



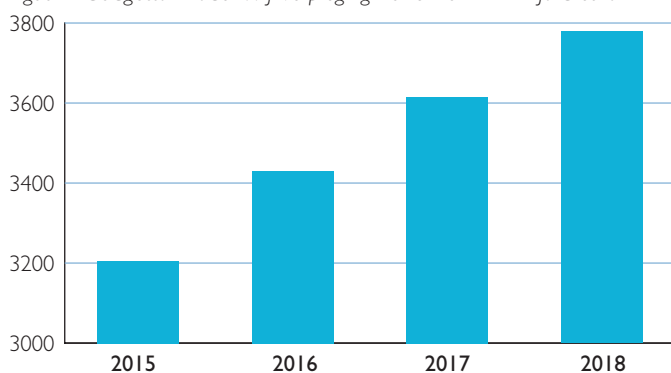
Hoofdpijnenakkoorden en macrobudgetten



Het demissionaire kabinet Rutte II heeft een beleidsarme begroting gepresenteerd. De daadwerkelijke invulling wordt door een regeerakkoord mogelijk herzien. Eerder in het jaar is er een bestuurlijk akkoord overeengekomen voor de wijkverpleging, die als basis heeft gediend voor de rijksbegroting. Wat valt daaruit af te leiden en welk beleid gaan de grootste vier verzekeraars voeren?

De macrobudgetten 2018 voor de wijkverpleging zijn uiteengezet in het bestuurlijk akkoord 'bouwen aan kwaliteit'. In 2018 is circa € 163 miljoen extra beschikbaar voor de wijkverpleging. De macrobudgetten worden evenals die voor huisartsenzorg vastgesteld op basis van prognoses over de ontwikkeling van de zorgvraag en vaststelling van zorgkosten. Deze worden afgezet tegen de algemene economische ontwikkeling en de inkomensontwikkeling, inclusief indexering van prijzen en lonen.

Figuur 1: budgettair kader Wijkverpleging 2015-2017 in miljard euro



Voor de wijkverpleging resulteert dit alles in het voor 2018 beschikbaar stellen van een kader van € 3.748 miljoen¹ + € 30 miljoen substitutie. De groei ruimte voor de wijkverpleging is hiermee circa € 163 miljoen, exclusief de substitutiemiddelen. Van de groei ruimte bestaat 97 miljoen euro uit medisch-specialistische verpleging thuis, die wordt overgeheveld van het budget voor ziekenhuizen naar de wijkverpleging. In het bestuurlijk akkoord is opgenomen dat als het volume gelijk blijft (er wordt verdere groei van volume verwacht), een aantal kostprijsverhogende ontwikkelingen niet opgevangen kan worden binnen het budgettaire kader 2018. Een citaat uit het bestuurlijk akkoord:

'Het streven naar doelmatigheid bijvoorbeeld door druk op de personeelsmix mag niet leiden tot vershraling van de zorg. Verzekeraars en aanbieders maken afspraken over de inzet van de juiste zorg op de juiste plek, met passende deskundigheid en een passend tarief. Zodat voldaan wordt aan de zorgplicht en er geen vershraling van de wijkverpleegkundige zorg ontstaat'.

Substitutie

Het streven is om zorg te substitueren en zo dicht mogelijk bij huis te leveren. Bijvoorbeeld om de zorg op de spoedeisende hulp en ELV te ontlasten. Dit betekent voor de wijkverpleging, net als voor de huisartsenzorg, een toename van de zorgvraag. Hiertoe wordt in dit akkoord (structureel) een bedrag van € 30 miljoen toegevoegd aan het makro kader wijkverpleging. Zorgverzekeraars zullen zich moeten inzetten om hier lokaal en regionaal afspraken over te maken en de beschikbare ruimte hiervoor optimaal te benutten.

Zorgkostenplafond

De inkoop van wijkverpleging kent een vast jaarlijks ritueel. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders sluiten in het najaar een contract voor het komende jaar over hoeveel zorg er mag worden geleverd – het zogeheten zorgkostenplafond – en tegen welke prijs. Gedurende het jaar blijkt of de zorg binnen dit plafond kan worden uitgevoerd. Vaak is dit niet het geval. Vervolgens ontstaat een ingewikkeld spel met de zorgverzekeraars. Er zijn vele onderhandelingsrondes nodig om de rekening voor de extra zorg (deels) betaald te krijgen. Daarbij wordt steeds maar een klein stukje van de taart verdeeld, met als gevolg dat zorgaanbieders een cliëntenstop moeten overwegen. In sommige gevallen krijgen zij de rekening gewoon niet betaald.

Tarieven

De huidige tarieven zijn niet kostendekkend door de druk van de zorgverzekeraars. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt per jaar per prestatie (zoals persoonlijke verzorging en verpleging) een maximum vast. Deze tarieven zijn in het verleden gebaseerd op kostprijs tarieven. Door de druk van de zorgverzekeraars ontvangt niemand meer het maximale tarief (zie figuur 2) en worden zorgaanbieders gedwongen om onder kostprijs te werken. Op korte termijn levert dit misschien voor de verzekeraars voordeel op, maar juist de duurzame inhoudelijke prikkel om kwalitatief en doelmatig met een juiste mix van goed opgeleide HBO en MBO opgeleide (wijk-) verpleegkundigen en verzorgenden te kunnen anticiperen op de steeds complexer wordende thuissituatie, wordt hier onvoldoende in meegenomen. Hierdoor bestaat het risico dat



(2): de consequenties voor wijkverpleging



Dit wordt echter nog sterker benadrukt door het landelijk onderzoek van PricewaterhouseCoopers (PwC) uit 2017. Dit laat zien dat de NZa-tarieven van 2016 al onder kostprijs liggen. Zoals uit figuur 2 blijkt, gaat daar nog eens een behoorlijk percentage vanaf. Daarnaast hebben verschillende zorgaanbieders wijkverpleging vraagstukken rond de financiering van randvoorwaarden voor goede wijkverpleging. Dit betreft onder meer het ‘wijkgericht werken’ (de oude S1: verbinding met gemeente), 24/7 oproep-onplanbare zorg, het toerusten van (wijk)verpleegkundigen en verzorgenden voor de steeds complexer wordende zorg thuis, nieuwe en oude zorginfrastructuur, dure gespecialiseerde hoog complexe verpleging (MSVT) en potentiële ‘dure’ cliënten met een ‘WLZ profiel’ (Wet Langdurige Zorg) die ervoor kiezen om in de Zorgverzekeringswet (Zvw) te blijven.

Verzekeraars over inkoop wijkverpleging

Op basis van deze inleiding over de wijkverpleging zijn vier vragen voorgelegd aan de vier grote zorgverzekeraars. VGZ heeft helaas niet gereageerd, daarom is voor deze verzekeraar op basis van het zorginkoopbeleid een inschatting gemaakt door de redactie.

VRAAG 1

Er is voor substitutie vanuit ziekenhuizen structureel € 30 miljoen overgeheveld. Hoe kunnen aanbieders van wijkverpleging hier een beroep op doen?

ANTWOORDEN VERZEKERAARS

Zilveren Kruis: Zilveren Kruis maakt graag substitutie-afspraken met aanbieders van wijkverpleging. Een voorwaarde is dat budget van een ziekenhuis kan worden overgeheveld naar de wijkverpleging om te voorkomen dat we dubbele zorgkosten betalen.

Menzis: Op dezelfde manier als huisartsen en samenwerkingsverbanden. Het gaat er altijd om dat we beginnen met de inhoud van de zorg denkend vanuit de klant: welk probleem van de klant lost dit op? Dan bekijken wat de financiële gevolgen daarvan zijn en gaan wij met partijen in gesprek om het geld ook de zorg te laten volgen.

CZ: CZ werkt niet vanuit ‘de landelijke VWS-begroting’, maar vanuit onderbouwde inschattingen van de zorgbehoefte van verzekerden. Daarbij heeft substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn een belangrijke positie in het vergroten van de

het aantal uren alleen maar zal groeien, waardoor de kosten per cliënt stijgen. In 2017 worden met steeds meer zorgverzekeraars integrale tarieven (alle prestaties samen) per uur afgesproken. Ook hierin ontstaat een spanningsveld omdat er nauwelijks gekeken wordt of een zorgaanbieder de zorg efficiënt en doelmatig heeft ingeregeld en of deze binnen het afgesproken zorgkostenplafond kan blijven.

Figuur 2: Gecontracteerde tarieven reguliere prestaties wijkverpleging

	Minimum	Maximum	NZa maximum tarief	Bandbreedte t.o.v. NZa-tarief
Persoonlijke verzorging	€ 43,92	€ 51,12	€ 55,33	82-96 %
Oproepbare verzorging	€ 45,12	€ 53,00	€ 57,13	79-93 %
Verpleging	€ 55,20	€ 77,96	€ 78,95	70-99 %
Oproepbare verpleging	€ 55,20	€ 82,08	€ 84,56	65-97 %
Gespecialiseerde verpleging	€ 58,80	€ 83,00	€ 85,49	69-97 %
AIV	€ 58,80	€ 75,00	€ 78,95	75-95 %

Bron: Monitor contractering wijkverpleging mei 2017 NZa



effectiviteit van de premiegelden die CZ namens de verzekeren beheert. Dat is al zo in onze huidige praktijk en zal op basis van landelijke substitutieafspraken alleen maar meer aandacht krijgen, ook van de zorgaanbieders. Ons beleid hieromtrent is terug te lezen in onze beleidsvisie 'Ouderenzorg, nu en in de toekomst'. Aanbieders die goede ideeën hebben over het verplaatsen van zorg naar de eerste lijn stimuleren wij om hiermee aan de slag te gaan. Uiteraard toetsen wij wel de haalbaarheid en de effectiviteit van de voorstellen.

VGZ: Het woord substitutie komt in het zorginkoopbeleid wijkverpleging van VGZ niet voor.



CONCLUSIE

Op basis van het zorginkoopbeleid is niet te voorzien of en op welke wijze substitutie vanuit de ziekenhuizen naar de wijkverpleging zal worden gerealiseerd. Daarom is het dringend advies aan alle wijkverpleegkundige organisaties om met concrete 'best practice' plannen naar de zorgverzekeraars te stappen. De NZa zal als marktmeester de ontwikkeling willen monitoren en verslag uitbrengen naar partijen van de gerealiseerde projecten.

VRAAG 2

Hoe wordt de Medisch Specialistische Verzorging Thuis (MSVT) geborgd in 2018? Wie gaat deze inkopen als deze niet wordt overgedragen aan de huisarts en de specialist eindverantwoordelijk blijft? Het ziekenhuis of....?

Zilveren Kruis: Vanaf 2018 komt de prestatie MSVT te vervallen. Aanbieders van MSVT kunnen de betreffende zorg declareren onder de prestaties voor verpleging en verzorging.

Menzis: Dit is momenteel onderwerp van gesprek.

CZ: CZ contracteert de MSVT net als voorheen direct bij de thuiszorgaanbieders. Het verschil met 2017 is dat de MSVT niet meer als aparte prestatie wordt geregistreerd. Dit is een inhoudelijk logische stap en verkleint de administratieve lasten voor cliënt en zorgverleners. We merken wel op dat er een beweging gaande is waarbij delen van de behandeling (uit de DOT) thuis worden geleverd, zoals peritoneale dialyse. Wanneer de medisch specialist aangeeft de zorg niet over te dragen naar de eerste lijn en de verantwoordelijkheid houdt over de uitvoering ervan, dan blijft deze onderdeel van de medisch-specialistische zorg. Bekostiging loopt dan via het ziekenhuis (DOT-financiering) en die kan via een zogenaamde WDS-constructie andere partijen inschakelen.

VGZ: Bij VGZ is MSVT per 2018 een integraal onderdeel van de inkoop wijkverpleging. Zij continueren de selectieve inkoop van 2017.

CONCLUSIE

Het is een feit dat medisch-specialistische verpleging verdwijnt als aparte prestatie. Het is echter zeker niet zo dat daarmee alle onduidelijkheid uit de wereld is. Wat indien de medisch specialist de eindverantwoordelijkheid niet kan of wil overdragen aan de huisarts? Welke registratie en declaratie moet dan gevolgd worden? Hierover moet snel duidelijkheid komen om ervoor te zorgen dat wijkverpleegkundige organisaties niet onnodig worden belast met nieuwe complexe administratieve handelingen.

VRAAG 3

Over de continuïteit van infrastructurele voorzieningen voor niet planbare zorg en nachtzorg zijn beleidsvoornemens gemaakt. Op welke wijze gaan zorgverzekeraars dit vormgeven/borgen?

Zilveren Kruis: Zilveren Kruis experimenteert in 2018 met het organiseren van de regionale beschikbaarheidsfunctie. We zijn daarover in gesprek met coöperatie Thuis & Veilig. Dit geldt voor één of een beperkt aantal regio's. Voor de overige regio's kopen wij in 2018 de regionale beschikbaarheidsfunctie in bij de aanbieders die hiervoor in 2017 zijn gecontracteerd.

Menzis: Meerdere partijen hebben hiervoor een voorstel bij ons ingediend waarover we met hen in gesprek zijn. Daarnaast is het inderdaad zeker belangrijk om bestaande (met name beschikbaarheids-)voorzieningen te bundelen.

CZ: CZ vindt het belangrijk dat partijen in de regio samenwerken voor het borgen van de niet planbare zorg en nachtzorg. Er is geen sprake meer van contractering via





representatie. Dat brengt het risico met zich mee dat zorgverzekeraars de functie bij verschillende partijen inkopen en dat verschillende aanbieders beschikbaarheidsfuncties gaan leveren. Sinds afgelopen jaar kiezen wij er daarom voor om elke aanbieder een tariefsopslag te betalen voor het organiseren van de niet planbare zorg en nachtzorg en vragen wij hen zelf om per regio de middelen te combineren om zo de doelmatigheid te borgen. Inmiddels is een aantal thuiszorgpartijen het initiatief Thuis en Veilig gestart, dat een oplossing zou kunnen betekenen voor dit probleem. Wij zijn daar dan ook – generiek gesproken – redelijk positief over, mits de regionale context hiervoor geschikt is. De aansluiting met de HAP-spoedzorg is momenteel nog niet ingeregeld (ook niet in Thuis en Veilig). Wat CZ betreft is dit wel een noodzaak voor de nabije toekomst.

VGZ: VGZ meldt in haar inkoopbeleid: 'Per 2017 zijn we gestart met het belonen van doelmatige zorglevering door middel van gedifferentieerde zorginkoop. Voor 2018 zetten we dit beleid voort en verfijnen het op onderdelen. Ons uitgangspunt daarbij is dat onze verzekerden bij dezelfde zorgaanbieder kunnen blijven. Zo borgen we de continuïteit van zorg.'

CONCLUSIE

Ten aanzien van de infrastructurele voorzieningen kan een eerste voorzichtige conclusie getrokken worden dat zorgverzekeraars het belangrijk vinden dat dit wordt vormgegeven vanuit de regionale context en het initiatief vanuit 'Thuis en Veilig' voor de nabije toekomst verder wil onderzoeken. Vrijwel nergens wordt de samenhang met de module Organisatie & Infrastructuur gelegd (CZ noemt de spoedposten) en het is dan ook de vraag of er voldoende interne afstemming en integrale zorginkoop aan de orde is, die nodig is om eerstelijnszorg, curatieve zorg en sociaal domein op elkaar af te stemmen.

VRAAG 4

Hoe gaan zorgverzekeraars het 'wijkgericht werken' (S1) borgen in 2018?



Zilveren Kruis: Samen met de gemeenten hebben we het inkoopkader Wijkgericht werken 2018 bepaald. Wijkgericht werken levert een zichtbaar effectief lokaal netwerk per wijk op. De middelen worden ingezet voor het organiseren van een lokaal netwerk. Dit netwerk faciliteert de wijkverpleegkundige om samen te werken, contact te onderhouden en afstemming te zoeken met partners in het medische en sociale domein; kwetsbare personen eerder in beeld te krijgen en daarmee sneller de juiste zorg te geven en Zorg (Zvw) en ondersteuning (Wmo) te leveren uit het juiste domein. We kopen de zorg in bij gemeenten in de kernregio's van Zilveren Kruis die hebben ingestemd met de kaders voor wijkgericht werken.

Menzis: Menzis heeft altijd als mening gehad dat wijkgericht werken onderdeel is van het wijkverpleegkundig handelen en dat onderscheid tussen S1 en S2 kunstmatig is en niet conform de praktijk. Dat beleid zetten we ook komend jaar voort (zie ook ons inkoopbeleid).

CZ: Op dezelfde wijze waarop wij dat het afgelopen jaar hebben gedaan. CZ stelt in elke regio geld beschikbaar (oude S1-budget naar rato van marktaandeel) voor preventie in de wijk. We spreken hiervoor met zorgaanbieders concrete plannen en bijbehorende doelen af, meten achteraf de resultaten en sturen dan eventueel in bij. Onze insteek is om de afspraken meerjarig te laten zijn, zodat er tijd is om in de regio een goed netwerk op te bouwen en te investeren in kwaliteit.

VGZ: Ten aanzien van de niet toewijsbare zorg (voormalige S1) is VGZ van mening dat iedere wijkverpleegkundige ruimte moet hebben om wijkgerichte taken (zoals preventie) en de verbinding met het sociale domein op te pakken. Vanaf 2018 wordt het beschikbare budget hiervoor verwerkt als een tariefsopslag bij alle gecontracteerde aanbieders.

CONCLUSIE

De zorgverzekeraars zullen de gelden voor wijkgericht werken ook in 2018 beschikbaar stellen, zodat zorgaanbieders wijkverpleging kunnen doorgaan op de ingeslagen weg. Iedere zorgverzekeraar heeft uitgangspunten en een kader voor wijkgericht werken opgesteld. De praktijk zal uitwijzen of dit leidt tot het kunnen continueren van de opgebouwde samenwerking om voor de burger de juiste ondersteuning, op het juiste tijdstip vanuit het juiste domein te kunnen inzetten.

Tot slot

Hoewel er niet specifiek naar gevraagd is, is het van belang om voor afstemming met inkoop van palliatieve zorg, dementiezorg, complexe wondzorg en eerstelijnsverblijf te zorgen. Dit zijn cruciale aspecten van goede integrale zorg thuis. In samenhang wijkverpleging inkopen voor 2018 om een kwalitatief goed geïntegreerd wijkverpleegkundig beleid te realiseren, dat wordt de opgave. De Eerstelijns zal de uitkomsten van contractering in de praktijk en de samenhang met andere zorgsoorten en het sociaal domein in de komende periode blijven monitoren. <<

Tekst:

Herald Oldejans en Marcel de Groot, ZZG Zorggroep

Foto's: Thinkstock

I Als er extra geld beschikbaar wordt gesteld voor wijkverpleging in het nieuwe regeerakkoord zal hierover met de partijen van het akkoord op bestuurlijk niveau verder worden gesproken.