

Vergaderjaar 2016–2017

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 835

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 28 juni 2017

Om het vak van wijkverpleegkundige uit te voeren moet er ruimte en vrijheid zijn om de zorg te leveren die bij de patiënt past. Deze zorg moet aansluiten op de persoonlijke wensen en behoeften van mensen. Daar waar mogelijkheden zijn voor verdere ondersteuning van de wijkverpleegkundige bij de uitoefening van het vak moet dat ook plaatsvinden. Het verheugt mij om u met deze brief het hoofdlijnakkoord wijkverpleging 2018 te kunnen sturen dat alle partijen van de wijkverpleging hebben gesloten¹. Partijen willen de komende jaren met elkaar invulling geven aan de verdere transitie van de wijkverpleging. Hiertoe worden onder andere op het gebied van kwaliteit en inkoop stappen gezet. Wijkverpleegkundigen zijn trots op hun vak. Met dit akkoord kan de beroepstrots alleen maar toenemen en kunnen wijkverpleegkundigen de mensen in hun eigen omgeving zoveel mogelijk de ondersteuning bieden die nodig is.

Bestuurlijk akkoord 2018

Met het tekenen van het bestuurlijk akkoord bouwen we verder aan het waardevolle fundament van de wijkverpleging waarmee mensen zo lang mogelijk thuis kunnen wonen. De inhoudelijke ontwikkeling van het vak staat hierbij voorop. Daarvoor is een ontwikkelagenda overeengekomen als onderdeel van het bestuurlijk akkoord². Ook wordt met dit akkoord duidelijkheid geboden over het financiële kader 2018. Duidelijkheid die van belang is voor de te maken inkoop afspraken. Daarnaast hebben partijen afspraken gemaakt over de verbetering van de contractering tussen aanbieders en verzekeraars die de uitvoering van het vak ten goede komt.

Partijen hebben met de constructieve inzet die zij hebben getoond met het sluiten van dit akkoord, duidelijk commitment uitgesproken dat er een

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

gezamenlijke opgave ligt om de wijkverpleegkundige zorg verder te verbeteren. Samen met het toenemende budget voor wijkverpleging dat er is sinds 2015 is en ook in 2018 tot groei van het budget leidt (zie onderstaande tabel) is er meer ruimte om wijkverpleegkundige zorg te intensiveren met meer kwaliteit.

Tabel: kader wijkverpleging

2015	2016	2017	2018 ¹
3.180	3.430	3.610	3.778

¹ Vanaf 2018 maakt medisch specialistische verpleging thuis (MSVT) ad. € 97 mln. onderdeel uit van het kader wijkverpleging.

In bijgaande rapportage wijkverpleging treft u een nadere toelichting bij de ontwikkelagenda aan. Daarnaast wordt de stand van zaken geschetst rondom de diverse trajecten die lopen en ook een bijdrage leveren aan de verdere ontwikkeling van het wijkverpleegkundige vak. Ook eerdere moties en toezeggingen komen hierbij aan de orde, net zoals het verdere proces rondom de verbetering van de inkoop van casemanagement dementie en de reactie op de situatie bij Brabantzorg waar u om heeft gevraagd.

Wijkverpleegkundige zorg is van groot belang om aan de zorgvraag van een toenemend aantal mensen thuis tegemoet te kunnen komen. Partijen werken er hard aan om dit te kunnen blijven doen op een kwalitatief hoog niveau. Met het afsluiten van een bestuurlijk akkoord wijkverpleging onderschrijven partijen de intentie om te investeren in de wijkverpleegkundige zorg. De daadwerkelijke uitwerking van de voornemens uit het akkoord is een verantwoordelijkheid van alle partijen en ik zal de uitvoering nauwlettend blijven volgen. Het belang van de uitvoering zal ik ook onder de aandacht brengen van mijn opvolger.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn

Rapportage wijkverpleging

Ontwikkelagenda

Een belangrijk onderdeel van het bestuurlijk akkoord vormt de uitwerking van de ontwikkelagenda wijkverpleging 2017–2019 die partijen zijn overeen gekomen (zie bijlage)⁴. In deze agenda zijn kwaliteit, arbeidsmarkt, substitutie en samenwerking als speerpunten gedefinieerd.

Voor de verdere ontwikkeling van de kwaliteit staat de ontwikkeling van richtlijnen en standaarden, data verzameling en het verminderen van ongewenste praktijkvariatie voorop. Kwaliteitsinformatie is in eerste instantie van belang voor patiënten. Daarnaast zal deze informatie er ook aan bijdragen dat bij de zorginkoop meer nadruk komt te liggen op de kwaliteit van zorg. Partijen hebben met het Zorginstituut eind 2016 al afspraken gemaakt over het aanleveren van kwaliteitsindicatoren die met name gericht zijn op transparantie voor patiënten. Het gaat om de intensivering van Zorgkaart-NL, het gebruik van de Net Promotor Score (NPS) en de systematische en geautomatiseerde registratie van zorginhoudelijke cliëntgegevens.

Ook de arbeidsmarkt is een belangrijk thema in de wijkverpleging de komende jaren. Naast de integrale arbeidsmarktagenda ouderenzorg met afspraken over concrete, brancheoverstijgende acties om de arbeidsmarktvragestukken in de zorg aan te pakken, zullen partijen met elkaar werken aan de specifieke maatregelen die nodig zijn voor de wijkverpleging. Bijvoorbeeld door te onderzoeken bij welke personeelsmix een team goed functioneert of voorlichting te verstrekken die een passend beeld geeft van het werken in de wijkverpleging en de arbeidsmarktkansen die er zijn.

Door een sterkere eerste lijn kunnen mensen langer zelfstandig blijven wonen en kan het beroep op zwaardere zorg en (langdurige) ziekenhuisopnamen zoveel mogelijk worden voorkomen. Om ervoor te zorgen dat de zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt geboden wordt is het van belang om afspraken te maken over mogelijke substitutie. Ook daar gaan partijen gezamenlijk aan werken en bij de inkoop lokaal en regionaal afspraken over maken.

Met behulp van samenwerking in de wijk kunnen betrokkenen elkaars expertise benutten. De veranderende zorgvraag draagt eraan bij dat het structureel verbinden van het zorgdomein met het sociale domein van groot belang is. Voor iemand die zorg nodig heeft mag het niet uitmaken uit welk domein de zorg wordt geleverd. De samenwerking zal primair op lokaal en regionaal niveau tot stand komen. Zorgverzekeraars zullen in gesprek gaan met gemeenten om praktische afspraken te maken die de wijkverpleegkundige ondersteunt bij de zorgverlening en de versterking van de zelfredzaamheid.

Nieuwe bekostiging wijkverpleging

Er zijn de afgelopen tijd meerdere opties uitgewerkt voor een bekostiging die in de plaats zou kunnen komen voor de huidige vergoeding van uren verpleging en verzorging. Een nieuwe bekostiging dient het bevorderen van de zelfredzaamheid en de inzet van meer preventieve activiteiten te belonen. In overleg met alle betrokken partijen ben ik vorig jaar tot de conclusie gekomen dat de uitwerkingen die er lagen onvoldoende recht deden aan de aard van de wijkverpleegkundige zorg. Ik heb u daarover

⁴ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

geïnfomeerd in mijn brief van 8 juni 2016 over de bekostiging wijkverpleging⁵. De inhoud van de zorg moet voorop staan en de nieuwe bekostiging moet ondersteunend zijn aan de wijkverpleegkundige autonomie. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is samen met partijen gestart met een vervolgonderzoek naar cliëntkenmerken die bepalend zijn voor de inzet van de wijkverpleegkundige zorg. Onder andere is aan wijkverpleegkundigen gevraagd welke cliëntkenmerken de zorgvraag in de wijk voorspellen. De NZa werkt uit of het vanuit de inhoud bezien mogelijk is om tot een nieuwe bekostiging te komen. Een verdere uitwerking zal de komende tijd plaatsvinden ter voorbereiding van besluitvorming over een nieuwe bekostiging door een volgend kabinet. Omdat de huidige bekostiging op uren blijft bestaan zolang er geen alternatief is, is het des te belangrijker dat de hierboven geschetste ontwikkelagenda wordt uitgevoerd. Transparantie over de zorg die wordt geleverd draagt ertoe bij dat in de tussentijd bij de inkoop van wijkverpleegkundige zorg de inhoud en kwaliteit van de zorg meer voorop kunnen komen te staan.

Tariefherijking

Zoals eerder toegezegd aan de Kamer bericht ik u over het kostenonderzoek dat de NZa heeft laten uitvoeren naar de bestaande tarieven voor verpleging en verzorging. Hiermee zoekt de NZa naar tarieven die beter aansluiten op de kostprijzen zoals die in de praktijk zijn. Het onderzoek laat zien dat de kosten van persoonlijke verzorging zijn toegenomen terwijl de kosten voor verpleging zijn afgenomen. Op basis van het kostprijsonderzoek zou dit betekenen dat de nieuwe tarieven voor persoonlijke verzorging toenemen en die voor verpleging juist afnemen. Deze ontwikkeling lijkt niet aan te sluiten bij de maatschappelijke tendens om juist een hoger deskundigheidsniveau in te zetten om te ontzorgen en in te zetten op zelfredzaamheid, wat vervolgens ook leidt tot meer doelmatigheid. De NZa heeft daarom in overleg met partijen van de wijkverpleging besloten om de tarieven in 2018 niet te herijken. Voor 2019 worden de tarieven vervolgens herijkt op basis van de uitkomsten van het kostenonderzoek in combinatie met het opleveren van de resultaten (standaarden, richtlijnen etc.) van de hierboven geschetste ontwikkelagenda. Op die manier probeert de NZa de tarieven niet alleen aan te passen op basis van gegevens van de afgelopen jaren, maar wordt tevens de inhoudelijk gewenste ontwikkeling binnen de wijkverpleging meegenomen.

In de tussentijd is het van groot belang dat aanbieders en zorgverzekeraars bij de contractonderhandelingen er rekening mee houden dat het streven naar doelmatigheid niet mag leiden tot verschraling van zorg. De uiteindelijke hoogte van het tarief is de uitkomst van de onderhandeling tussen partijen, maar ik ben verheugd dat we bestuurlijk zijn overeen gekomen dat verzekeraars en aanbieders afspraken maken over de inzet van de juiste zorg, op de juiste plek met passende deskundigheid én een passend tarief.

Brabantzorg

Uw Kamer heeft mij gevraagd om een reactie op de berichtgeving over Brabantzorg dat onvoldoende budget heeft voor VGZ verzekerden (Handelingen II 2016/17, nr. 82, item 5).

Laat ik allereerst voorop stellen dat discussies die aanbieders en verzekeraars hebben over contracten niet ten koste van patiënten mogen gaan.

⁵ Kamerstuk 29 689, nr. 128.

Als deze discussies uitgebreid in de media worden uitgevochten worden mensen hier onnodig ongerust van en dat betreurt ik te allen tijde.

Naar aanleiding van de berichtgeving over Brabantzorg heeft de NZa, vanuit de rol van toezichthouder op de zorgplicht van verzekeraars, contact opgenomen met beide partijen. De NZa constateert op basis van de verkregen informatie dat er op dit moment voldoende wijkverpleging in de regio is ingekocht. Brabantzorg heeft aangegeven in 2017 niet meer te willen werken met een doorleverplicht voor nieuwe cliënten in combinatie met een budgetplafond. Vanwege het niet willen opnemen van deze doorleverplicht heeft VGZ het budgetplafond voor Brabantzorg lager vastgesteld. De in de NZa monitor contractering wijkverpleging genoemde € 300 mln binnen het kader wijkverpleging die landelijk (nog) niet is gecontracteerd, is niet de oorzaak van de discussie. Nieuwe cliënten voor de wijkverpleging die verzekerd zijn bij VGZ kunnen bij andere zorginstellingen terecht. Voor cliënten die al in zorg zijn bij Brabantzorg blijft de situatie bij het oude. Dat geldt ook voor nieuwe «bijzondere» cliënten zoals bijvoorbeeld mensen die in een aanleunwoning wonen en geen keuze hebben of palliatieve cliënten. Brabantzorg heeft richting nieuwe patiënten aangegeven dat zij de zorg wel kunnen leveren maar dat de rekening dan rechtstreeks naar de patiënt gaat, die dat dan moet declareren bij de zorgverzekeraar. Afhankelijk van de polis die de patiënt heeft gekozen, vindt vergoeding plaats door de zorgverzekeraar. Ik kan me voorstellen dat patiënten hier niet voor kiezen. De Zorgautoriteit blijft de situatie nauwlettend in de gaten houden. Voor mij is het van groot belang dat mensen die zorg nodig hebben die ook daadwerkelijk krijgen. Dat kan via Brabantzorg, maar ook via een andere aanbieder in de regio. Ik ben van mening dat patiënten dat niet zelf hoeven uit te zoeken. Zowel de aanbieder als de verzekeraar hebben de verantwoordelijkheid om mensen te wijzen op de mogelijkheden die er zijn. Via de NZa heb ik begrepen dat beide partijen dat ook oppakken.

Sinds de overheveling van de wijkverpleging naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) is het voor aanbieders en verzekeraars wettelijk aan de contractering van de wijkverpleging. Het contracteringsproces behoeft aan beide kanten nog verbetering. Aanbieders en verzekeraars zijn zich daar ook van bewust en zijn daarom met elkaar een traject gestart om de contractering wijkverpleging voor 2018 en verder te verbeteren. Ook in het bestuurlijk akkoord is hier aandacht voor. Ik ga ervan uit dat partijen de ervaringen van de contractering 2017 ook weer meenemen voor de afspraken die ze voor 2018 gaan maken.

Monitor contractering wijkverpleging

Op 29 mei jl. heeft de Tweede Kamer de monitor contractering wijkverpleging ontvangen (Kamerstuk 29 689, nr. 829). De NZa brengt met deze monitor het verloop van het contracteerproces, de ervaringen daarmee en de inhoudelijke afspraken voor het jaar 2017 in kaart.

Uit de monitor blijkt dat zorgverzekeraars over het algemeen tevreden zijn over het contracteerproces, aanbieders echter niet. Zorgaanbieders geven aan ontevreden te zijn over de afgesproken tarieven voor de zorg in 2017 en de budgetplafonds. De monitor geeft aan dat ook in 2017 geen overschrijdingen worden verwacht. De monitor geeft het beeld dat vooral op doelmatigheid en daarmee op prijzen wordt gestuurd. Om te komen tot beleidsrijke inkoop waarin de kwaliteit van zorg een grotere rol speelt dienen nog behoorlijke stappen te worden gezet. Via de uitvoering van de ontwikkelagenda wordt ingezet op meer inzicht in kwaliteit. Om het contractproces te verbeteren loopt voor het inkooptraject 2018 een traject onder leiding van Zorgverzekeraars Nederland (ZN), waarbij zorgverzeke-

raars samen met de betrokken partijen van de wijkverpleging op bestuurlijk niveau het inkooptraject voor 2018 proberen te verbeteren.

In reactie op de motie van lid Wolbert⁶ stelt de NZa in de monitor vast dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars in 2017 massaal met het geïntegreerd tarief werken: bij gemiddeld 93% van de contracten. Dit betekent dat in de praktijk meestal met een geïntegreerd tarief wordt gewerkt. Met betrekking tot de inkoop van wijkgerichte zorg stelt de NZa vast dat alle verzekeraars dit in de inkoop meenemen. Wel zijn er verschillen in de wijze waarop dit wordt ingekocht. Deze regionale samenwerking blijft van groot belang.

Lid Wolbert⁷ heeft tevens in een motie gevraagd om erop toe te zien dat de verschillende doelgroepen die in sommige contracten geregistreerd moeten worden niet de noodzakelijk te indiceren zorg in de weg mogen zitten. De wijkverpleegkundige indiceert de zorg op basis van de behoefte en omstandigheden van de patiënt. Hiertoe heeft zij de professionele vrijheid. Vanuit de monitor en de praktijk heb ik geen signalen ontvangen dat doelgroepen registratie de indicatiestelling ondermijnt. De registratie kan in sommige gevallen wel leiden tot een ervaren registratielast. Partijen werken met elkaar aan een werkwijze om deze ervaren regeldruk terug te dringen.

Inkoop van casemanagement dementie

Zoals toegezegd in het AO dementiezorg van 7 juni jl. kom ik in deze brief terug op de acties die ik in gang heb gezet om de inkoop en inzet van casemanagement dementie te verbeteren. Naar aanleiding van het actieplan casemanagement hebben verzekeraars afspraken gemaakt over hoe zij casemanagement- en ketenzorg dementie zodanig kunnen inkopen dat dit goed wordt georganiseerd en wachtlijsten worden weggewerkt. Zo zullen ketenzorg dementie en individueel casemanagement landelijk voldoende worden ingekocht. Voor ketenzorg komt hierbij per regio één aanspreekpunt voor aanbieders en voor individueel casemanagement nemen de verzekeraars de geharmoniseerde basisvoorwaarden – zoals deze zijn beschreven in de Zorgstandaard Dementie – op in hun inkoopbeleid.

De volgende stap is dat de verzekeraars tijdens het contracteerproces de daad bij het woord voegen. Ik zal dit proces nauw volgen en heb de NZa gevraagd activiteiten te ondernemen waarbij het handhaven op het naleven van de zorgplicht bij casemanagement dementie centraal staat. Daarbij wordt er gekeken naar zowel de inkoop van casemanagement dementie door verzekeraars, als naar de daadwerkelijke levering van casemanagement dementie aan cliënten door zorgaanbieders, conform de kwaliteitsnormen uit de Zorgstandaard Dementie. De NZa zal de volgende acties in gang zetten:

1. Wachtlijstaanpak: de NZa gaat in regio's met lange wachttijden de betrokken partijen, zoals zorgverzekeraars en zorgaanbieders, aanjagen om de wachttijden weg te werken.
2. De NZa zal in aanvulling op de wachtlijstinformatie (die momenteel nog beperkt is) een meldactie opstarten waarbij mensen die dementie hebben of hun naasten zich kunnen melden als er onvoldoende zorg wordt geleverd. Tevens zullen cliënten geïnformeerd worden over hun rechten en wat zij kunnen doen als ze moeten wachten op zorg. NZa zal bemiddelen en oplossingen aanjagen.

⁶ Kamerstuk 29 689, nr. 737.

⁷ Kamerstuk 29 689, nr. 738.

3. De NZa zal het inkoopproces voor casemanagement apart monitoren, waarbij zij specifiek kijkt of de verzekeraars de gemaakte afspraken in het actieplan zijn nagekomen. Verder zal ingegaan worden op de ervaringen met het inkoopproces ten aanzien van ketenprestatie en individueel casemanagement en de variatie van werkvormen van casemanagement in de regio. Dit zal in het voorjaar van 2018 een beeld geven van de effecten die de afspraken hebben gehad op de inkoop van casemanagement dementie.
4. Ten slotte zullen de wachtlijsten en wachttijden voor casemanagement dementie *structureel* in kaart worden gebracht. Tot nu toe zijn er gegevens verzameld door middel van uitvraag bij ketenregisseurs en coördinatoren dementienetwerken, maar deze zijn door een grote variatie op het gebied van definities en registratie multi-interpretabel. De NZa bespreekt op dit moment met partijen hoe structureel inzicht in wachtlijsten en wachttijden kan worden uitgevoerd en overweegt om de registratie via regelgeving te uniformeren.

Ik ben mij ervan bewust dat er een slag gemaakt moet worden om ervoor te zorgen dat casemanagement dementie voor eenieder die dat nodig heeft beschikbaar is. Ik heb op korte termijn een bestuurlijk overleg met partijen waarin dit ook aan de orde wordt gesteld. Over de uitkomsten van dit overleg zal ik de Tweede Kamer informeren zodat het in het AO wijkverpleging van 5 juli a.s. aan de orde kan komen. Ik adviseer de bestuurlijke partijen om in het bestuurlijk overleg in te stemmen met een verlenging van het actieplan, waarbij in de nieuwe fase van dat actieplan het accent verlegd wordt naar actie en resultaatgerichtheid: implementatie, monitoring en handhaving van de afspraken zal centraal staan. Alle betrokken partijen hebben daarin hun verantwoordelijkheid. Ik zal erop toezien dat in de tweede fase van het actieplan de gemaakte afspraken door alle partijen worden omgezet in actie. Hierover zal ik de Tweede Kamer in september nader informeren in de volgende voortgangsbrief.