

Notitie

Inleiding

In deze notitie staan de belangrijkste speerpunten van ActiZ voor het verminderen van de administratieve lasten in de wijkverpleging. Daarbij worden niet alleen de problemen geschetst, maar ook oplossingsrichtingen. ActiZ brengt deze in in diverse overleggen op landelijk niveau rond de administratieve lasten.

Onderwerpen:

1. Minutenregistratie
2. Aanvragen van hulpmiddelen
3. Overgang van wijkverpleging naar Wlz
4. Richtlijnen weer richtlijn laten zijn
5. Materiële controle

Hoofdpijnen:

Administratieve lasten kunnen bekeken worden als afzonderlijke issues. Tegelijk liggen er enkele hoofdpijnen aan ten grondslag. Deze hoofdpijnen zijn van belang om oplossingen ook te kunnen laten slagen. Het gaat om de volgende zaken:

- 1) Veel vermindering van administratieve lasten in de wijkverpleging is samenwerking met andere partijen nodig: soms de zorgverzekeraar (bijv. minutenregistratie), soms de Inspectie (ruimte bieden rond richtlijnen)
- 2) Terug naar de bedoeling van de regels. Veel regels worden nu heel letterlijk en verplichtend toegepast, terwijl ze een doel dienen die voor de praktijk ruimte toelaat. In de zorg geldt meer de professionele definitie: 'maatwerk is de standaard' en als richtlijnen standaard worden toegepast dreigt eerder ondoordachtheid.
- 3) De financiële verantwoording naar zorgverzekeraars steunt nu nog sterk op registraties die verder gaan dan vanuit professioneel oogpunt nodig is. Deze zou anders – op een hoger abstractieniveau – ingericht kunnen worden.

Onderwerp	administratieve lasten wijkverpleging
Datum	7 februari 2018
Blad	2/11

1) Minutenregistratie

1. Wat is het probleem?

Wijkverpleging moet bij elke cliënt de directe contacttijd per minuut bijhouden. Ook al wordt dit ondersteund door techniek, het vraagt wel nauwkeurigheid en is ook gerelateerd aan rechtmatigheid van de verantwoording van de declaratie. Het invoeren van zorgplan=realisatie of zorgplanning=realisatie die dit bij de wijkverpleging tracht weg te halen blijkt in de praktijk tot verantwoordingsproblemen te kunnen leiden – ook omdat het de minutenregistratie aantoonbaar moet kunnen benaderen.

2. Waar komt het vandaan?

Het komt voort uit de NZa regelgeving:

Afronding op vijf minuten per declaratieperiode

De minutenregistratie vloeit voort uit de NZa regelgeving: [nadere regel verpleging en verzorging](#):

Onder 5.9

5.9 Voor de prestaties vermeld in artikel 4.1 van de 'Beleidsregel Verpleging en verzorging' waarvoor maximumtarieven zijn vastgesteld, geldt een tariefeenheid van een uur.

Als sprake is van prestaties gedurende een deel van een uur, wordt het in rekening te brengen tarief naar evenredigheid berekend. ***Afronding vindt plaats per declaratieperiode.*** Als er tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder voorafgaand aan de declaratie geen schriftelijke overeenkomst bestaat over de te hanteren werkwijze bij het afronden van de tijd van de geleverde prestaties, ***wordt de tijd afgerond op het dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten.***

Voor de prestatie Advies, instructie en voorlichting (AIV) geldt daarnaast dat voor zover deze prestatie niet individueel aan een patiënt wordt geleverd maar aan een groep, de werkelijke behandelingsduur naar evenredigheid wordt toegerekend aan de patiënten die deel uitmaken van de groep.

Uit de toelichting op 5.9

Voor de afronding van het aantal, naar evenredigheid, in rekening te brengen eenheden, wordt uitgegaan van schriftelijke overeenkomsten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Als er voorafgaand aan de declaratie geen schriftelijke overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar aanwezig is over de werkwijze rondom de afronding van de geleverde zorg, schrijft de nadere regel voor dat wordt afgerond naar het dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten. Dit betekent bijvoorbeeld dat voor dertien minuten geleverde zorg vijftien minuten worden gedeclareerd. Voor zes uur en twaalf minuten geleverde zorg wordt zes uur en tien minuten gedeclareerd.

Conclusie

De formulering (vet cursief) gaat uit van declaratie die afgerond wordt op 5 minuten per declaratieperiode. Om te kunnen afronden per declaratieperiode, is dus een vorm van minutenregistratie nodig.

Onderwerp	administratieve lasten wijkverpleging
Datum	7 februari 2018
Blad	3/11

Van registratie naar declaratie

De tekst van de beleidsregel gaat uit van declaratie per vijf minuten. Declaratie is niet hetzelfde als registratie, maar hangt daar wel nauw mee samen. In feite vraagt een declaratie met een afronding naar de dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten een registratie op minuutniveau (anders valt er niet af te ronden). Te meer omdat de declaratie in de praktijk niet elke dag plaatsvindt, maar vaak 1x per maand.

Om van registratie naar declaratie te komen bestaan meerdere opties:

- Minuten registreren (achter de voordeur): deze is het meest aantoonbaar (ook richting accountant) met afronding naar vijf minuten per declaratieperiode
- Zorgplan = realisatie: Hiermee wordt de zorg geacht te zijn geleverd cf plan/planning, behoudens grote afwijkingen. Dit vraagt weer een systeem dat de planning wordt aangepast aan de werkelijkheid bij afwijkingen. Hier wordt in de praktijk veel voor gekozen, echter de betrouwbaarheid hiervan is lastiger aan te tonen richting accountant en zorgt regelmatig voor discussies. Om die discussies weer op te lossen zijn er extra maatregelen nodig, die de winst in administratieve lastenvermindering (gedeeltelijk) weer teniet doet.

Zie toelichting nadere regel verpleging en verzorging: *Artikel 5 Algemeen*

Verpleging en verzorging kan bijvoorbeeld worden gedeclareerd op basis van de methode 'zorgplan is realisatie'. Daarbij bestaat wel de eis dat het aannemelijk is dat de zorg daadwerkelijk geleverd is.

3. Oplossingsrichtingen minutendeclaratie: andere afspraken met zorgverzekeraar

De [Beleidsregel experiment bekostiging verpleging en verzorging BR/REG-18102](#) biedt ruimte om af te wijken van de minutendeclaratie. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars dienen hierover dan *schriftelijke afspraken* te maken. Oplossing kan zijn om een *andere declaratie-eenheid* te kiezen, zoals in 2017 in een enkel experiment gebeurde en vanaf 2018 al door meerdere zorgorganisaties is toegepast:

Art 2 De beleidsregel heeft als doel zorgaanbieders en zorgverzekeraars de mogelijkheid te bieden een experiment aan te gaan waarbij kan worden afgeweken van de reguliere bekostiging van verpleging en verzorging. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen op basis van dit experiment een vast bedrag per patiënt op basis van de samenstelling van de populatie afspreken.

Toelichting art 4: Overigens is de te declareren eenheid vrij (zie de 'Nadere regel Verpleging en verzorging'). Dat wil zeggen dat partijen zelf kunnen bepalen of de eenheid van de prestatie per uur, dag, per week, per maand of nog anders is. Voorwaarde hierbij is dat de prestatie per patiënt declarabel is.

Onderwerp	administratieve lasten wijkverpleging
Datum	7 februari 2018
Blad	4/11

Addendum: wat is declarabel?

Aan de minutendeclaratie gekoppeld is ook nog de vraag gekoppeld wat onder declarabele zorg valt en wat niet:

Nadere regel verpleging en verzorging BR/REG-1801

5.3 De declaratie van de prestaties verpleging en verzorging vindt plaats op patiëntniveau. Dat houdt in dat de declaratie bestaat uit een overzicht van het per patiënt geleverde aantal eenheden¹, het daarbij gehanteerde tarief en het totaalbedrag per prestatie per declaratieperiode. Het aantal te declareren eenheden bestaat uit het aantal uren directe zorgverlening.

Nadere regel verpleging en verzorging NR/ REG-1801

Artikel 1: Een uur directe zorgverlening is de directe contacttijd in uren tussen zorgaanbieder en patiënt in de thuissituatie/werksituatie, alsmede de tijd besteed in het kader van indicatiestelling.

Toelichting artikel 1 Uur directe zorgverlening

Een uur directe zorgverlening is gedefinieerd als de directe contacttijd in uren tussen zorgaanbieder en patiënt, alsmede de tijd besteed in het kader van indicatiestelling.

Onder directe zorgverlening wordt niet verstaan:

- activiteiten van niet-uitvoerenden (leidinggevenden, staf, administratie, management);
- coördinatie van zorg op kantoor of bij verwijzers;
- preventie en voorlichting in groepsverband, dan wel individueel op kantoor (met uitzondering van AIV);
- fysiotherapie, ergotherapie;
- reistijd, bijscholing, stage en dergelijke

Waar zit het probleem?

- wat is declarabel m.b.t. coördinatie van zorg. De NZa stelt dat coördinatie van zorg op kantoor of bij verwijzers niet declarabel is. Tegelijk wordt van de wijkverpleging gevraagd breed te inventariseren en ook te blijven afstemmen met de huisarts ('zie ik het goed?'). Voor deze afstemming wil de huisarts graag op één moment benaderd worden voor alle cliënten. Het zou dan niet moeten uitmaken waar je de coördinatie doet. Coördinatie, regie, organisatie wordt ook door het Zorginstituut beschouwd als zijnde inherent aan goede, multidisciplinaire zorg en in die zin onderdeel van de te verzekeren prestaties.
- Daarnaast is onduidelijk of een eerste bezoek om de zorg voor te bereiden en de indicatie te kunnen stellen/uitwerken altijd gedeclareerd kan worden – ook als het in het ziekenhuis of ELV of GRZ plaatsvindt.
- Zorg na overlijden kan alleen gedeclareerd worden op de dag van overlijden. Een gesprek met nabestaande op de volgende dagen niet meer.
- Soms wordt door de cliënt ook gevraagd om even een paar kleine handelingen te verrichten, soms nodig voor het voortgang van het zorgproces, zoals een gebruiksartikel schoon maken, gordijnen open doen, bed opmaken/-schudden of een andere kleine handeling. Dat mag nu niet gedeclareerd worden.

Oplossingsrichting

Bij de overgang naar week/maand/jaartarieven is de exacte afbakening niet meer relevant. Het gaat er dan om of de zorg voor die cliënt, inclusief bijkomende coördinatie en overdracht, voor het bedrag per week/maand/jaar goed wordt geleverd.

In feite wordt dan overgegaan van *directe contacttijd* naar *cliëntgebonden tijd*: coördinatie van zorg (contact met huisarts, sociaal wijkteam, multidisciplinair overleg, e.d.) vanuit kantoor, het bijwerken van een zorgdossier of het maken van afspraken voor de zorg thuis als cliënt nog in

Onderwerp	administratieve lasten wijkverpleging
Datum	7 februari 2018
Blad	5/11

ziekenhuis/GRZ/ELV ligt en zorg na overlijden vallen dan gewoon onder de zorg. Ook reistijd valt er dan onder.

Onderwerp	administratieve lasten wijkverpleging
Datum	7 februari 2018
Blad	6/11

2) Kan de aanvraag van machtigingen en verwijzingen simpeler?

Diverse problemen

- a) Voor zorg thuis zijn diverse hulpmiddelen soms een voorwaarde om de zorg te kunnen leveren; anders kan bijv. de cliënt in het ziekenhuis/ GRZ niet naar huis. Denk aan hoog/laag bedden, rolstoelen, antidecubitusmatrassen, e.d.. Het aanvragen gaat traag en is lastig/bureaucratisch, ook omdat iedere zorgverzekeraar een ander machtigingsformulier hanteert, met andere vragen en andere arbo-aspecten. Met gevolg dat cliënt langer in ziekenhuis verblijft dan nodig. En ook gemeenten hierin hun geheel eigen beleid mogen bepalen.
- b) Dit speelt eveneens en in wisselende mate bij hulpmiddelen en woningaanpassingen die nodig zijn en bij de gemeenten aangevraagd moeten worden.
- c) Ook uitvoeringsverzoeken voor risicovolle handelingen zijn erg bureaucratisch geregeld. De termijn waarop de huisarts dit voor de wijkverpleging mag doen is nu vaak vastgesteld, bijv. 3 maanden. Bij een kleine overschrijding van termijn is nu een nieuw verzoek nodig.
- d) Ook wordt er erg formeel omgegaan met data (via verwijzingsapplicatie). Als op vrijdagmiddag gevraagd wordt om de zorg thuis over te nemen en de verwijzing wordt die week erop pas getekend zijn enkele dagen niet declareerbaar.

Oplossingsrichtingen

- a) Een oplossing is standaardisatie door één landelijk machtigingsformulier en één snelle procedure voor afwikkeling. Dit vraagt uitwerking met de zorgverzekeraars.
- b) Gemeenten zullen burgervriendelijker en sneller moeten kunnen reageren op verzoeken die bewoners aangaan die bijv. uit ziekenhuis komen.
- c) Met betrekking tot uitvoeringsverzoek risicovolle handelingen is de oplossing de beoordeling van de termijn/duur aan de huisarts te laten.
- d) Achteraf goedkeuren moet (binnen zekere grenzen) gehonoreerd worden.

Onderwerp	administratieve lasten wijkverpleging
Datum	7 februari 2018
Blad	7/11

3) Overgang naar Wlz (ihb VPT/MPT) en wijkverpleging

Problemen

- a) De overgang kent geen duidelijk afwegingskader. Dit lijkt nu erg subjectief: rol mantelzorg, aantal keer zorg per dag (meer dan 4?), een grote behoefte aan ADL zorg (meer dan 1,5 uur/dag?), wel/geen ziekte-inzicht bij cliënt en/of de vraag of toezicht nodig is/ wilsbekwaam zijn/ kunnen overzien? Deze onduidelijkheid geeft verwarring.
- b) Financiële prikkels belemmeren een zorginhoudelijke afweging. De eigen bijdrage in de Wlz prikkelt om zo lang mogelijk de Wlz indicatie uit te stellen
- c) Zorgval: een Wlz indicatie met zorg thuis (VPT, MPT, PGB) leidt vaak tot minder zorg.
- d) Risico op samenloop van zorg: soms is er al wel een Wlz-indicatie, maar weet de zorgorganisatie en zorgverlener dit niet waardoor er samenloop is van zorg of zorg bij de verkeerde inkoper wordt gedeclareerd.
- e) Deze situatie leidt bij de wijkverpleging tot ervaren administratieve druk: zorginhoudelijke afwegingen stroken niet met de feitelijke zorgsituatie/zorgbehoefte.
- f) Effect is bijvoorbeeld dat door WLZ-indicatie het specifiek casemanagement (-dementie) al gestopt moet worden.

Oplossingsrichting

Dit is een beleidsmatig vraagstuk waar landelijk over gesproken wordt. Er is een duidelijker landelijk kader nodig wanneer sprake is van Wlz zorg. Daarbij ook de vraag of het MPT (en VPT thuis) nog wel behoort tot de Wlz zorg.

Daarbij moet ook duidelijker zijn wanneer een indicatie verzilverd wordt/ kan worden. Nu blijken veel mensen al Wlz zorg te hebben en tegelijk te wachten op opname, terwijl de wijkverpleging nog doorloopt. Een van de mogelijke oplossingen is de feitelijke (woon)situatie tot grens te nemen: pas bij feitelijke (definitieve) 'opname' in de WLZ-setting geldt dat kader.

Zie ook de [brief van VWS](#) van 29 januari 2018.

Onderwerp	administratieve lasten wijkverpleging
Datum	7 februari 2018
Blad	8/11

4) Richtlijnen moeten weer richtlijnen worden

a) Kan risico-signalering worden verminderd?

Probleem

Veel zorgaanbieders voegen standaard (risico-) checklijsten toe aan elk zorgdossier (ongeacht zorgzwaarte of relevantie voor de klant). Dit zorgt voor meer administratie. Daarbij is de vraag of het daadwerkelijk de kwaliteit en veiligheid dient, omdat verpleegkundigen en verzorgenden niet aangesproken worden op hun vermogen om de feitelijke risico's die een cliënt loopt te signaleren, maar deze lijsten standaard toepassen.

Achtergrond

Waar komt dit vandaan? Het komt voort uit de indicatoren in het oude Kwaliteitskader Verantwoorde zorg Thuis: In dit [kwaliteitskader](#) staan indicatoren over risicosignalering. Zo wordt gevraagd naar het percentage cliënten bij wie uit het zorgleefplan blijkt dat een risicosignalering is gedaan voor huidletsel, ondervoeding/ overgewicht, vallen, problemen medicatiegebruik, depressie en incontinentie. Daarbij moest voor de Inspectie aantoonbaar gemaakt worden dat er aan risicosignalering wordt gedaan. Zie ook [blog](#) hierover.

Daarbij wordt ook genoemd dat op deze wijze de wijkverpleging zich indekt voor cliënten die sneller dan voorheen in de klachtenmodus staan en daarbij de media opzoeken.

Oplossingsrichting

Risicosignalering moet niet als een verplicht afvinklijstje worden neergezet; de checklijsten voor risicosignalering zijn ondersteunend bedoeld voor de eigen risico-analyse. Van belang is dat risicosignalering plaatsvindt bij de anamnese en dat dit vastgelegd wordt in het zorgplan. Risicosignalering is een continu element van professionele zorgverlening. Ook bij elke evaluatie zal dit opnieuw meegenomen moeten worden.

Zie ook [notitie werkgroep administratieve lasten wijkverpleging](#).

b) Uitgebreidheid indicatie/zorgplan nodig?

Probleem

Ook voor zeer kortlopende zorg – bijv. 4x AIV of paar keer wondverzorging – moet een uitgebreide indicatie worden doorlopen met zorgplan en handtekening. De tijdsbesteding aan indicatie, zorgplan, e.d. is dan ruim meer dan de tijdsbesteding aan de zorg zelf.

Of er wordt een keer beroep gedaan op de wijkverpleging i.v.m. ongeplande zorg: is dan ook een heel zorgplan nodig?

Oplossingsrichting

Is het mogelijk voor kortdurende zorg met een lightversie te werken van het zorgplan; enkel het benoemen wat nodig is. Van de professional mag worden verwacht dat als er toch meer aan de hand is, hij/zij vanuit de eigen kennis en ervaring dit oppakt en samen met de cliënt bespreekt en vastlegt (vergelijk huisartsenzorg waar 'episodisch' gewerkt wordt).

c) Focus op procesverbetering in plaats van harde normering

Onderwerp	administratieve lasten wijkverpleging
Datum	7 februari 2018
Blad	9/11

Meer in het algemeen: Normerende documenten moeten proces-verbeterend hulpmiddel zijn en niet proces-verlammend ingezet worden. Het is belangrijk dat er aan de regio ruimte geboden wordt om -in die omstandigheden en in samenwerking met die partners aldaar- best passende netwerkzorg te organiseren (veelal over domeinen WMO-ZVW-WLZ heen).

Al dan niet 'per doelroep' georganiseerd, echter rekening houdend met het feit dat met de dubbele vergrijzing het samenvallen van diverse problematiek steeds dominanter wordt. Het best passende individuele maatwerk is uiteindelijk het hoofddoel en de meest duurzame oplossing!

Oplossing is dan ook om te voorkomen dat 'per aandoening' aparte circuits van registratie en verantwoording opgezet worden; zorg voor het zoveel mogelijk stroomlijnen van (alleen de echt noodzakelijke) samenhangende informatie-uitvraag.

Onderwerp	administratieve lasten wijkverpleging
Datum	7 februari 2018
Blad	10/11

5) Materiele controles

Probleem

Materiele controles leiden tot veel discussies tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder over wat vastgelegd moet worden om aan te kunnen tonen dat gepaste zorg is geleverd. Hierin komen allerlei zaken terug, zoals de minutenregistratie (indien nog van toepassing), wel/geen handtekening van de cliënt zelf onder zorgplan, het goed toepassen van de richtlijnen van de V&VN, e.d.. Het vormt daarmee indirect een belangrijke bron van administratieve lasten.

De vraag is in toenemende mate of deze vorm van controle wel de juiste is:

- o het leidt tot nog stringenter registratiebeleid op die onderdelen waarop wordt gecontroleerd
- o het leidt tot financiële onzekerheid, omdat tot vijf jaar terug gecontroleerd kan worden op 'huidige' criteria.

Moet voor elke wijziging in het zorgplan een handtekening worden gezet?

Probleem

Er is onduidelijkheid over de vraag of na elke minieme wijziging opnieuw een handtekening moet worden gezet.

- o In de praktijk worden zeer regelmatig allerlei werkafspraken over de precieze uitvoering van het zorgplan aangepast (zie in de algemene voorwaarden de bijzondere module wijkverpleging). De vraag is dan of voor elke kleine aanpassing een handtekening gevraagd moet worden? In de praktijk wordt dit vaak gedaan, om te voorkomen dat er achteraf ruis ontstaat; of richting de cliënt, maar mogelijk ook richting de zorgverzekeraar in het kader van de verantwoording/ materiële controle.
- o Daarnaast is een probleem dat zorgverzekeraars een nieuwe handtekening vragen onder het zorgplan als de zorg meer dan 5% of 10% in tijd per week afwijkt van het zorgplan. Deze grens is laag en bij instabiele cliënten waar de zorg sterk wisselt (PTZ, longziekte) niet te hanteren.

Achtergrond

De algemene voorwaarden van ActiZ – een lidmaatschapseis voor leden van ActiZ - zegt daarover het volgende (pag. 10):

Hoe vaak wordt het zorgplan aangepast?

Binnen uiterlijk zes weken na aanvang van de zorg- en dienstverleningsovereenkomst wordt het zorgplan opgesteld. Vervolgens wordt het zorgplan regelmatig geëvalueerd. Na een evaluatie zullen wij er steeds binnen uiterlijk zes weken voor zorgen dat de uitkomsten in het zorgplan worden opgenomen. U krijgt een kopie van het zorgplan ~~en ondertekent het dan binnen twee weken.~~

Moet u het eens zijn met het zorgplan?

Wij proberen overeenstemming met u te bereiken over het zorgplan. Als dat toch niet lukt of als u geen toestemming geeft voor (delen van) onze zorg- en/of dienstverlening, wordt dat in het zorgplan vermeld.

Die onderdelen worden niet uitgevoerd, tenzij dat noodzakelijk is om gevaar voor u of anderen af te wenden. ~~U ondertekent het zorgplan vervolgens.~~

Oplossingsrichting

De bedoeling van de bepaling in de algemene voorwaarden is dat afspraken over de zorg na een formele evaluatie ook adequaat worden vastgelegd en bekrachtigd. Het gaat dan niet om detailwerkafspraken, die regelmatig (kunnen) wijzigen. De toepassing van deze bepaling uit de algemene voorwaarden is (mogelijk door materiële controles) te veel harde regel geworden, waarbij de bedoeling uit het zicht is verdwenen.

- o Gelet op de verkeerde interpretatie / het verkeerde gebruik van deze bepaling uit de algemene voorwaarden is besloten de vereiste van handtekening uit de algemene voorwaarden te schrappen. Zie de doorgestreepte tekst in het tekstblok hierboven. De herziene versie van de Algemene Voorwaarden verschijnt in het voorjaar van 2018.
In de praktijk blijft uiteraard van belang dat echte herzieningen van het zorgplan na formele evaluatie ook bekrachtigd worden door een handtekening. Maar als kwaliteitskenmerk en niet meer als formele eis voor rechtmatige zorg.
- o De oplossing voor de contractbepaling van zorgverzekeraars kan zijn dat zij vragen naar een handtekening na een formele evaluatie, die regelmatig plaats vindt (in de praktijk minimaal elk half jaar of vaker indien nodig). Daarbij ligt het vraagstuk of er vaak genoeg wordt geëvalueerd bij de professional waar uiteindelijk de IGJ op toeziet.

Onderwerp	administratieve lasten wijkverpleging
Datum	7 februari 2018
Blad	11/11

Oplossingsrichting

Het afschaffen van allerlei regels die nu onderdeel vormen van de criteria waarop wordt gecontroleerd helpt al om de last van materiële controles te verminderen. Nog beter zijn goede afspraken en monitoring daarvan aan de voorkant in plaats van de controles tot vijf jaar naar afloop achteraf.