

Geen rekening gehouden met ontwikkeling

De wijkverpleging heeft dit jaar al een metamorfose ondergaan. Voor 2016 is een nieuwe wijziging van de bekostiging gepland. Is dat verstandig?

De operatie “Langer thuis” is in volle gang en wet- en regelgeving wordt voortvarend aangepast. Een noodzakelijke omvangrijke stelselwijziging om de groei van de zorgkosten af te buigen en de zorg in de toekomst beschikbaar en toegankelijk te houden. Per 2015 zijn er diverse stappen gezet: de AWBZ is opgegaan in de Zvw, WLZ en Wmo. Er is een nieuwe bekostiging van de huisartsen- en multidisciplinaire zorg. De Jeugdwet is ingevoerd. En integrale bekostiging van de medisch-specialistische zorg is ingevoerd, in dit kader vooral van belang vanwege de revalidatie. Bij de functie eerstelijns verblijf wordt 2015 als overgangsjaar gebruikt en de 96 miljoen wordt als subsidieregeling binnen de WLZ ingezet. Deze functie wordt als cruciale randvoorwaarde beschouwd voor het systeem dat gebaseerd is op langer thuis, en wordt ten behoeve van de toekomstige inbedding binnen de Zvw vanaf 2016 nader uitgewerkt.

Macrokader

Onderzoek van ActiZ* laat zien dat er in 2015 forse kortingen zijn doorgevoerd in de wijkverpleging. Naar schatting is er zowel op volume als op prijs -15 procent bezuinigd in de wijkverpleging en wordt daarmee de beoogde drie miljard gehaald. Toch zijn er nog steeds onzekerheden. De risicoverevening voor zorgverzekeraars functioneert nog niet (goed) en daarom hebben zij reservepotjes aangelegd om tegenvallers op te vangen. Ook is nog niet duidelijk wat de overgangsregeling WLZ financieel gaat opleveren. Bestaande patiënten kunnen kiezen uit intramurale zorg of zorg thuis. En er zijn problemen met het pgb, waarvan de consequenties nog onzeker zijn. Zorgverzekeraars hebben een deel van deze problemen opgenomen in de contracten en zorgaanbieders verplicht om patiënten binnen de TREEK-normen** in zorg te nemen. Ter bewaking zijn er budgetplafonds ingesteld. Op het



In het consultatiedocument verpleging en verzorging in de Zvw wordt voorgesteld om zorgverzekeraars de vrijheid te geven over hoe men wijkverpleging wil inkopen

Tegelijk is er flink bezuinigd. De cumulatieve van de maatschappelijke- en bedrijfsvoeringseffecten van al deze wijzigingen is nog niet duidelijk, maar zeker omvangrijk. Een ACTAL-toets zou interessant zijn, oftewel wat voor een effect heeft de nieuwe wet- en regelgeving op de administratieve lasten?

landelijke budget is het macrobeheersinstrument (MBI) van toepassing. Dat betekent dat een overschrijving van het budget met terugwerkende kracht wordt teruggehaald bij de gecontracteerde partijen. Door de reeds ingeboekte bezuinigingen van -3 miljard en het MBI loopt de overheid beperkt financieel risico.

Zorgorganisaties

De zorgaanbieders zijn druk bezig om de nieuwe bekostiging te implementeren. Alle bestaande patiënten moeten opnieuw geïndiceerd worden, triage moet aangepast, screening van kwetsbare groepen, palliatieve zorg en polyfarmacie moeten ingeregeld worden. Segment 1 en segment 2 moeten op elkaar worden afgestemd, maar ook op het curatieve en sociale domein, zowel zorginhoudelijk als qua bedrijfsvoering. Triage en indicatiesystemen, registratie, declaratie, facturatie en prestatie-indicatoren moeten in de ICT worden ingebouwd en daarvoor is naar schatting al zes tot negen maanden nodig. Er

en en praktijkervaringen in 2015



Naar schatting is er in de wijkverpleging zowel op volume als op prijs -15 procent bezuinigd en wordt daarmee de beoogde drie miljard gehaald. Toch zijn er nog steeds onzekerheden. (Foto: Freeimages)

zijn daarbij op dit moment nog niet voldoende gekwalificeerde wijkverpleegkundigen.

Patiënten

Patiënten en hun directe omgeving moeten wennen aan de veranderingen: er wordt een groter beroep op zelfzorg en mantelzorg gedaan. Daarnaast is er vaak samenhang met huishoudelijke hulp. De maatschappelijke effecten zijn groot en dat heeft ook directe invloed op de relatie tussen patiënt en wijkverpleegkundige. Van de patiënten die

wijkverpleegkundige zorg nodig hebben (S2), heeft een aanzienlijk deel somatische of psychosociale comorbiditeit of sociale vraagstukken. Gezien de meervoudige systeemaanpassingen kan dit juist bij kwetsbare mensen extra aankomen. Want ook gemeenten zijn volop bezig met de vorm en inhoud van de decentralisaties.

Proces

De NZa is al vanaf 2013 bezig met de overheveling van de AWBZ naar Zvw en WLZ en de bekostiging van de wijk-

verpleging is een van de open eindjes. Op verzoek van de NZa heeft Gupta Strategists op basis van de gegevens van 2012 berekeningen gemaakt. Echter enkele belangrijke veranderingen zijn niet meegenomen, omdat daar nog geen gegevens over beschikbaar waren. Zo zijn het stoppen met de lage zorgzwaartepakketten in 2013 en de meest recente ontwikkelingen rondom dementie, screening kwetsbare ouderen, polyfarmacie, intensieve kinderzorg, revalidatie, en de samenhang met huisartsen- en multidisciplinaire bekostiging niet in de berekeningen meegenomen.

In het consultatiedocument *Drie-segmentenmodel verpleging en verzorging in de Zvw*, dat de NZa heeft opgesteld, wordt voorgesteld om zorgverzekeraars de vrijheid te geven over de wijze waarop men wijkverpleging wil inkopen. Daarbij wordt voorbijgegaan aan het feit dat er grote samenhang is met huisartsen- en multidisciplinaire zorg, farmaceutische zorg, het sociale domein en jeugdzorg waar de gemeenten pas vanaf dit jaar extra op acteren. Het genoemde representatiemodel of het volgmodel leveren in de huidige contractering in de Zvw al de nodige complexiteit op, die door de ongestructureerde toevoeging van de bekostiging van verpleging en verzorging in de Zvw alleen maar zal toenemen.

Levert een meer samenhangende contractering van de eerstelijnszorg niet de gewenste complexiteitsreductie op? Zorgaanbieders zetten ernstige vraagtekens bij de technocratische tekentafelbenadering van de NZa en hebben hiertoe ook onderbouwde reacties gestuurd. Maar pas rond de verspreiding



Foto: Freeimages

van dit nummer van *De Eerstelijns* zal duidelijk worden of het ministerie van VWS er serieus rekening mee houdt.

Uit het NZa-consultatiedocument: "Wij onderstrepen het belang om al per 2016 te starten met uitkomstbekostiging. Zo kunnen vanaf de start voldoende prikkels worden ingebouwd om uitkomstbekostiging van de grond te laten komen. Op dit moment zijn er al voldoende indicatoren beschikbaar waar partijen mee aan de slag kunnen. Vanuit het veld is behoefte aan het ontwikkelen van een uniforme set van indicatoren en is er draagvlak om gezamenlijk met de doorontwikkeling ervan aan de slag gaan."

De uitspraak omtrent het veld is op zijn minst genuanceerder en waarschijnlijk in strijd met de waarheid.

Experimenteren

ActiZ en twaalf koplopers die thuiszorg aanbieden zijn verenigd in het Edens Beraad en pleiten voor een langere experimenteerperiode, om ervaringen op te doen en nader onderzoek te doen die tot aanvullende inzichten leiden. Aad Koster van ActiZ verwoordt dit als volgt: "Verschillende landelijke partijen hebben in het voorjaar van 2014 het *Onderbandelaarsakkoord transitie verpleging en verzorging* ondertekend. In dit akkoord hebben wij primair getekend voor het creëren van een nieuwe werkelijkheid voor mensen in Nederland die langer thuis willen blijven wonen. Een goede inrichting van de wijkverpleegkundige functie binnen een versterkte eerste lijn is een belangrijke randvoorwaarde; naast de huisartsenzorg en dicht bij het sociale domein. Het is daarbij de professional die weer aan zet moet komen; hij of zij bepaalt in nauw overleg met de cliënt en de mensen in diens directe omgeving welke zorg op welk moment geleverd wordt. ActiZ is voorstander van een bekostigingssystematiek waar-

binnen het belonen van *outcome*, in termen van gezondheidswinst en kwaliteit van leven, een substantieel onderdeel vormt. Dat kan niet vanaf de tekentafel bedacht worden. Hiervoor is dit te complex, proeftuinen zijn echt noodzakelijk."

In deze proeftuinen is het mogelijk om samenhang met andere eerstelijns bekostiging, zoals huisartsen-, multidisciplinaire- en farmaceutische zorg te onderzoeken. Dit geldt ook voor afstemming met het sociale domein waar gemeenten net zijn gestart met nieuwe taken en verantwoordelijkheden. Ook bieden de proeftuinen mogelijkheden voor het uitproberen van contractering die niet langer vanuit silo's, maar integraal vanuit patiëntgroepen zijn vormgegeven (dagelijkse zorg, chronische zorg en electieve- of spoedzorg). Met afspraken over representatie of volgen door zorgverzekeraars, die samenwerking stimuleren en de complexiteit verminderen in plaats van verhogen. Maar bovenal een pragmatische benadering die in de praktijk getoetst kan worden,

Reactie van Zorgverzekeraars Nederland

Per 1 januari 2015 is wijkverpleging een aanspraak in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Over de condities waaronder deze overheveling heeft plaatsgevonden zijn met alle betrokken partijen landelijke afspraken gemaakt. Dit betekent bijvoorbeeld dat er voor is gekozen om voor 2015 zoveel mogelijk vast te houden aan de bekostiging zoals die in de AWBZ was. Dit heeft zijn nadelen, omdat het stuurt op "uurtje factuur-tje", maar het betekent wel dat de aanpassingen in administratieve zin minimaal zijn. Dit is voor de zorgverzekeraars wel de reden dat we voor 2016 wel een goede stap zetten richting bekostiging op uitkomsten van zorg en weg van "uurtje factuur-tje". De zorgvraagzwaarte van de cliënt moet centraal komen te staan. Alleen met een dergelijke stap is de transformatie van zorg, richting meer zelfmanagement en langer thuis wonen ook daadwerkelijk te zetten.

De bestuurlijke afspraken spreken ook van een gezamenlijke inspanningsverplichting ten aanzien van de taakstelling van 400 miljoen euro. De afspraak is dat deze taakstelling in de regel op de zorgvolumes worden gerealiseerd. Voor de zorgverzekeraars betekent die inspanning dat ze daar bij de inkoop op hebben gestuurd. De aard van

in plaats van een ongefundeerde systeeminterventie.

Eerstelijns DNA

Daarnaast zijn er met betrekking tot de bekostiging andere inzichten. Niet om het systeem op zijn kop te zetten, want in vrijwel elke benadering wordt uitgegaan van een populatiedeel, een individueel deel en een deel op basis van uitkomsten. Maar is het niet mogelijk om de samenhang van *wijkverpleging*, *huisartsenzorg* en *farmacie* beter op elkaar af te stemmen, als is vastgesteld dat dit de *kerndisciplines* zijn voor steeds meer thuiswonende multimorbide ouderen? Zo is het mogelijk om declaratie-eenheden zoals pakketten of zorgzwaarte,

maar ook tijdseenheden zoals per keer, per maand of per kwartaal beter op elkaar af te stemmen. En kunnen we contractering ook meer integraal vormgeven. Wellicht door aansluiting bij bestaande proeftuinen.

Doemscenario

Als vast wordt gehouden aan het advies van de NZa om de bekostiging per 2016 structureel te wijzigen, zullen zorgverzekeraars in april 2015 al het zorginkoopbeleid klaar moeten hebben. De ervaringen in Q1 zijn niet voldoende voor een concreet en (intern en extern) afgestemd zorginkoopbeleid. Ook de tijd om met zorgaanbieders, patiëntvertegenwoordigers en gemeenten of in



Foto: Freeimages/Paul Preacher

Zouden we de samenhang van wijkverpleging, huisartsenzorg en farmacie beter op elkaar kunnen afstemmen, als is vastgesteld dat dit de kerndisciplines zijn voor steeds meer thuiswonende multimorbide ouderen?

de Zvw brengt met zich mee dat er ook rekening gehouden moet worden met niet-gecontracteerde zorg die middels restitutie wordt geleverd en, in dit geval, met pgb. Hiervoor hebben de zorgverzekeraars een deel van het beschikbare budget moeten reserveren.

ZN heeft al eind 2014 aangegeven dat zij weliswaar invulling aan deze inspanningsverplichting hebben gegeven, maar dat onze inschatting is dat het budgettaire kader niet toereikend zal zijn om in de totale zorgvraag te kunnen voorzien.

ZN-verband verstandige afspraken te maken ontbreekt. Om toch te voldoen aan de 1 april-deadline zullen zorgverzekeraars een vaag en open zorginkoopbeleid opstellen, dat zij tot aan de zomer waar mogelijk zullen verfijnen en op basis waarvan zorgaanbieders in juli een aanbieding moeten doen. En dan wordt een nieuw bekostigingssysteem voor de wijkverpleging ingevoerd, waarbij geen rekening is gehouden met de ontwikkelingen en praktijkervaringen vanaf 2015. In het consultatiedocument staat zelfs het voorstel om de wijzigingen zonder vangnet in te voeren. Terwijl te voorzien is dat dit jaar al problemen zullen ontstaan door te krappe productieafspraken.

Tot slot

De wens om te experimenteren, geleidelijk in te voeren en geen irreversibele beslissingen te nemen kan eenvoudig worden ingevuld. Immers de directe financiële noodzaak is weg en de politieke punten zijn al lang gemaakt. Redelijkheid zal toch zeker wel zegevieren? <<

Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns

* Zie www.actiz.nl, zoek op Onderzoek zorginkoop wijkverpleging en zorgcontractering verpleeghuiszorg WLZ 2015

** Veldnormen over toegang- en wachttijden