging. Dit om de bekostiging in de praktijk uit te proberen en een beter beeld te krijgen bij de hoeveelheid behandeling die wordt ingezet. Ook geven zorgaanbieders aan eerst de impact van de nieuwe bekostiging in de praktijk te willen zien: zijn de modules passend, wat betekent dit voor de inkomsten, et cetera. De experimenteerperiode kunnen we zien als een ingroeiperiode om toe te werken naar landelijke introductie van de nieuwe bekostiging. Daarnaast speelt ook de tijdslijn voor het aanpassen van ICT-systemen een rol.

Concreet betekent dit dat ons voorstel is om per 1 januari 2025 te starten met de experimentbeleidsregel tijdelijk verblijf in de Zvw waar het elv en de grz in worden opgenomen. We zijn met de beroeps- en branchepartijen en ICT leveranciers in gesprek of dit haalbaar is. Voor elv ptz en de Wlz crisiszorg vv blijft de huidige bekostiging met een integraal dagtarief gelden waarbij de tarieven worden herijkt per 1 januari 2025.

Belangrijkste kenmerken experimentbeleidsregel

- Scope: het experiment gaat gelden voor het tijdelijk verblijf in de Zvw: het elv en de grz, met uitzondering van elv ptz.
- De modulaire bekostiging zoals we hebben toegelicht in hoofdstuk 6 wordt opgenomen in deze nieuwe beleidsregel en vormt de basis voor de declaraties door zorgaanbieders.
- De experimentbeleidsregel wordt geïntroduceerd naast de bestaande bekostiging van het elv en de grz.
- Er geldt een contractvoorwaarde voor de experimentbeleidsregel. Dit betekent dat enkel zorgaanbieders die een schriftelijke overeenkomst met een zorgverzekeraar hebben over het gebruik van de experimentbeleidsregel hier gebruik van kunnen maken.
- Bij voorkeur kiezen we voor maximumtarieven gebaseerd op het huidige kostenonderzoek in het elv, aangevuld met informatie uit het kostenonderzoek grz uit 2020. We gaan onderzoeken of dit mogelijk is.

Wat is het doel van de experimentbeleidsregel?

Het experiment dient nadrukkelijk niet om te onderzoeken welke bekostiging het best passend is voor het elv en de grz. Hiervoor hebben we een uitgebreid onderzoek uitgevoerd, waar dit advies uit voort komt. Hieronder geven we weer wat volgens ons de doelen moeten zijn voor de experimentbeleidsregel. Graag gaan we hier verder over in gesprek met de beroeps- en branchepartijen bij de verdere uitwerking van de experimentbeleidsregel. Wat ons betreft zijn de doelen van de experimentbeleidsregel:

- *Onderzoeken of de doelen van de bekostiging worden behaald*
Zie het kader in paragraaf 7.1 voor de doelen.
- *Ingroeiperiode tot structurele bekostiging waarbij een toenemend aantal zorgaanbieders deelneemt*
Door te kiezen voor een experimentbeleidsregel is er tijd om te wennen aan nieuwe prestaties en tarieven voor zowel zorgprofessionals, zorgaanbieders als zorgverzekeraars. Het aantal deelnemers aan het experiment kan jaarlijks groeien. Zo kan ervaring worden opgedaan met modulaire

bekostiging. Tijdens de experimenteerperiode onderzoeken we het aantal deelnemers waarbij we verwachten dat dit zal toenemen gedurende de looptijd. Ook is het gewenst dat dit bij verschillende zorgaanbieders wordt ingekocht, zowel kleine als grote zorgaanbieders, voor verschillende zorgvormen (elv en grz) en verspreid door het land. Bij een positieve evaluatie van het experiment kan het experiment daarna omgezet worden in reguliere bekostiging voor alle zorgaanbieders in het elv en de grz.

- *Doorontwikkelen van de bekostiging zodat de modules goed aansluiten bij de praktijk*
Een experiment geeft ruimte om de modules in de praktijk uit te proberen. De modules kunnen, waar nodig, gedurende het experiment verder doorontwikkeld worden. Ook eventuele nieuwe ontwikkelingen in de zorg kunnen meegenomen worden bij deze doorontwikkeling van de modules.
- *Bepalen wat de best passende prestatie-eenheid is*
Op basis van ons huidige onderzoek concluderen we dat een modulaire bekostiging per dag of per uur beide passend zouden zijn op basis van ons afwegingskader. Tijdens de experimenteerperiode werken we met behandelmodules per uur. We kiezen voor de kleinst mogelijke prestatie-eenheid: een prestatie-eenheid per uur (in de praktijk betekent dit dat per 5 minuten geregistreerd gaat worden). Tijdens de experimenteerperiode willen we onderzoeken wat de best passende prestatie-eenheid is: per uur, zoals gedurende het experiment of per dag, via add ons (toeslagen), of via zorgzwaarte licht/midden/zwaar (zie ook 'Bijlage 1. Kerncijfers en analyses bij advies nieuwe bekostiging tijdelijk verblijf' voor een uitwerking van verschillende opties). Op basis van de declaratiegegevens gaan we dit verder onderzoeken om zo te bepalen wat de prestatie-eenheid wordt van de structurele bekostiging na het experiment.
- *Bepalen of het gewenst is om cliëntprofielen/zorgpaden en uitkomsten te koppelen aan de modulaire bekostiging*
Zoals toegelicht in paragraaf 7.2 denken we dat het gewenst is voor de contractering om inhoud te koppelen aan de declaratie. Indien er cliëntkenmerken, cliëntprofielen of een andere vorm van inhoud van zorg ontwikkeld wordt, kan deze informatie tijdens het experiment geregistreerd worden gecombineerd met de modulaire bekostiging. Tegelijkertijd is het de vraag of het mogelijk is om voor deze zorgvorm ook cliëntprofielen, zorgpaden en uitkomsten op te stellen. Dat kan tijdens dit experiment verder uitgezocht worden. Indien mogelijk, kunnen we onderzoeken of cliëntprofielen, zorgpaden en uitkomsten in de praktijk ook samenhangen met de inzet van behandeling, zoals te zien in de gedeclareerde modules. Anderzijds kan inzicht in de gedeclareerde modules ook helpen bij het ontwikkelen van deze cliëntprofielen, zorgpaden en uitkomsten.

Of de gewenste doelen van het experiment met deze bekostiging behaald worden, hangt ook af van andere factoren. Denk hierbij aan arbeidstekorten of de hoeveelheid zorgaanbieders in een regio. Zo biedt de modulaire bekostiging ruimte om op- en af te schalen, maar als er te weinig personeel is kan een cliënt die veel zorg nodig heeft mogelijk alsnog niet alle zorg krijgen die hij/zij nodig heeft. Ook de bedrijfsvoering van een zorgaanbieder zelf is bepalend voor het wel of niet slagen van het experiment bij een zorgaanbieder. Denk daarbij aan hoe de registraties in de ICT-systemen zijn geregeld en hoe goed de professionals begeleid worden bij de registraties die samenhangen met de nieuwe bekostiging. Maar ook de relatie tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar is van belang, gezien de andere wijze van contractering.

7.4 Aandachtspunten bij het ontwerpen van de experimentbeleidsregel

Doorlooptijd

Allereerst vinden we het gewenst dat we samen met de beroeps- en branchepartijen komen tot een ambitieuze en tegelijkertijd realistische planning. Al in 2015 hebben we geadviseerd om een modulaire bekostiging te introduceren voor het elv bij de overheveling van het elv naar de Zvw. Dit is destijds niet doorgevoerd op verzoek van de beroeps- en branchepartijen. Ondertussen zijn we een flink aantal jaren verder. We zien de noodzaak voor het wijzigen van de bekostiging en vinden het gewenst met elkaar prioriteit te geven aan de implementatie van deze nieuwe bekostiging in de praktijk.

We adviseren daarom een experiment te starten per 1 januari 2025. We zijn met de beroeps- en branchepartijen en ICT leveranciers in gesprek of dit haalbaar is. De formele looptijd van het experiment is vijf jaar op basis van artikel 58 in de Wmg. We denken echter dat het gewenst is om niet vijf jaar te wachten voordat er stappen worden gezet, maar in de tussentijd met elkaar aan de slag te gaan met de implementatie van de nieuwe bekostiging. Hierbij onderscheiden we twee fases in het experiment.

- Fase 1: 1 januari 2025 tot en met 31 december 2027. Deze fase zien we als leerperiode waarin ervaring wordt opgedaan met de modulaire bekostiging. Ook gebruiken we deze periode om de prestatiestructuur verder aan te scherpen en waar nodig aanvullende modules toe te voegen. Jaarlijks vindt een evaluatie plaats waarin de inzet van het experiment wordt gemonitord en we in gesprek gaan over de ervaring van zorgaanbieders en zorgverzekeraars met de nieuwe bekostiging. Het doel is dat aan het eind van deze drie jaar de modulaire bekostiging definitief staat.
- Fase 2: 1 januari 2028 tot en met 31 december 2029. De laatste twee jaar van de experimenteerperiode gebruiken zorgaanbieders en zorgverzekeraars als implementatieperiode waarbij de bekostiging bij alle gecontracteerde zorgaanbieders wordt ingekocht. Ook tijdens deze fase voeren we een evaluatie uit waarbij we het gebruik van het experiment monitoren en de ervaringen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars waar nodig verder onderzoeken. Op 1 januari 2030 volgt dan de definitieve invoering van de nieuwe bekostiging. Vanaf dan geldt de modulaire bekostiging ook voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders.

Contractering

Verder zien we als NZa een grote rol voor de contractering in het behalen van de doelen van de bekostiging en de doelen van het experiment. Als we kijken naar de doelen voor de bekostiging dan geldt dat de modulaire bekostiging een passende zorginzet faciliteert waarbij op- en afgeschaald kan worden in zorginzet passend bij de zorgvraag van de cliënt. De bekostiging maakt dit mogelijk, maar of het doel behaald wordt, hangt ook af hoe zorgaanbieders de zorg gaan inrichten en hoe zorgverzekeraars deze zorg gaan inkopen. Als zorgverzekeraars alsnog de inzet van behandeling aan de achterkant beperken, geeft dit mogelijk nog steeds niet de ruimte aan de professionals om die zorg in te zetten die nodig is. We denken daarom dat het belangrijk is om inhoud te koppelen aan de declaraties zoals in paragraaf 7.2 toegelicht. Zo wordt dit risico beperkt en het inhoudelijke gesprek tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars gestimuleerd.

Daarnaast is het wenselijk dat het experiment ingekocht wordt bij voldoende zorgaanbieders om te onderzoeken of de doelen van het experiment behaald worden. Ook is het gewenst dat dit bij verschillende zorgaanbieders wordt ingekocht, zowel kleine als grote organisaties, voor verschillende zorgvormen (elv en grz) en verspreid door het land. Hier moeten afspraken over gemaakt worden met de betrokken beroeps- en branchepartijen. Dergelijke afspraken kunnen bijvoorbeeld vastgelegd worden in een convenant.

Vershil in aanspraken

Ook is een belangrijk aandachtspunt het verschil dat nu nog bestaat in aanspraken tussen het elv en de grz. Daardoor is het op dit moment niet mogelijk om de bekostiging volledig gelijk te trekken. Denk daarbij aan de declaratie van medicatie. Bij het elv geldt dat dit buiten de aanspraak verblijf valt en via de extramurale farmacie bekostigd moet worden. Bij de grz valt dit binnen de aanspraak en daarmee onder de prestaties en tarieven van de grz. Hierdoor ontstaat de vraag of het wenselijk is om al te starten met het experiment als de aanspraak nog verschilt. We denken dat dit het geval is. We zien een risico in de doorlooptijd van het wijzigen van deze aanspraak. Als we wachten met het starten van de experimenteerbeleidsregel tot deze aanspraak is gewijzigd, kan dit zo maar enkele jaren duren. Dit terwijl de noodzaak voor het aanpassen van de bekostiging (zie hoofdstuk 2) hoog is. Hierbij willen we dus benadrukken dat het gewenst is dat deze verschillen in aanspraak zo snel mogelijk verdwijnen. Het wijzigen van de aanspraken behoort niet tot de bevoegdheden van de NZa. We adviseren het ministerie van VWS om dit zo snel mogelijk samen met het beroeps- en branchepartijen en Zorginstituut Nederland op te pakken.

Bij de inrichting van de modules moet wel aandacht zijn voor deze verschillen in aanspraak. Hierbij kan gedacht worden aan twee verschillende verblijfscomponenten: één verblijfscomponent voor het elv en één voor de grz. Het verschil in aanspraak kan dan toegerekend worden aan deze verblijfscomponent. Daarnaast zijn ook andere oplossingen denkbaar. Hier gaan we graag nog verder over in gesprek met de beroeps- en branchepartijen bij de verdere uitwerking van het experiment.

Hoe om te gaan met huidige experimenten en innovaties

Op dit moment lopen in het elv een aantal experimenten en innovaties. Denk bijvoorbeeld aan experimenten rondom specifieke cliëntgroepen zoals cliënten met het syndroom van Korsakov of de experimenten rondom observatie en diagnostiek. Maar ook aan innovaties als de wijkkliniek. De komende periode gaan we onderzoeken of het wenselijk is om de experimenten en innovaties mee te nemen in de experimentbeleidsregel tijdelijk verblijf. Het alternatief is dat de experimenten en innovaties via de reguliere elv bekostiging lopen. Hierover zijn we in gesprek met de betrokken partijen.

