

Aanspraak op het eerstelijns verblijf

Vanaf 2017 wordt het eerstelijns verblijf een aanspraak in de Zorgverzekeringswet. De voorbereidingen hiervoor zijn in volle gang. Wat is de stand van zaken? Een inventarisatie van De Eerstelijns en Verenso, de beroepsvereniging van specialisten ouderengeneeskunde.

Het eerstelijns verblijf (ELV) is een logisch onderdeel van het zorgstelsel, waarin de beweging 'langer thuis' een leidend principe is. De afbouw van de intramurale zorg gaat door en ELV is een noodzakelijke schakel in het systeem. Verenso schrijft hierover (2016): *'Doordat kwetsbare mensen langer thuis wonen is het aannemelijk dat daar vaker incidenten zullen plaatsvinden... of continuïteit problemen ontstaan bij mantelzorgers of de patiënt wil niet opgenomen worden in het ziekenhuis'*.

Wetgeving 2017

In 2015 en 2016 is er sprake van een subsidieregeling die onder de Wet langdurige zorg (Wlz) wordt uitgevoerd. Vanaf 2017 wordt het ELV een aanspraak in de Zorgverzekeringswet (Zvw). De consequentie hiervan is dat zorgverzekeraars zorgplicht krijgen en voldoende zorg moeten inkopen. Ge-



Voor de korte termijn werkt de Nederlandse Zorgautoriteit toe naar integrale bekostiging voor het eerstelijns verblijf

zien de overschrijding van het subsidiebudget voor ELV vorig jaar is het de vraag of de huidige geldbronnen voldoende zijn. De Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) heeft hierover een duidelijk signaal afgegeven en heeft zelfs al geopperd om het macrobeheersinstrument specifiek voor het ELV waar nodig in te zetten¹. Tegelijk ontstaat daarmee voor allerlei marktinitiatieven een duidelijke blokkade om zelfs maar te starten met het ELV, omdat bij een overschrijding van het macrobudget met terugwerkende kracht gekort kan worden. Met het vroegtijdige signaal van de Nza moet zeker rekening worden gehouden, bijvoorbeeld door in de onderhandeling met de zorgverzekeraars garanties in te bouwen. Immers een adequaat ELV kan aanzienlijke kosten elders in het systeem (lees ziekenhuis) voorkomen, als de zorgverzekeraar erin slaagt om de budgetten daar te korten².

Om de rechten van individuele burgers te borgen, de indicatiestelling te stroomlijnen en de kosten toch te beheersen, is het van groot belang om de indicatiestelling eenduidig op te zetten. Daar hoort transparantie in alle fasen van besluit-

vorming bij. Dit geeft inzicht aan VWS, NZa, Zorginstituut Nederland, ZN/zorgverzekeraars, NPCF en aanbieders van het eerstelijns verblijf. De beroepsvereniging van specialisten ouderengeneeskunde heeft dat goed opgepakt. Er is een duidelijk advies uitgebracht³. De kern is dat de huisarts in vrijwel alle gevallen de indicatiestelling doet. In nauwe samenwerking met de wijkverpleegkundige. De huisarts behandelt de patiënt zolang er sprake is van laagcomplexe zorg. Als hoogcomplexe zorg aan de orde is, kan de specialist ouderengeneeskunde de zorg overnemen. Er zijn vier invalshoeken voor opname in het ELV:

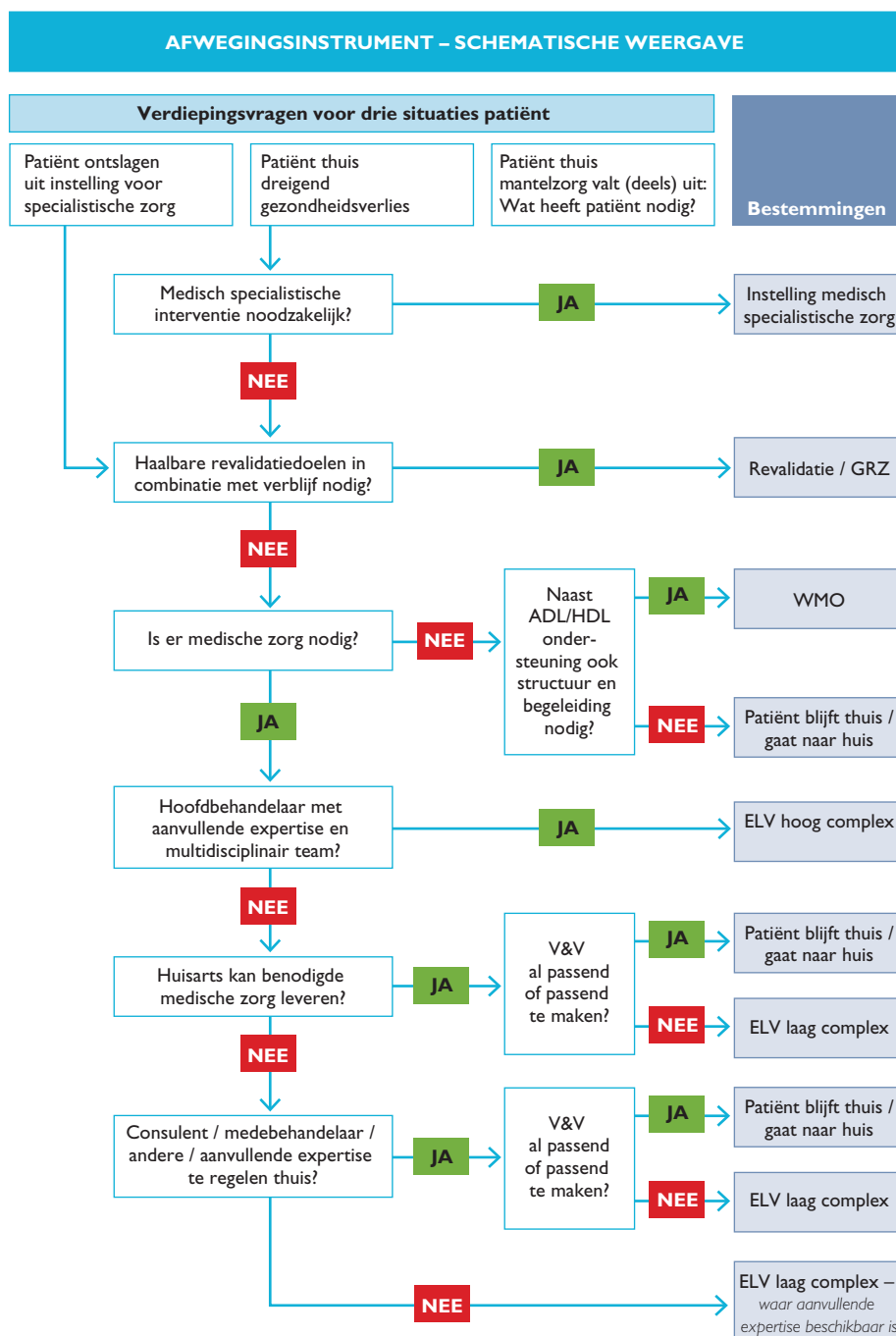
- 1 Een verandering in de gezondheidssituatie van de patiënt thuis waardoor ernstig gezondheidsverlies dreigt.
- 2 De mantelzorgers valt (deels) uit, met als consequentie dat de patiënt niet langer thuis kan blijven.
- 3 De patiënt wordt ontslagen uit een instelling waar medische zorg geboden wordt.
- 4 De benodigde zorg is thuis niet doelmatig te organiseren.

In het stroomschema hiernaast worden de eerste drie situaties nader uitgewerkt. Criterium vier is een afgeleide en komt daarom niet apart terug in het schema.

Bekostiging ELV

De huidige subsidieregeling kent een driedeling op grond van de zorgzwaarte: ELV laag complex (bekostigd als ZZP 3), ELV hoog complex (bekostigd als ZZP 6) en ELV palliatief/terminaal (bekostigd als ZZP 10). Aangezien er sprake is van een subsidieregeling hebben patiënten nu geen recht op het ELV. Als het budget op is, moet de burger wachten of kan hij helemaal geen beroep op de regeling doen. Hij kan dit alleen via de rechter proberen af te dwingen. Juist bij deze doelgroep, waar het eerstelijns verblijf een oplossing is voor relatief korte termijn, is plaatsing op een wachtlijst of het nemen van juridische stappen gezien de tijd die dit vraagt geen optie. Wellicht kunnen verpleeghuizen met overcapaciteit op de situatie inspelen en het ontstaan van wachtlijsten voorkomen, maar een garantie op voorhand is er niet. Patiënten met een Wlz-indicatie kunnen overigens geen aanspraak maken op het eerstelijns verblijf, zij kunnen immers op basis van hun Wlz-indicatie al worden opgenomen.

Om pragmatische redenen werkt de NZa toe naar integrale bekostiging voor het ELV voor de korte termijn. Dit betekent dat verblijf, behandeling, onderzoek, diagnostiek, paramedische zorg en de specialist ouderengeneeskunde



Definitie eerstelijns verblijf

Eerstelijns verblijf (ELV) is een medisch noodzakelijk kortdurend verblijf van minimaal 24 uur en maximaal 18 weken. ELV is bedoeld voor kwetsbare mensen die tijdelijk niet meer of nog niet verantwoord in hun eigen woonomgeving kunnen verblijven, maar waarvoor geen opname in een ziekenhuis of andere zorginstelling met medisch specialistische behandeling, waaronder (geriatrische) revalidatiezorg, aangewezen is. Doel is het analyseren van de aandoening(en) en/of beperking(en) en de gevolgen hiervan opheffen c.q. stabiliseren zodat terugkeer naar de oorspronkelijke woonsituatie mogelijk is. Als terugkeer geen optie blijkt te zijn, wordt vastgesteld welke vervolgzorg passend is voor de patiënt.

Bron: Afwegingsinstrument ELV

worden opgenomen in een integraal tarief. Dat wordt vergoed aan de hoofdcontractant die contracten sluit met onderaannemers.

De farmaceutische zorg en de huisartsenzorg zijn niet opgenomen in het integrale tarief, maar worden op basis van de bestaande prestaties bekostigd.

Voor de langere termijn bestaat er een wens tot modulaire bekostiging. Voor het verblijf en de verpleging en verzorging worden dan vaste componenten gebruikt voor de bekostiging. Andere behandelaren, farmaceutische zorg,

hulpmiddelen, enzovoort, worden dan met losse eerstelijnsprestaties bekostigd op basis van gebruik.

Specialist ouderengeneeskunde

De bekostiging van de specialist ouderengeneeskunde wordt in 2017 niet aangepast. Eerst zal het Zorginstituut Nederland een duiding moeten doen over de extramurale behandeling in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en daar is ook de specialist ouderengeneeskunde onderdeel van. *De Eerstelijns* pleit ervoor om een onafhankelijke, zelfstandige positie voor de specialist ouderengeneeskunde te creëren tussen de extramurale en intramurale zorg in. Dan kan de schakelfunctie van de specialist ouderengeneeskunde optimaal tot zijn recht komen. Met 1500 specialisten ouderengeneeskunde in Nederland kan een landelijk dekkend netwerk van zelfstandig gevestigde specialisten ouderengeneeskunde ontstaan. Met een zelfstandige betaaltitel in de Zvw kan de specialist ouderengeneeskunde specialistische behandeling leveren als aanvulling op de huisartsenzorg. Zowel voor patiënten thuis, als voor patiënten in het ELV.

Capaciteit en eHealth

De beschikbaarheid van specialisten ouderengeneeskunde in de eerste lijn moet – net als die van casemanagers dementie, wijkverpleegkundigen en praktijkondersteuners ouderenzorg in de huisartsenpraktijk – flink worden uitgebreid om in de groeiende behoefte te voorzien. Daarnaast moet eHealth (en *blended care*) op gebied van monitoring en domotica als substituuat voor persoonlijke zorg sneller geïmplementeerd worden. Ook omdat de mantelzorg niet in staat is om de hooggespannen verwachtingen waar te maken⁴. Daarom is het ELV een broodnodige schakel in het zorg- en welzijnssysteem en is het goed dat er vanaf 2017 een prestatie en bekostiging van toepassing zijn, waar verzekerden een aanspraak op hebben. <<

Tekst:

Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns

Pieter le Rütte, beleidsmedewerker Verenso

Foto: Thinkstock

¹ NZa consultatiedocument eerstelijns verblijf maart 2015

² De complexe onderhandelingsarena van ziekenhuizen De Eerstelijns december 2015

³ Verenso afwegingsinstrument eerstelijns verblijf december 2015

⁴ Mantra mantelzorg ontmanteld D. Beneken Kollmer e.a. de Eerstelijns 2016

Gemeenten 310 miljoen zorgbudget over: prima gedaan



Het was te voorspellen. Gemeenten wisten lang niet hoeveel geld zij precies zouden krijgen van de rijksoverheid. Ook de uitgaven waren onbekend. Als je dan in staat bent om ruim zes procent onder het uiteindelijke budget te zitten, heb je het goed gedaan! En dat terwijl er circa vijftien procent bezuinigd is bij de decentralisatie en er dus sowieso een enorme druk op het budget ligt. Tegelijkertijd zijn de gemeenten verantwoordelijk geworden voor de jeugdzorg en Participatiewet. Er zijn geen geormerkte budgetten en de gemeente is zelf verantwoordelijk voor een gedegen financieel beleid. Dat is met zoveel onzekerheden, bezuinigingen en gebrek aan historisch overzicht geen sinecure.

Dit goede financiële nieuws wil natuurlijk niet zeggen dat er geen problemen zijn. Individuele vraagstukken van inwoners die niet goed zijn opgepakt. Te veel ingezet op laagste prijs en niet op kwaliteit. Alle aanbieders gecontracteerd zonder oog voor bestaande samenhangende netwerken van aanbieders. Te veel bestaande aanbieders en te weinig nieuwe toetreders. Eigen gemeentelijke organisaties optuigen, terwijl een toekomstgerichte inkoop beter zou werken. Regionale afstemming bij contractering met oog voor lokale gemeentelijke bestuurlijke verantwoordelijkheden. Om maar wat zaken te noemen.

Overigens zou het verstandig zijn als gemeenten het overgebleven budget bewaren voor problemen in de komende jaren. Niet om structurele uitgaven te bekostigen met eenmalige meevallers, maar enige reserve kan geen kwaad.

De geschetste problemen zijn voor een deel transitieproblemen, maar voor een deel ook cultuurhistorisch bepaald en daarmee moeilijk te veranderen. Dat kost tijd, al zal het zich wel oplossen. Het grootste risico dat nu aan de orde is, is dat de centrale overheid in de persoon van Van Rijn concludeert dat het budgettair op orde is. Dat gemeenten het wel redden met het budget dat zij gekregen hebben voor de decentralisatie. Dat zou een ernstige fout zijn. Een gedegen onderzoek naar de effecten op de kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van de zorg moet daar inzicht in geven. Niet de uitkomst van goed gemeentelijk rentmeesterschap na één jaar.

Jan Erik de Wildt,
directeur De Eerstelijns

Reageren? Mail naar je.dewiltdt@de-eerstelijns.nl