

Wijkverpleegkundige zelfstandig bevoegd in

De AWBZ verdwijnt en wordt opgesplitst in de Wet Langdurige Zorg, Zorgverzekeringswet en Wmo. Dit heeft ook consequenties voor de wijkverpleegkundige zorg. De Eerstelijns analyseert de effecten hiervan op de eerstelijnszorg in 2015 en 2016. En geeft een overzicht van maatregelen die noodzakelijk zijn om de nieuwe rol van de wijkverpleegkundige tot een succes te maken.

Het doel van de wetswijzigingen, waarbij de AWBZ verdwijnt en wordt opgesplitst in de Wet Langdurige Zorg (WLZ), Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet Maatschappelijke ondersteuning (Wmo), is om de kwaliteit en samenhang van de zorg te verbeteren, de toegankelijkheid te garanderen en doelmatigheid te stimuleren. De transitie komt visueel tot uitdrukking in onderstaand schema.

Eén van de nieuwe rollen van de wijkverpleegkundige is dat ze de verbinding maakt en een schakelfunctie heeft tussen

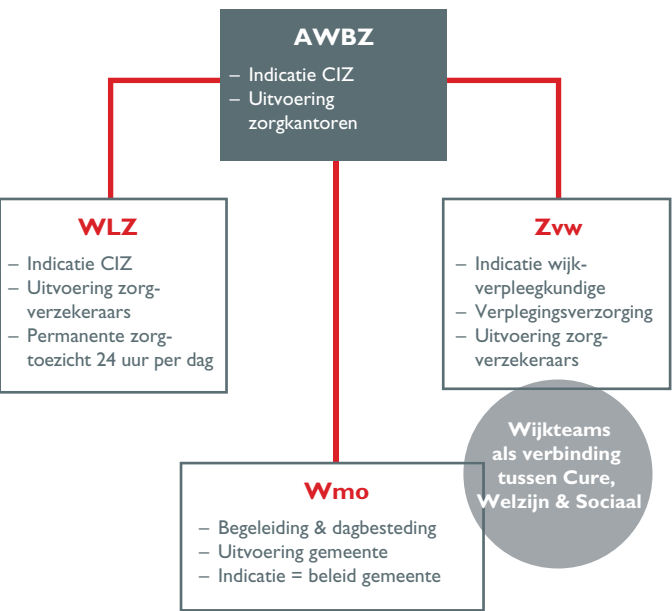
de verschillende domeinen: medisch-, zorg-, sociale en welzijnsdomein. In de Zvw krijgt de wijkverpleegkundige een zelfstandig bevoegde en onafhankelijke functie naast de huisarts. De bekostiging van de wijkverpleegkundige verandert per 2015 en 2016 en kent net als de huisarts een ‘segmentenmodel’.

Collectief

Segment 1 richt zich op het collectief in een wijk. Vooral “zwakkere” wijken met een lage sociaal-economische status (SES), veel kwetsbare ouderen of chronisch zieken, kunnen op extra wijkverpleegkundige beschikbaarheid en toezicht rekenen. Ongerekend is er gemiddeld drie euro per burger in Nederland beschikbaar, maar naar verwachting zal de wijkverpleegkundige beschikbaarheid binnen de 43 Wmo-regio’s gericht verdeeld worden waardoor “achterstandswijken” op een hogere inzet kunnen rekenen, dan de “betere wijken”. Binnen één Wmo-regio is er één zorgverzekeraar (zogenoemde representatiemodel) die verantwoordelijk is voor de inkoop van deze “niet-toewijsbare zorg”, in nauwe afstemming met de gemeenten. Dit blijft zo, ook in 2016.

Individueel

Segment 2 richt zich op de individuele verzekerde. De wijkverpleegkundige indiceert als zelfstandige professional op basis van het normenkader van V&VN zelf en stelt samen met de patiënt een individueel zorgplan (IZP) op. Op basis daarvan krijgt de patiënt een bekostiging in natura via een zorg-



Zelfstandig indiceren en individueel zorgplan opstellen

De wijkverpleegkundige als zelfstandige professional, die op basis van eigen inzichten en richtlijnen zelf mag indiceren en samen met de patiënt een individueel zorgplan mag opstellen, is de grootste winst van deze nieuwe wet- en regelgeving. Deze zorg komt bovendien niet ten laste van het eigen risico van de patiënt in 2015. Daarnaast is er ruimte om de zogenoemde “niet-toewijsbare zorg” wijkgericht te mogen verrichten, hoewel over de procentuele verdeling van deze segmenten S1 (de niet-toewijsbare zorg) en S2 (de toewijsbare zorg) net als bij de huisartsen wel hardere afspraken mogen worden gemaakt.

nieuw systeem

aanbieder of in pgb. Behalve bij meer dan drie maanden terminale palliatieve zorg of intensieve kindzorg, want dan is een verwijzing van een huisarts of medisch specialist en een machtiging van de zorgverzekeraar nodig. De verpleegkundige kent in 2015 een maximum integraal uurloontarief van 76,53 euro. Onder S2 vallen de functies (gespecialiseerde) verpleging, verzorging, medisch-specialistische verpleging in thuissituatie en advies, instructie en voorlichting. Segment 3 is nog niet opgenomen. Deze is later toe te voegen als er ervaring is met de nieuwe bekostiging, en als er eenduidigheid is over prikkels om bepaalde prestaties te stimuleren of belonen en om innovaties te bevorderen. Bijvoorbeeld e-health en domotica, zelfmanagementinterventies, of af te spreken resultaten (*outcomes*), bijvoorbeeld vijf procent minder ziekenhuisopnames ten gevolge van verkeerd medicatiegebruik.



De wijkverpleegkundige heeft een schakelfunctie tussen de verschillende domeinen. (Foto: Studio Oostrum)

	SI	S2	S3
WIJKVERPLEGING 2015	NIET TOEWIJSBAAR WIJKGERICHTE ZORG	TOEPASBARE ZORG	PRESTATIES INNOVATIE
DOELGROEP	– Wijk, buurt – Wmo regio's met hoge zorgvraag – lage SES – 40 miljoen macro budget	– Individuele verzekerde – Beleidsregels NZA, macrobeheersinstrument – Beschikbaar 3 miljard	NOG TE ONTWIKKELEN
TAKEN	– Signaleren – Netwerk – Stimuleren / preventie	– Indiceren – Zorgverlenen – Coördinatie – Indiceren door wijkverpleegkundige niveau 5 op basis normenkader V&V	
INKOOP	– Door zorgverzekeraar op basis afspraken met gemeente – Gemeentebudget – Landelijk 10 miljoen – Vrije tarieven	– Door zorgverzekeraar op basis inkoopbeleid – Maximumtarieven – Artikel 13 wijkverpleging is keuzevrijheid patiënt – Geen eigen bijdrage directe toegankelijkheid	
OVERGANGS- REGLING 2015		– Bestaande indicatie wordt voortgezet door zelfde zorgaanbieder – Representatiemodel in 2015 – Bezuiniging in akkoord verplegingsverzorging 2014-2017 – Minimumeisen aan aanbieders	

Transitie

Een transitie geeft altijd een nieuwe context met onverwachte effecten. Juist vanwege de hoeveelheid veranderingen tegelijk, de samenhang met andere wet- en regelgeving en de chronologische afhankelijkheid. Vooruitkijkend hebben we de belangrijkste te verwachten effecten van de transitie op een rij gezet, aangevuld met maatregelen die naar onze mening noodzakelijk zijn om de nieuwe rol van de wijkverpleegkundige tot een succes te kunnen maken.

Landelijke effecten

I Niet-toewijsbare zorg

De bekostiging maakt onderdeel uit van het akkoord verpleging en verzorging. Aan dat akkoord zijn ook budgettaire consequenties verbonden. Na plussen en minnen resteert voor de niet-toewijs-

bare zorg 50 miljoen, waarvan 40 miljoen via de Zvw en 10 miljoen via het gemeentefonds. Dat is echter geen structureel budget en diende dit niet om de wijkverpleging met 50 miljoen te laten groeien? Vanaf 2016 dient het op de begroting te worden ingevuld, anders staat deze functie in S1 onder druk. Juist nu wijkteams in het sociale domein, jeugdzorg in gemeenten en ouderenzorgprogramma's worden ingericht, is het noodzakelijk om op een structurele bekostiging te kunnen rekenen, anders valt het systeem na één jaar al om. En komt de collectieve preventie onder druk.

Maatregelen: De verhouding tussen S1 en S2 vastleggen in langjarige bestuurlijke akkoorden of in wet- en regelgeving, waardoor partijen in zorg en welzijn structureel zicht hebben op bekostiging. De ex post-verrekening is noodzakelijk om de risico's van zorgverzekeraars te beperken, maar moet op termijn (per 2017) verdwijnen om het systeem goed te laten functioneren. VWS moet zorgverzekeraars aanspreken op adequate bevoorschotting als de ICT en declaratieproblemen niet zijn opgelost. Vrijwel elke sector kent deze transitieproblemen en het is wenselijk dat VWS zich proactief opstelt en niet afwacht tot de problemen zich openbaren.

2 Toewijsbare zorg

Voor de toewijsbare zorg in S2 is ruim drie miljard beschikbaar via de Zvw. Dat is ongeveer hetzelfde bedrag als in de afgelopen jaren, maar daar moet wel veel meer mee worden gedaan, omdat de extramuralisering van bijvoorbeeld ouderen (ZZP 1, 2, 3) niet echt worden gecompenseerd. Naar schatting bedraagt de bezuiniging hierdoor tussen de tien tot vijftien procent. Dat moet dus in ieder geval worden opgevangen. Zorgverzekeraars geven aan dat het akkoord verpleging en verzorging tot stand is gekomen met de afspraak dat de keuzevrijheid van de patiënt zou worden beperkt en de contracteervrijheid zou worden vergroot (artikel 13-discussie), maar bij de bespreking in de Tweede Kamer is voor de wijkverpleegkundige in de breedste zin de keuzevrijheid van de patiënt gewaarborgd. Dat beperkt de inkoopmacht van de zorgverzekeraars, die dan ook al hebben laten weten dat de daarmee beoogde bezuiniging van 400 miljoen euro in 2015 tot 600 miljoen euro in 2016 en verder onder druk staat. Dat is dertien tot twintig procent van het totale budget in S2. Als reactie is in het Eerstelijns akkoord het Macro Beheers Instrument (MBI) als correctiemechanisme opgenomen. Dat gaat dus ook in bij overschrijding van de drie miljard.

Ook het ontbreken van een adequate ex ante-vereveningssytematiek is volgens de zorgverzekeraars een probleem. Zij beschikken pas vanaf 1 juli 2014 over zorgkosteninformatie per patiënt. Dat is te kort om de ex ante-bekostiging over 2015 en waarschijnlijk 2016 goed te kunnen berekenen. Daarom is een ex post-verevening nodig, maar die dempt de optimale zorginkoop door zorgverzekeraars. Door het representatiemodel is de kans op budgettaire consequenties in 2015 beperkt en is de opbouw van zorgkosteninformatie in 2016 tot 2017 al zover dat de afbouw van ex post-risico naar verwachting kan worden afgebouwd. En zorgverzekeraars hebben voldoende buffers om de risico's op te kunnen vangen. De gehele wijkverpleegkundige zorg betreft slechts circa tien procent van hun zorgbudget.

Maatregelen: Vanwege het MBI dat ook van toepassing is, lopen zorgorganisaties het risico dat men in 2016 een correctie met terugwerkende kracht voor de kiezen krijgt. Dit stelt eisen aan het weerbaarheidsvermogen van de gecontracteerde organisaties en de organisaties zullen dit in de onderhandelingen 2015 al moeten incalculeren, terwijl zorgverzekeraars hierin in de eerstelijnszorg terughoudend zijn gebleken.

3 Integrale bekostiging

Een ander vraagstuk is dat de zorgverzekeraars de bekostiging van de wijkverpleging op moeten nemen in de integrale bekostiging. Dat laatste is sowieso al een klus, omdat het feitelijk een kanteling van de organisatiestructuur van de zorgverzekeraar betekent, maar met een nieuwe bekostiging levert dat nog extra implementatie- en transitieproblemen op. Zo zouden prestatie-indicatoren niet alleen voor de wijkverpleging moeten worden opgesteld en klanttevredenheidsmetingen niet alleen voor wijkverpleging, maar in multidisciplinaire samenhang moeten worden benaderd; bijvoorbeeld in samenhang met de huisartsenbekostiging die ook een S1- en S2-indeling kent. Dat geldt expliciet ook voor het IZP dat nu voor

chronische patiënten door huisartsenpraktijken wordt opgesteld, maar daarnaast dus onafhankelijk mogelijk ook nog door de wijkverpleegkundige. Maar ook kortdurend eerstelijns verblijf, maakt een onderdeel uit van de integrale visie en adequaat antwoord op de veranderende zorgvraag. Het is dan ook verontrustend dat zorgverzekeraars aan hebben gegeven hier in 2015 niet aan toe te komen. Dat biedt voor de wijkverpleegkundigen een noodzakelijke aanvulling om voor

Achterstandswijken kunnen rekenen op een hogere wijkverpleegkundige inzet en toezicht

kwetsbare groepen oplossingen te vinden.

Maatregelen: De IZP's van wijkverpleegkundigen en huisartsen, en andere ketenpartners, moeten geïntegreerd worden. Door systeemeisen te stellen aan comptabiliteit en open sources is het mogelijk om integratie tot stand te brengen. Daarnaast doen wijkverpleegkundigen, huisartsen en sociale wijkteams er verstandig aan om vanuit "korte lijnen" te werken (al dan niet vanuit een fysieke gezamenlijke uitvalsbasis), zodat ook de informele uitwisseling van informatie en werkwijzen kan worden gestimuleerd. In het onderzoek naar de noodzakelijke eerstelijns infrastructuur (InEen, 2014) is dit al onder de aandacht gebracht. Ten aanzien van eerstelijns bedden kunnen verzekeraars en aanbieders op basis van de beleidsregel innovatie voor tijdelijke oplossingen zorgen en hier in 2015 toch mee starten, voldoen aan de zorgplicht en patiënten niet in de kou laten staan.

4 ICT-problemen declaraties

Daarnaast zijn er ICT-problemen met betrekking tot declaraties te verwachten. Mede door het (te) laat opleveren van beleidsregels van de NZa en het aanpassen van bestaande systemen, zal dit problemen opleveren. Vooral voor pgb-houders kan dit snel voor problemen gaan zorgen in 2015. In andere deelsectoren heeft de nieuwe bekostiging voor ICT-problemen gezorgd.

Maatregelen: VWS en ZN zullen toezicht moeten houden op een adequate bevoorschotting en wellicht samen met branche- en patiëntenorganisaties toezicht moeten afstemmen in hoeverre dit problemen oplevert. Ook hier is een proactieve opstelling noodzakelijk.

5 Inspectie

Naast de systeemverandering is de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) actief. Na een breed onderzoek in de periode 2012-2014, is vastgesteld dat er de nodige verbeteringen nodig waren in de thuiszorg (extramuraal) als ook intramuraal. Dat leidt ertoe dat er extra bezoeken, regels en voorwaarden worden gesteld, die echter ook tot extra werkdruk leiden, terwijl de zorgvraag en systeemverandering al alle aandacht opvragen. Daarnaast vraagt fraudebestrijding extra aandacht van alle betrokken partijen en dat vergt juist bij een systeemverandering nog meer administratie en controle.

Maatregelen: Het ministerie van VWS en betrokken veldpartijen, waaronder patiëntenorganisaties, maken nadere afspraken over de rol en taak van de IGZ. Deze rol zou zich moeten richten op ernstige misstanden vermijden, maar daarbij is het belangrijk dat wordt voorkómen dat bureaucratie de zorg verlamt. Datzelfde geldt voor fraudebestrijding die vanzelf-

sprekend noodzakelijk is, maar geen doel op zich mag zijn, en daarmee tot onwerkbaar situaties kan leiden. De verzekeraars, gemeenten en zorgaanbieders zullen alle zeilen bij moeten zetten om de kwaliteit en continuïteit van de zorg te kunnen borgen en moeten als regel kunnen rekenen op een marginale toetsing en harde sancties bij misstanden. Zowel in de zorgverlening zelf als bij administratie en declaratie.

Regionale effecten

6 Contractering

Het beperkte macrobudget geeft daarmee druk op de budgetten en "schaarste" bij de toekenning van zorg op microniveau. Immers alle microniveau's van individuele-, patiënten- en zorgplannen opgeteld, moeten binnen de productieafspraken van de gecontracteerde organisaties worden gerealiseerd. Zorgverzekeraars nemen in hun inkoopbeleid op dat gecontracteerde organisaties zorgplicht hebben en geen patiënten of bepaalde categorieën mogen weigeren. Het contract houdt dus in zekere mate financiële risico's in en vergt een adequaat weerstandsvermogen. Niet elke organisatie beschikt over dit weerstandsvermogen en dat bepaalt of men dit risico (en dus het aanbod) wel of niet kan nemen. Het is dus de vraag hoe zorgverzekeraars er in slagen om in alle regio's een dekkend aanbod te contracteren. Dat biedt onderhandelingsruimte voor grotere aanbieders. De zorgverzekeraars kijken ook naar de transactiekosten van het contracteren. Er worden diverse eisen gesteld aan het volume en portfolio van contractpartners. Daarnaast neemt men bepalingen op, dat een hoofdcontractant slechts een laag percentage mag uitbesteden aan "derden".

Maatregelen: De NZa zal als marktmeester zorgverzekeraars ter verantwoording moeten roepen als contracten de professionele speelruimte voor eerstelijns organisaties te sterk beperken. De NZa is een voorstander van een sterke positie van de zorgverzekeraars en het is daarom noodzakelijk dat het ministerie van VWS en de politiek om vinger aan de pols te houden.

7 ZZP'ers

Dat hoofdcontractanten weinig mogen uitbesteden aan "derden" heeft een verdrijvend effect op ZZP'ers. De afgelopen jaren is er met ZZP'ers geëxperimenteerd en werden mensen juist gestimuleerd om als ZZP'er aan de slag te gaan. Nu echter dreigen zij de boot te missen, en daarmee loopt ook de patiëntenzorg gevaar. Hoewel de bestaande zorgrelaties in den beginne worden gecontinueerd, dreigen ZZP'ers voor de tweede maal de klos te worden (de eerste keer na ontslag uit de thuiszorgorganisaties en de belofte om als ZZP'er aan het

werk te gaan). ActiZ en ING Bank berichtten hier al over in juli 2014. Naast economische en sociale problemen voor deze groep, kan ook de continuïteit van de zorg voor cliënten in gevaar komen.

Maatregelen: Het ministerie van VWS heeft ZZP'ers actief gestimuleerd met een programma. Het getuigt van consistent beleid als er voor de ZZP'ers ook in de toekomst mogelijkheden worden geschapen. Bijvoorbeeld door thuiszorgorganisaties die de indicatiestelling verrichten juist een stimulerende target te geven bij het inzetten van ZZP'ers.

8 Gemeenten

De samenwerking en afspraken met de gemeenten zijn nog niet afgerond en in sommige gevallen nauwelijks gestart. Ook daar spelen transitie-uitdagingen, zoals de keuze van een ICT-systeem. Maar vooral de onwennigheid die het gevolg is van de recente gemeenteraadsverkiezingen en de daaraan gekoppelde coalitievorming, heeft tot vertraging geleid. Gelukkig zijn er ook goede voorbeelden waar men al langer samenwerkt, zoals in de regio Enschede of Nijmegen.

Maatregelen: Er bestaat een monitor die de ontwikkelingen van de gemeenten met betrekking tot de implementatie van de Wmo meet. Door het betrekken van stakeholders, zoals huisartsen en patiënten/burgers, kan deze monitor betrouwbaarder worden uitgevraagd.

Effecten thuiszorgorganisaties

9 Wijkverpleegkundigen niveau 5

Er zijn landelijk te weinig wijkverpleegkundigen van niveau 5 om te indiceren. Deze groep krijg bovendien naast de professionele verantwoordelijkheid ook een gedelegeerde budgettaire verantwoordelijkheid (werken in "schaarste"). Immers zorgverzekeraars stellen budgetplafonds in voor de budgetten van de gecontracteerde zorgorganisaties en stellen eisen omtrent zorgplicht en verleggen daarmee de risico's naar de uitvoerende organisaties. Dat kan spanning op gaan leveren met de professionele autonomie. En wijkt hiermee af van de collega-generalist de huisarts, waar geen harde beperking op de zorgvraag aan de orde is. Dat kan natuurlijk niet doorgaan. Maar als het MBI taakstellend is en de zorg een wettelijk recht, dan is de enige optie het invoeren van een eigen risico voor de wijkverpleging en wellicht zelfs de huisarts.

Maatregelen: Zorgorganisaties, branche-instellingen en patiëntenorganisaties zouden de indicatiestelling van wijkverpleegkundigen moeten willen monitoren.

Effecten zorggroepen

10 Visieverschillen

Zorggroepen en de contracterende zorgverzekeraars hebben niet overal dezelfde visie en focus op geïntegreerde eerstelijnszorg. VGZ bijvoorbeeld heeft een uitgesproken visie op de rol van zorggroepen om zich verantwoordelijk te maken voor de regionale organisatie van de eerstelijnszorg en samenwerking met wijkteams. Maar dit is niet bij alle verzekeraars het geval. En als er in één regio twee of meer preferente zorgverzekeraars zijn, kan het verschil in visie tot stagnatie leiden.

ZZP'ers in de thuiszorg dreigen voor de tweede maal de klos te worden

Ook niet alle zorggroepen stellen zich proactief op om de samenhang met wijkverpleging en gemeenten te stimuleren. Voor individuele zorgaanbieders is de vernieuwde samenwerking, mede vanwege de hoeveelheid veranderingen tegelijk, onuitvoerbaar. Maar ook gemeenten en andere organisaties hebben behoefte aan één gemandateerd aanspreekpunt.

Maatregelen: Zorgverzekeraars moeten een keuze maken over de aansturing van de eerstelijnszorg. Als men er niet voor kiest om zorggroepen en gezondheidscentra een prominente rol te geven in de afstemming van zorg en welzijn in de regio, dan zal men zelf een uitgebreid uitvoeringsapparaat moeten instellen om de eerstelijns functies in geval van complexe en multidisciplinaire zorg in samenhang met welzijn op te pakken. Zonder verticale integratie die de politiek verboden heeft. Een gemeenschappelijke niet-vrijblijvende visie van zorgverzekeraars of een ruim volgebeleid vereenvoudigt het toch al complexe transitieproces en voorkomt een discussie over de duurzaamheid van het vastlopend zorgstelsel. <<

Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns

Marcel de Groot, programmadirecteur eerste lijn ZZG Nijmegen