

Plan van aanpak

Doorontwikkeling bekostigingsmodel wijkverpleging

2016-2019

7 juli 2016

Inhoud

Inleiding	3
1. Projectdefinitie	4
1.1 Aanleiding	4
1.2 Uitgangspunten	5
2. Aanpak en proces	7
2.1 Fase 1: Ontwikkelen zorgprofielen	7
2.2 Fase 2: voorbereiden pilots	9
2.3 Fase 3: testen zorgprofielen in pilots	9
2.4 Fase 4: voorbereiding implementatie	11
2.5 Fase 5: Monitoring en herijking	11
2.6 Fase overstijgende acties	12
3. Projectorganisatie	14
3.1 Rollen en verantwoordelijkheden	14
3.2 Planning	16

Inleiding

Tijdens de bestuurlijk overleggen wijkverpleging op 21 maart en 7 april 2016 is gesproken over het toekomstige bekostigingsmodel voor de wijkverpleging. In maart heeft de NZa samen met partijen een bekostigingsmodel geschetst waarin zorgprofielen centraal staan. Voor een zorgvuldige invoering van dit model is uitgegaan van een ontwikkelperiode van 2016 tot 2019. De eerste stap die volgens dit plan moet worden gezet is de ontwikkeling van de zorgprofielen. Tijdens deze stap zal moeten blijken of het mogelijk is om vanuit de inhoud een set herkenbare en onderscheidende profielen te bepalen die uiteindelijk een basis kunnen vormen voor de bekostiging.

Tijdens het bestuurlijk overleg op 7 april 2016 is afgesproken dat de komende maanden worden benut om deze profielen te ontwikkelen. Wanneer het lukt tot profielen te komen die tevens een voorspellende waarde lijken te hebben voor het zorggebruik van een patiënt, zal de ontwikkeling van het bekostigingsmodel worden voortgezet.

In dit plan staat per fase beschreven hoe de ontwikkeling van het bekostigingsmodel wordt vormgegeven.

Leeswijzer

Dit plan van aanpak bevat de stappen op weg naar het nieuwe bekostigingsmodel. In hoofdstuk 1 wordt de aanleiding en uitgangspunten voor het bekostigingsmodel beschreven. Achtereenvolgens, in hoofdstuk 2, wordt per fase beschreven welke stappen worden doorlopen. Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 de projectorganisatie beschreven.

1. Projectdefinitie

1.1 Aanleiding

Al jaren wordt er nagedacht over een nieuw bekostigingsmodel voor de wijkverpleging. De huidige bekostiging op basis van uren met een onderscheid tussen persoonlijke verzorging en verpleging voldoet niet aan de wensen van het veld. Dit wordt veroorzaakt door het feit dat deze bekostiging niet leidt tot de juiste prikkels (productieprikkel), niet uitnodigt tot innovatie en geen directe en zichtbare relatie heeft met de persoonlijke omstandigheden, mogelijkheden en wensen van de patiënt. Als gevolg hiervan wordt de verpleegkundige onvoldoende ondersteunt in de uitoefening van haar vak.

De afgelopen jaren is veelvuldig nagedacht over een goed alternatief waarbij de prikkels wel goed liggen, er een duidelijke relatie is met de persoonlijke omstandigheden van de patiënt en innovatie en kwaliteit worden beloofd. Gedurende dit proces is een model waarbij de zorgvraag van de patiënt centraal staat als ideaalbeeld naar voren gekomen. Een dergelijk model vergt inzicht in kenmerken van patiënten die aantoonbaar bepalend zijn voor het zorggebruik van de patiënt. Alleen dan is het mogelijk om de bekostiging aan deze kenmerken, en daarmee de zorgvraag van de patiënt, op te hangen zonder dat de geleverde tijd of verrichtingen geregistreerd moeten worden ten behoeve van de declaratie.

Tot op heden hebben we onvoldoende inzicht in de bepalende kenmerken. Het doel van dit ontwikkeltraject is om dit inzicht te ontwikkelen en, indien mogelijk, dit te gebruiken bij het toekomstige bekostigingsmodel.

Het bekostigingsmodel dat we hiermee voor ogen hebben ziet er op hoofdlijnen als volgt uit. Het bekostigingsmodel bevat een aantal zorgprestaties met bijbehorend tarief die op basis van het profiel van de patiënt worden gedeclareerd. Het profiel bestaat uit patiëntkenmerken die volgens experts herkenbaar zijn en van invloed zijn op het zorggebruik. Het tarief van deze prestatie hangt af van het zorggebruik dat past bij het profiel. Welke profielen er zijn en welk zorggebruik bij ieder profiel past, wordt bepaald door inhoudelijke experts. Niet alle zorgprofielen zullen uiteindelijk tot een prestatie leiden. Dit zou namelijk betekenen dat er mogelijk een kerstboom aan prestaties en tarieven ontstaat. De verwachting is dat een aantal zorgprofielen geclusterd kunnen worden binnen één prestatie op basis van kostenhomogeniteit.

Ook uitkomstbekostiging maakt een essentieel onderdeel uit van dit model. De prestatiestructuur zal de ruimte bieden aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om afspraken te maken over uitkomsten / resultaten. Met behulp van deze afspraken kan bijvoorbeeld onderbehandeling worden tegengegaan en kan de zelfredzaamheid van patiënten gestimuleerd worden. Hoe dit exact wordt vormgegeven is voor de nadere uitwerking.

Verder is bij de ontwikkeling van het model het streven om alle bestaande prestaties zoveel mogelijk te integreren in de prestaties op basis van zorgprofielen. Dit geldt dus ook voor wijkgericht werken, ketenzorg dementie, regiefunctie complexe wondzorg, MSVT en de regionale beschikbaarheidsvoorziening voor onplanbare zorg. Ook deze

onderdelen worden meegenomen bij de ontwikkeling van het model. Hierbij moet aandacht zijn voor het behoud van reeds opgebouwde infrastructurele voorzieningen die niet verloren mogen gaan. De prestaties voor verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg vallen buiten de scope van dit traject.

Gedurende het ontwikkeltraject moet er ook aandacht zijn voor de prestaties geldend binnen het PGB Zw. De bekostiging voor het PGB moet aansluiten op de bekostiging van natura zorg. Dit betekent dat het bekostigingsmodel zowel toepasbaar moet zijn bij natura zorg als het PGB.

1.2 Uitgangspunten

Tijdens de bijeenkomsten waarin het bekostigingsmodel op basis van zorgprofielen is ontworpen zijn partijen de volgende uitgangspunten overeengekomen met betrekking tot de wijkverpleging:

1. De wijkverpleging moet staan voor goede zorg dicht bij huis. Daarbij worden de uitgangspunten van 'triple aim' gehanteerd (behoud of verbeteren van gezondheid, een betere kwaliteit van zorg en terugdringen vermijdbare kosten).
2. De wijkverpleegkundige:
 - a. moet herkenbaar zijn in de wijk;
 - b. haar vak in de volle breedte kunnen uitoefenen (van preventie tot complexe zorg);
 - c. de verbindende schakel vormen tussen medische zorg, het sociale domein en de langdurige zorg.
3. De verpleegkundigen en verzorgenden moeten de ruimte krijgen hun werk goed uit te voeren en gestimuleerd worden om maximaal te werken aan preventie, inzet zelfmanagement, netwerk en hulpmiddelen (integrale zorg). Dit binnen de context van de Zw. Er moet ruimte zijn voor de wijkverpleegkundige om zich naast de huisarts te positioneren.
4. Het behouden of bevorderen van functionaliteit en mogelijkheid te kunnen participeren van de cliënt is belangrijk. Het gesprek met de cliënt moet blijven plaatsvinden. De uitkomsten moeten in samenspraak met de cliënt worden geformuleerd en geëvalueerd.
5. Registratie moet eenvoudig zijn en het verpleegkundig handelen ondersteunen. Daarmee komt ook voldoende informatie beschikbaar over de ingezette interventies en de gewenste uitkomsten.

De nationale kernset is een hulpmiddel om helder te krijgen voor welke patiëntproblemen welke uitkomsten mogelijk zijn en welke interventies daaraan bijdragen.
6. Het is van belang dat wordt aangesloten op de behoeften van de patiënt en dat fragmentatie in de zorg wordt voorkomen. Dit betekent:
 - a. Wijkverpleging is generalistisch als het kan en specialistisch als het moet. Hierbij zijn verpleegkundige richtlijnen leidend.
 - b. De bekostiging biedt ruimte om specialistische zorg in te zetten, maar tegelijkertijd moet deze zorg zoveel mogelijk in onderlinge samenhang door een beperkt aantal zorgverleners worden geleverd.
 - c. Coördinatie van zorg, is een belangrijke verpleegkundige interventie. Dit houdt in dat dit ook op die wijze in de verpleegkundige indicatie wordt meegenomen en dus van invloed kan zijn op de hoogte van de indicatie.

- d. Preventieve en signalerende taken moeten onlosmakelijk verbonden zijn met de overige zorg. Aandachtspunt hierbij is dat ruimte, focus en middelen voor de preventieve en signalerende taken hiermee niet verloren gaan.
 - e. Een actieve rol voor de patiënt zelf.
7. Er moet ruimte zijn voor slimme combinaties van menskracht en techniek.
 8. De bekostiging moet passen binnen de kaders van de Wmg en Zvw. Tevens moet er aandacht zijn voor de overlap met aansluitende wetten (Jeugdwet, WMO en Wlz).
 9. Belangrijk is dat er wederzijds vertrouwen is. Vertrouwen vanuit de verzekeraar naar de wijkverpleegkundige, dat zij haar werk op een goede manier uitoefent. Vertrouwen van de professional naar de verzekeraars, dat zij goede zorg willen inkopen en geen onnodige registraties opleggen.

Het bekostigingsmodel van de wijkverpleging moet aansluiten op deze uitgangspunten. Het voorgenomen model is vanuit deze gedachte geschetst. Deze aandachtspuntenlijst blijft een belangrijke leidraad gedurende het traject.

2. Aanpak en proces

Om tot een bekostigingsmodel op basis van zorgprofielen te komen moet een uitvoerig traject worden doorlopen. Dit traject begint in 2016 en heeft als doel de implementatie van een nieuw bekostigingsmodel in 2019. Kort gezegd bestaat dit traject uit vijf fasen:

1. ontwikkelen zorgprofielen;
2. voorbereiden pilots;
3. testen zorgprofielen in pilots;
4. vaststellen zorgprestaties en tarieven op basis van de definitieve zorgprofielen;
5. landelijke implementatie

Samenwerking tussen alle betrokken partijen is essentieel voor het behalen van de gestelde doelen.

De NZa zal gedurende het hele proces de regie voeren en partijen faciliteren waar het nodig is. Veldpartijen (en hun vertegenwoordigers) hebben een belangrijke rol bij de inhoudelijke invulling, de uitwerking in de praktijk en het stimuleren van hun achterban om hieraan mee te werken.

In dit hoofdstuk wordt voor de verschillende fasen de doelstelling, aanpak en taakverdeling beschreven.

2.1 Fase 1: Ontwikkelen zorgprofielen

Doelstelling

Het doel van fase 1 is het ontwikkelen van de zorgprofielen die uiteindelijk de basis moeten vormen voor de bekostiging. Het resultaat is een heldere beschrijving van onderscheidende profielen, waarbij ook duidelijk is op basis van welke patiëntkenmerken een patiënt tot een bepaald profiel kan worden toebedeeld. Daarnaast moet per profiel modelmatig zijn uitgewerkt welke zorg er bij dit type patiënt wordt ingezet. Bij de ontwikkeling van profielen wordt ook nadrukkelijk stilgestaan de werkbaarheid voor PGB's.

Een tussenresultaat is het bepalen van doelgroepen. Één van de beperkingen van het huidige bekostigingsmodel is dat de declaraties beperkt inzicht geven in de geleverde zorg. Zo is het voor verzekeraars niet inzichtelijk waarom de ene patiënt veel zorg ontvangt en de andere weinig. Een eerste stap om dit te verbeteren is de registratie van doelgroepen. Partijen streven er naar dit inzicht vanaf 2017 te vergroten door middel van doelgroepenregistratie en het aanleveren van deze gegevens bij de declaratie.

Aanpak

Deze fase heeft een doorlooptijd van 1 juni tot 1 september 2016 (4 maanden).

De volgende zaken worden uitgevoerd:

1. *Bepalen zorgprofielen*
Vanuit de inhoud moet worden bepaald welke onderscheidende profielen er zijn binnen de patiëntenpopulatie van de wijkverpleegkundige. De laatste stand van de wetenschap en praktijk is hierin meegenomen. Eenvoud en herkenbaarheid zijn hierbij essentieel. Het is de bedoeling dat de wijkverpleegkundige in de praktijk op basis van doelgroepen en enkele

patiëntkenmerken eenvoudig kan bepalen onder welk profiel een patiënt valt.

In verband met de registratie in 2017 worden in juli de doelgroepen als tussenstap opgeleverd.

2. *Vulling zorgprofielen*

Per profiel moet worden uitwerkt welke zorg aan een patiënt vallend onder dit profiel wordt geleverd. Het gaat hierbij zowel om interventies die direct zichtbaar zijn voor de patiënt zoals bijvoorbeeld wondverzorging, als om de minder zichtbare activiteiten in het kader van de zorg voor de patiënt, zoals afstemming met de huisarts. Het gaat hierbij dus om het hele pallet aan activiteiten die de verpleegkundigen en verzorgenden verrichten. Hierbij wordt normatief bepaald hoeveel tijd een interventie kost en met welke deskundigheid deze interventie uitgevoerd wordt. De normatieve vulling geeft een eerste inschatting van de kosten per profiel. De in het profiel opgenomen parameters (tijdsbesteding per type zorgverlener per interventie en evt. andere zaken) vormen de basis voor de registratie in de pilot.

Taakverdeling

De zorgprofielen worden vanuit de inhoud ontwikkeld en gevuld door de werkgroep zorgprofielen. Deze werkgroep bestaat uit (wetenschappelijke)experts in het veld van de V&VN, verzekeraars en zorgaanbieders. Hierin worden ook de wetenschappelijke onderzoeken betrokken, die gerateerd zijn aan het ontwikkelen van zorgprofielen voor verpleging en verzorging.

Beslismoment

Na afloop van fase 1 (september 2016) zal worden besloten of de ontwikkelde zorgprofielen voldoende basis bieden om het bekostigingsmodel aan op te hangen. Dit hangt af van het opgeleverde resultaat. Bij de beoordeling van het resultaat wordt beoordeeld of:

- De opgeleverde profielen herkenbaar zijn;
- De opgeleverde profielen voldoende onderscheidend zijn;
- De onderscheidende kenmerken uit de reeds gehanteerde systemen te halen zijn (Omaha, NIC/NOC/Nanda, etc);
- De profielen inhoudelijk onderbouwd zijn (welke interventies vinden er plaats en per interventie het geraamde aantal uren en deskundigheidsniveau);
- Binnen de profielen inhoudelijk en qua kosten niet teveel spreiding aanwezig is;
- Er consensus is over de profielen.

Deze beoordeling wordt uitgevoerd door het programmateam in afstemming met het programmaoverleg. In oktober 2016 vindt een BO plaats om de resultaten te bespreken. Dit overleg dient als Go-No Go moment.

Wanneer de zorgprofielen niet voldoende worden bevonden voor een koppeling aan de bekostiging wordt het traject niet verder voortgezet. Voorbereidende activiteiten in het kader van de pilots worden gestaakt. Als deze situatie zich voordoet wordt geanalyseerd waardoor het niet lukt om tot de profielen te komen. Hierbij wordt ook gekeken of er mogelijk een oplossing voor is. De uitkomst van deze analyse wordt gebruikt om te komen tot een aangepast plan voor de toekomstige bekostiging.

2.2 Fase 2: voorbereiden pilots

Doelstelling

Het doel van fase 2 is de voorbereiding van de pilots die in 2017 plaats moeten vinden. Met de pilots worden de onder fase 1 ontwikkelde zorgprofielen getest. Aan het eind van deze fase is duidelijk welke aanbieders deelnemen aan de pilot en zijn alle ICT voorzieningen getroffen om de pilots te kunnen laten plaatsvinden.

Aanpak

De voorbereiding van de pilot begint in juni 2016 en loopt door tot de start van de pilot in januari 2017.

De volgende zaken worden uitgevoerd:

1. *Werving pilot aanbieders*

Deelname aan de pilot is vrijwillig. De zorgaanbieders die meedoen aan de pilot moeten een representatief beeld geven. Dit betekent dat alle patiëntgroepen bediend worden door deze aanbieders. Daarnaast moet de pilot bestaan uit grote en kleine zorgaanbieders die over het hele land verspreid zijn. In totaal moeten er ongeveer 40 aanbieders deelnemen aan de pilot.

2. *Voorbereiding registratie en data-uitwisseling in pilots*

Wat er inhoudelijk geregistreerd moet worden gedurende de pilots volgt uit fase 1. Hier worden duidelijke afspraken over gemaakt. Om de registratie en de uitwisseling van de geregistreeerde gegevens mogelijk te maken moet een systeem ontwikkeld worden. Dit systeem moet eenvoudig zijn in gebruik om de administratieve last die gepaard gaat met de pilot te beperken. Daarbij moet het ook een flexibel/aanpasbaar systeem zijn zodat eventuele wijzigingen in de profielen die voortkomen uit de evaluatie gedurende de pilot, verwerkt kunnen worden. Tevens moet bij de aanlevering de privacy van patiënten gewaarborgd worden. Dit betekent dat de aangeleverde data niet herleidbaar moet zijn tot de patiënt.

Taakverdeling

De voorbereiding van de pilot is belegd bij de werkgroep pilot. Deze werkgroep bestaat uit vertegenwoordigers van Actiz, BTN, ZN en de NZa. In het kader van de ontwikkeling van de ICT tool voor de pilot is ook de werkgroep ICT betrokken.

Beslismoment

De pilot kan beginnen zodra de systemen hiervoor zijn ingericht bij alle betrokken partijen. Wanneer na afronding van fase 1 geconcludeerd wordt dat de zorgprofielen onvoldoende zijn voor de koppeling aan de bekostiging dan wordt de voorbereiding van de pilot ook gestopt. Uitgaande van een go na fase 1, is het go-no go moment voor de start van de pilot in januari 2017 begin december 2016. Hiervoor wordt een BO gepland.

2.3 Fase 3: testen zorgprofielen in pilots

Doelstelling

Het doel van fase 3 is het testen van de zorgprofielen. Het gaat hierbij om het schaduwdraaien in de nieuwe zorgprofielen. Deze profielen zijn nog niet bedoeld om de zorg te declareren. Specifiek moet uit deze test blijken of de modelmatig opgebouwde profielen:

1. Volledig zijn: Is iedere patiënt toe te wijzen aan één van de zorgprofielen op basis van de gedefinieerde kenmerken?

2. Betrouwbaar zijn: Komt de modelmatig invulling van de profielen gemiddeld genomen overeen met de zorglevering aan patiënten in de profielen in de praktijk? Dit inzicht is nodig om te bepalen of de profielen kostenhomogeen zijn.

Aan het eind van de pilot moet op basis van de uitkomsten definitief geconcludeerd kunnen worden of de ontwikkelde profielen voldoende zijn voor de bekostiging en moeten op basis daarvan tarieven kunnen worden onderbouwd. Voor dit laatste wordt gekeken naar de registratie in de pilots waaruit de tijdbesteding per zorgverlener volgt. Door deze uitkomsten te koppelen aan de tariefonderbouwing die volgt uit het tariefonderzoek (zie 2.6 fase overstijgende acties) wordt gekomen tot kosten homogene producten met een bijbehorend tarief.

Aanpak

Fase 3 loopt van januari tot en met december 2017.

De fase wordt als volgt vormgegeven:

1. Pilot aanbieders registreren de gegevens die nodig zijn voor het testen van de zorgprofielen (januari t/m oktober).
2. Ieder kwartaal worden de geregistreerde gegevens verzameld, geanalyseerd en besproken met de werkgroep zorgprofielen.
3. (Indien nodig) worden de zorgprofielen aan de hand van de uitkomsten van de analyse per kwartaal aangepast. Op deze manier kunnen deze aanpassingen gedurende de rest van de pilot getest worden. De stappen 1 t/m 3 vormen een cyclisch proces.
4. In november en december evalueert de NZa de uitkomsten van de pilot ten behoeve van de besluitvorming.

Taakverdeling

De pilotaanbieders zijn verantwoordelijk voor de juiste registratie en aanlevering van gegevens.

De NZa analyseert de data gedurende het jaar en stemt de uitkomsten af met de werkgroep zorgprofielen. Indien nodig organiseert de NZa dat de aanpassingen in de zorgprofielen worden verwerkt.

De volledigheid en betrouwbaarheid wordt eind 2017 in het programmaoverleg en het BO bekostiging wijkverpleging besproken. De NZa besluit of het verantwoord is om op basis van de ontwikkelde zorgprofielen zorgprestaties en tarieven vast te stellen.

Beslismomenten

Op basis van de uitkomsten van de analyses worden de zorgprofielen gevalideerd. Eind 2017 wordt op basis hiervan vastgesteld of de zorgprofielen voldoende volledig en betrouwbaar zijn als basis voor het vaststellen van zorgprestaties en bijbehorende tarieven. Bij de pilot instellingen wordt ook gekeken wat de impact van de nieuwe profielen ten opzichte van de huidige bekostiging is. In dit kader wordt ervoor gezorgd dat de pilotaanbieders een representatief beeld geven van de sector. De resultaten van de pilot worden tijdens een BO in december 2017 besproken. Hierbij wordt ook stilgestaan bij de uitwerking van het volledige model zoals uitkomstbekostiging, PGB etc. Op basis van de uitkomsten van de pilot, de uitwerking van het model en de bespreking in het BO besluit de NZa in december 2017 of invoering per 2019 verantwoord is. Hieruit volgt een advies aan het ministerie van VWS waar vervolgens in januari 2018 een definitief besluit over invoering per 2019 wordt genomen.

2.4 Fase 4: voorbereiding implementatie

Doelstelling

Wanneer in fase 3 wordt besloten tot landelijke implementatie van het bekostigingsmodel op basis van zorgprofielen in 2019, wordt 2018 benut voor de voorbereiding van deze implementatie. Specifiek zijn er hierbij de volgende aandachtspunten:

1. NZa regelgeving
2. ICT systemen
3. Opleiden personeel

Aanpak

Fase 4 loopt van januari tot en met december 2018.
Per resultaat wordt het als volgt aangepakt.

1. NZa regelgeving

Voor 1 juli 2018 wordt de NZa regelgeving vastgesteld. In de periode januari – juni 2018 wordt in dit kader in overleg met veldpartijen het beleid uitgewerkt door de NZa en worden de definitieve tarieven berekend. Dit wordt zo vormgegeven zodat er voor april voldoende duidelijkheid is in het kader van het inkoopbeleid van zorgverzekeraars.

2. ICT systemen

De ICT systemen van aanbieders en verzekeraars moeten goed aansluiten op de bekostigingssystematiek zoals vastgesteld door de NZa. Alle ICT-leveranciers zullen de systemen hierop aan moeten passen. Gedurende 2018 zal de ontwikkeling van de ICT-systemen gemonitord worden. Een eerste stap hierin is de registratie van doelgroepen per 2017.

3. Opleiden personeel

Voor de werking van het model is het noodzakelijk dat alle betrokkenen weten hoe ze ermee moeten werken. In dit kader zal er aandacht zijn voor de scholing van personeel.

Taakverdeling

De NZa is verantwoordelijk voor het tijdig vaststellen van de regelgeving en zal dit traject organiseren.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het in de ICT laten inbouwen van de nieuwe systematiek.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de scholing van hun personeel.

2.5 Fase 5: Monitoring en herijking

Doelstelling

Wanneer het nieuwe model in 2019 wordt geïmplementeerd moet goed gemonitord worden wat de effecten in het veld zijn. Hierbij moet onder andere gedacht worden aan de effecten op aanbiedersniveau en op macroniveau. Wanneer uit deze monitoring knelpunten volgen moet worden bekeken hoe dit wordt opgepakt.

Aanpak

De effecten worden gemonitord op basis van signalen uit het veld. Wanneer er knelpunten zijn worden deze nader onderzocht en zo snel mogelijk verholpen.

Taakverdeling

De NZa is verantwoordelijk voor het monitoren van de effecten van de NZa regelgeving. Veldpartijen spelen hierbij een belangrijke rol in het aanleveren van signalen. Problemen worden in gezamenlijkheid opgepakt.

2.6 Fase overstijgende acties

Doelstelling

Zoals gesteld moet het uiteindelijke bekostigingsmodel ook de ruimte bieden voor uitkomstbekostiging.

Daarnaast moeten alle bestaande prestaties (wijkgericht werken, ketenzorg dementie, regiefunctie complexe wondzorg, MSVT en de regionale beschikbaarheidsvoorziening voor onplanbare zorg) een goede plek in het bekostigingsmodel krijgen. Hierbij moet aandacht zijn voor het behoud van reeds opgebouwde infrastructurele voorzieningen. Verder moet goed worden gekeken naar de regulering van het PGB. Op dit onderdeel wordt nadrukkelijk Per Saldo betrokken. Tijdens het proces moet hier aandacht voor zijn, zodat dit niet achteraf tot problemen leidt.

Voor implementatie van het nieuwe model in 2019 moet voor al deze punten bekeken worden hoe dit het beste kan worden vormgegeven. Waar mogelijk en indien gewenst worden hiervoor eerder aanpassingen gedaan, waarbij het streven is om zoveel mogelijk onder de prestaties op basis van zorgprofielen te laten vallen.

Tot slot moet er een tariefherijking plaatsvinden. In dit kader zal een onderzoek worden gestart. Met partijen wordt afgestemd hoe dit ingevuld gaat worden.

Aanpak

Bovengenoemde bekostigingsvraagstukken zijn verbonden met het traject van de zorgprofielen, maar er spelen ook aanvullende vraagstukken bij. Hierom zal gedurende het hele traject worden gekeken naar de beste wijze om deze verschillende aspecten vorm te geven. Hiermee wordt in 2016 gestart zodat ook dit eind 2017 is uitgewerkt en indien gewenst in de tussentijd stappen gezet kunnen worden in het beleid 2018. Dit alles uiteraard in samenspraak met betrokken partijen. Bij de ontwikkeling van de zorgprofielen wordt specifiek gekeken naar de wijze waarop de bestaande prestaties in de opbouw van de profielen kan worden meegenomen.

In 2016 wordt gestart met een onderzoek in het kader van de herijking van de tarieven. Het onderzoek wordt zo vormgegeven dat het zowel benut kan worden voor de tarieven in het huidige bekostigingsmodel als de tarieven voor het toekomstige bekostigingsmodel. Voor dit laatste is een goede samenhang met de registratie binnen de pilot van belang. Om dit te borgen wordt niet alleen afgestemd met partijen over de aanpak van het onderzoek, maar wordt ook specifiek afgestemd met de werkgroep zorgprofielen en werkgroep pilot zodat alles goed op elkaar aansluit.

Taakverdeling

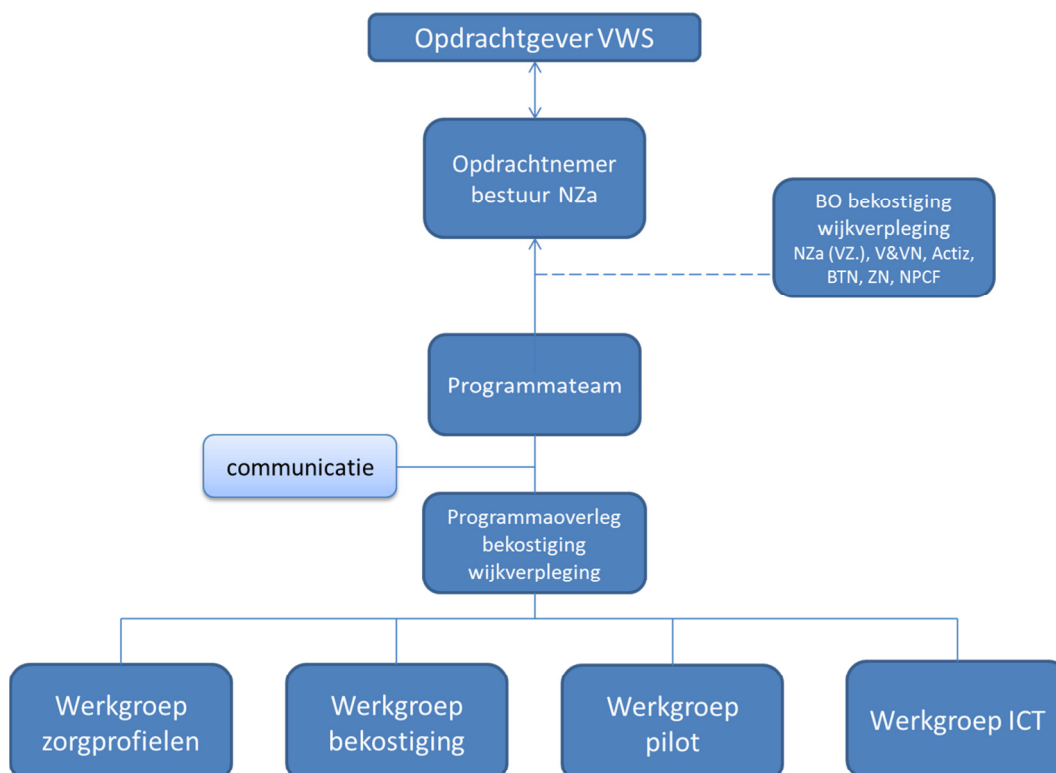
De werkgroep zorgprofielen is verantwoordelijk voor het zo volledig mogelijk opstellen van de zorgprofielen. Hierbij moet specifiek aandacht zijn voor het toedelen van de activiteiten die nu alle prestaties voor verpleging en verzorging vallen.

De werkgroep bekostiging zal zich buigen over de wijze waarop uitkomstbekostiging vormgegeven wordt in het nieuwe model. Ook zal deze werkgroep de bekostiging van eventuele prestaties die niet in de profielen meegenomen kunnen worden nader uitwerken.

Voor de regulering van het PGB wordt in 2016, bij het ontwikkelen van de profielen en gedurende 2017 door de werkgroep bekostiging bekeken in hoeverre de bekostiging op basis van zorgprofielen werkbaar is en wat indien nodig kan worden gedaan om het werkbaar te maken. De werkgroep bekostiging is verantwoordelijk voor het onderzoek in het kader van de tarieven.

3. Projectorganisatie

Om tot een brede implementatie van het nieuwe bekostigingsmodel per 1 januari 2019 te komen, is het van belang dat er een duidelijke projectorganisatie is. In onderstaande paragrafen wordt aangegeven hoe deze eruit zal zien voor de duur van het gehele project. Hierbij geldt wel de kanttekening dat het een lerend proces is. Dit betekent dat waar gewenst in overleg met alle betrokken partijen gedurende het proces verschuivingen kunnen plaatsvinden in de indeling.



3.1 Rollen en verantwoordelijkheden

Opdrachtgever en opdrachtnemer

Opdrachtgever

Het ministerie van VWS is formele opdrachtgever van het traject.

Opdrachtnemer

Het bestuur van de NZa is de formele opdrachtnemer van het project en legt verantwoording af over de voortgang van het project aan VWS. Het bestuur van de NZa draagt de uitvoering van het project over aan het programmteam. Het programmteam legt verantwoording af aan het bestuur van de NZa.

Programmteam

Het programmateam (medewerkers NZa) stuurt de werkgroepen (extern en intern) aan, bewaakt de planning en middelen van het project en informeert het bestuurlijk overleg. De werkgroepen stemmen belangrijke beslissingen af met het programmateam, voor zover deze niet al in het programmaoverleg zijn behandeld. Het programmateam informeert tevens het DO wijkverpleging over de voortgang van het proces. Tevens houdt het programmateam ontwikkelingen van en rondom de wijkverpleging in de gaten die eventueel van invloed zijn op dit traject. Hierbij moet bijvoorbeeld gedacht worden aan de ontwikkelingen die volgen uit de inhoudelijke ontwikkelagenda voor wijkverpleging en de samenhang met andere eerstelijnssectoren en de Wlz. Indien noodzakelijk wordt op basis hiervan tijdig bijgestuurd.

Adviserende, uitvoerende en ondersteunende projectteams

Bestuurlijk overleg bekostiging wijkverpleging

Samenstelling: NZa (vz.), V&VN, Actiz, BTN, ZN en NPCF

Verantwoordelijkheden: Deze partijen geven advies over het doorgelopen en nog door te lopen traject. Ze beslissen of het project naar de volgende (sub)fase door kan en daarnaast dragen ze verantwoordelijkheid voor het creëren van draagvlak en commitment bij de achterban.

Programmaoverleg bekostiging wijkverpleging

- Samenstelling: Afvaardiging van de landelijke partijen. Hiermee wordt aansluiting met de landelijke werkgroep wijkverpleging geborgd.

- Verantwoordelijkheden: Het programmateam bespreekt met de betrokkenen van dit overleg de inhoudelijke en procesmatige voortgang van het project. De uitkomsten van de verschillende werkgroepen worden hier besproken. Op de manier blijven allen partijen aangehaakt en wordt samenhang tussen de verschillende werkgroepen nadrukkelijk geborgd. De aanwezige partijen zullen acteren op knelpunten rondom planning en middelen, zoals gemeld door het programmamanagement.

Uitvoerende werkgroepen

Er worden vier werkgroepen onderscheiden. Hieronder wordt op hoofdlijnen de samenstelling en de verantwoordelijkheden van de werkgroepen beschreven. Iedere werkgroep zal een specifiek plan van aanpak ontwikkelen voor de nadere uitwerking waarin wordt stilgestaan bij oa de exacte teamindeling en planning. V&VN heeft dit al opgepakt voor de werkgroep zorgprofielen.

1. Werkgroep zorgprofielen

- Samenstelling: V&VN (trekker), experts zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

- Verantwoordelijkheden: De werkgroep zorgprofielen is verantwoordelijk voor de ontwikkeling van de zorgprofielen en adviseert hierover richting het programmateam en programmaoverleg.

2. Werkgroep bekostiging

- Samenstelling: Medewerkers NZa

- Verantwoordelijkheden: De werkgroep bekostiging adviseert het programmateam en programmaoverleg over de uitwerking van het uiteindelijke bekostigingsmodel. Centraal staat hierbij het herijken van de tarieven en de verwerking van de zorgprofielen in het bekostigingsmodel.

Andere inhoudelijke aspecten die hier nader worden uitgewerkt zijn de bekostiging van de huidige prestaties wijkgericht werken, ketenzorg dementie, regiefunctie complexe wondzorg, MSVT, de regionale beschikbaarheidsvoorziening voor onplanbare zorg en uitkomstbekostiging.

Tevens zal de werkgroep zich specifiek buigen over de regulering van het PGB.

De werkgroep bekostiging is tevens verantwoordelijk voor het tariefonderzoek door de NZa.

De werkgroep stemt op alle onderdelen nauw af met deskundigen in het veld. Hieronder vallen zowel de vertegenwoordigers van de partijen die bestuurlijk betrokken zijn bij dit traject als vertegenwoordigers van de overige partijen die op onderdelen betrokken zijn (wondplatform Nederland, BMKT, VGVK, Per Saldo etc.).

3. Werkgroep pilot

- Samenstelling: Deelnemers zijn Actiz, BTN, ZN en NZa. Trekker in overleg nader te bepalen

- Verantwoordelijkheden: De werkgroep pilot is verantwoordelijk voor de organisatie van de pilots. Hieronder vallen de voorbereidende taken in 2016 en de ondersteuning van de pilotaanbieders gedurende de pilot.

4. Werkgroep ICT

- Samenstelling: deskundigen op het gebied van ICT en infrastructuur van NZa, Vecozo, Actiz, ZN, BTN en ICT-leveranciers. Trekker in overleg nader te bepalen.

- Verantwoordelijkheden: het ontwikkelen en onderhouden van de infrastructuur voor registratie pilotgegevens, aanleveren pilotuitkomsten en de uitwerking van het uiteindelijke bekostigingsmodel in de ICT.

Ondersteuning van programmateam

Communicatie

- Samenstelling: (communicatieadviseurs van) V&VN, Actiz, BTN, ZN en NZa. Trekker in overleg nader te bepalen.

- Verantwoordelijkheden: het tijdig informeren over het traject en de uitkomsten richting het veld.

3.2 Planning

In de voorgaande hoofdstukken zijn reeds verschillende data benoemd. Hieronder een overzicht van de planning op hoofdlijnen. Op basis van de uitwerking van de onderliggende plannen van aanpak van de verschillende werkgroepen wordt deze later aangevuld.

Hoofdlijnen planning

Fase	Periode	Hoofdbetrokkenen	Beslismoment
1. Profielontwikkeling	mei – september 2016	V&VN, Actiz, BTN, ZN, NPCF	Oktober 2016
2. Pilot voorbereiding	juni – december 2016	Actiz, BTN, ZN, NZa	December 2016
3. Pilot	januari – december 2017	Actiz, BTN, ZN, NZa	December 2017
4. Voorbereiding implementatie	januari – december 2018	Actiz, BTN, ZN, NZa	-
5. Monitoring en herijking	Januari – december 2019	Actiz, BTN, ZN, V&VN, NPCF, NZa	April 2019 (evt. herijking)