

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk
980221-151954-CZ

Bijlage(n)

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Datum 8 juni 2016
Betreft Bekostiging wijkverpleging 2017

Geachte voorzitter,

Mede namens de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bericht ik u over de bekostiging wijkverpleging 2017. Het hoofddoel van de hervorming in de langdurige zorg is om zorg weer dicht bij mensen te organiseren. Zorg en ondersteuning van mensen in de thuissituatie is pas goed als deze bij je past. De vraag wat goede verpleging en verzorging is kan het best beantwoord worden door wijkverpleegkundigen zelf. Zij komen bij mensen thuis. Zij zien wat iemand nodig heeft. Zij maken in overleg met mensen goede zorg thuis mogelijk.

Partijen hebben veel inspanningen moeten leveren om de overgang van de wijkverpleging naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) mogelijk te maken. Daarvoor verdienen ze complimenten. Met de overheveling heeft dit kabinet ernaar gestreefd om de wijkverpleegkundige haar vak weer integraal terug te geven. Zij bepaalt op basis van haar professioneel handelen weer welke inzet van zorg nodig en gepast is, gebaseerd op indicatie en zorgplan. Hierbij neemt ze de omgeving en de zelfredzaamheid van de patiënt mee. Het weer zelf indiceren geeft meer ruimte om het wijkverpleegkundige vak uit te oefenen. Het handelen wordt niet gestuurd door systemen maar door de vakinhoudelijke kennis en kunde.

De volgende stap is het vereenvoudigen van de bekostiging. Hoewel wijkverpleegkundigen meer vrijheid hebben om hun werk in te vullen zijn zij nog teveel tijd kwijt aan papierwerk. Oorzaak hiervan is deels gelegen in de registratie eisen die verbonden zijn aan hun werk. In de huidige bekostiging worden de handelingen die zij verrichten immers betaald en hoe meer verschillende handelingen hoe meer er geregistreerd dient te worden. De werklast die dit met zich meebrengt is veel wijkverpleegkundigen een doorn in het oog.

Ik wil de registratielast, conform motie Wolbert¹ flink verminderen, zodat de manier waarop de zorg wordt betaald niet het werk van de verpleegkundige bepaalt. Om dat te bereiken is afgesproken de komende jaren bij de inkoop te werken met één tarief voor wijkverpleegkundige zorg. Op die manier hoeft de wijkverpleegkundige minder te registreren en is er meer tijd om, in overleg met de mensen thuis, goede zorg te bieden aan wie dat nodig heeft.

¹ Kamerstukken II 2014-2015, 34104, nr. 33

Ook via de bekostiging wil ik dus zoveel mogelijk ruimte voor wijkverpleegkundigen. Dit is ook de reden dat vorig jaar is afgesproken om te onderzoeken of het mogelijk is om per 2017 een bekostigingsmodel in te voeren met zorgpakketten die automatisch worden afgeleid uit patiëntkenmerken die zijn vastgelegd in digitale verpleegkundige classificatiesystemen.

Op 10 februari heeft u het advies "Bekostiging wijkverpleging" van Gupta Strategists ontvangen². De uitkomsten van dit advies heb ik met betrokken partijen besproken. De reactie van partijen en het voorstel voor wijzigingen in de bekostiging per 2017 licht ik in deze brief verder toe. Verder komt ook de nadere uitwerking van de inhoudelijke ontwikkelagenda voor de wijkverpleging aan de orde.

Vereenvoudiging 2017

Wijkverpleegkundigen hebben herhaaldelijk bij mij aangegeven dat het belastend en beknellend is dat de zorg aan een patiënt voor de verantwoording en declaratie moet worden onderverdeeld in geleverde verpleging en verzorging. Deze onderverdeling volgt de huidige aparte prestaties verpleging en verzorging. Dit onderscheid loopt niet altijd parallel met de praktijk van de zorgverlening.

Om de administratieve lasten voor de wijkverpleegkundige in 2017 al te kunnen terugbrengen en daarmee meer ruimte te bieden voor het professioneel handelen, is het belangrijk op korte termijn een vereenvoudiging door te voeren.

Ik heb daarom met partijen afgesproken dat per 2017 bij de inkoop het bestaande onderscheid tussen verpleging en verzorging zal worden losgelaten. Er zal worden ingekocht op basis van een geïntegreerde prestatie met een geïntegreerd tarief. Hierbij wordt gebruik gemaakt van het experiment verpleging en verzorging. Er vindt een versimpeling plaats doordat de huidige vijf prestaties³ verpleging en verzorging worden teruggebracht tot één geïntegreerd tarief. Ik benadruk dat het geïntegreerde tarief is bedoeld om de wijkverpleegkundige meer ruimte te geven en niet om als gevolg van de bekostigingswijziging tot een herallocatie van middelen bij aanbieders te komen.

De NZa zal ervoor zorgen dat de bestaande experiment beleidsregel voor wijkverpleging de ruimte biedt voor het geïntegreerde tarief, waarbij als uitgangspunt geldt dat de administratieve lasten voor de deelnemers aan het experiment tot een minimum beperkt blijven. Dit heeft de NZa ook voor de bestaande experimenten in 2016 al zo ingericht. Uiteraard geldt dat het nieuwe tarief op macroniveau niet tot extra kosten zal leiden.

In het onverhoopte geval dat geen overeenstemming wordt bereikt over de geïntegreerde prestatie wijkverpleging tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, bestaat de mogelijkheid om op basis van de huidige prestaties en maximumtarieven afspraken te maken. De huidige bekostigingsstructuur blijft bestaan. Deze is ook bedoeld voor niet gecontracteerde zorg (zowel zorg in natura als restitutiepolis). Ongecontracteerde aanbieders kunnen deze afzonderlijke prestaties blijven declareren. Ook de huidige werkwijze voor budgethouders (bestaande en nieuwe gevallen) blijft hiermee gehandhaafd waarmee zij de zorg

² Kamerstukken II 2015-16, 29689, nr. 684

³ Persoonlijke verzorging, oproepbare verzorging, verpleging, oproepbare verpleging, Advies instructie en voorlichting (AIV)

die nodig is kunnen blijven inzetten. Het geïntegreerde tarief dient ruimte te bieden voor een toekomstbestendige ontwikkeling waarin de inzet van hoger opgeleid personeel aan de voorkant uiteindelijk kan leiden tot het afbouwen van zorg.

Met deze versimpeling bestaat de noodzaak tot maatwerk in de contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Individuele omstandigheden van aanbieders kunnen bepalend zijn voor de hoogte van het te onderhandelen tarief. De overeen te komen procesvoorwaarden voor partijen zijn daarom van belang. Dit vereist dat de handreiking van de NZa over good contracting practices in acht wordt genomen. De NZa zal het contracteerproces monitoren waarbij deze een signalerende functie heeft en waar nodig met voorstellen tot oplossingen komt. Omdat ook zorgverzekeraars deze vereenvoudiging ondersteunen hebben zij aangegeven aandacht te hebben voor de noodzaak van maatwerk ook als het gaat om het contact met kleinere zorgaanbieders.

Ketenzorg dementie

Net zoals in de AWBZ kunnen partijen in de Zvw met kleinschalige, kortdurende experimenten in het kader van ketenzorg dementie gebruik maken van de beleidsregel ketenzorg dementie. Deze beleidsregel kent de vorm van een experiment. Vanwege het belang dat ik hecht aan de dementiezorg en specifiek de ketenzorg voor dementie zal ik de NZa verzoeken het experiment om te zetten in een aparte prestatie ketenzorg dementie met een vrij tarief.

Duidelijkheid rondom planning is realisatie

Een andere manier om tot vereenvoudiging en daarmee vermindering van administratieve lasten te kunnen overgaan is de mogelijkheid om gebruik te maken van "planning is realisatie". Dit betekent dat de geplande zorg overeenkomt met de geleverde zorg. Het zorgplan vormt daarmee de basis voor de verantwoording. In de werkgroep vermindering administratieve lasten wijkverpleging onder leiding van ZN is dit onderwerp ook aan de orde geweest. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars werken aan een handreiking "zorgplan is realisatie", om afspraken te maken over de verantwoording van rechtmatig geleverde zorg en op welke wijze deze het beste geregistreerd kan worden. Ik zal de NZa verzoeken om zo spoedig mogelijk een circulaire uit te brengen waarin aandacht wordt besteed aan de toepassing van de handreiking en het proces rondom de inrichting van planning is realisatie zodat duidelijk wordt voor partijen wat er mogelijk is. Het streven hierbij is om helderheid te hebben ten behoeve van het inkoopproces 2017.

Wijkgericht werken

In de brief aan uw Kamer van 19 mei 2015⁴ is aangekondigd dat de prestatie wijkgericht werken komt te vervallen. Uitgangspunt voor mij is de integraliteit van zorg. Een aparte prestatie wijkgericht werken sluit daar niet bij aan. Ik vind het echter belangrijk dat deze activiteiten worden geborgd omdat ze een belangrijk onderdeel vormen van de wijkverpleegkundige zorg. ZN en VNG ondersteunen de samenwerking tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en gemeenten om de brede en integrale verbinding van het medische en het sociale domein in de wijk regionaal/lokaal in te vullen. Zonder de prestatie wijkgerichte zorg in 2017 is het via de prestatie beloning op maat mogelijk om met aanbieders een beloningsafspraken te maken over de wijkgerichte zorg zoals de coördinatie,

⁴ Kamerstukken II 2014-15, 29689, nr. 589

samenwerking met de gemeente en de preventieve taken. In de gezamenlijke brief van ZN en VNG van 19 april jl. over hun samenwerkingsagenda bevestigen ze het gezamenlijke belang en de intentie om de verbinding tussen de domeinen verder te ontwikkelen. De bekostiging geeft daartoe in 2017 de ruimte.

Naast de vereenvoudiging in 2017 werk ik samen met partijen aan een inhoudelijke ontwikkelagenda. Nadat 2015 in het teken heeft gestaan van de overheveling van de wijkverpleging van de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) naar de Zvw is het van belang om vanaf 2016 verdere stappen te zetten in de doorontwikkeling van het wijkverpleegkundige vak en de randvoorwaarden die van belang zijn om deze ontwikkeling mogelijk te maken. Hierbij worden thema's als kwaliteit en professionaliteit nader uitgewerkt.

Toekomstige bekostiging

Het advies van Gupta heeft aangetoond dat een automatische afleiding uit classificatiesystemen op dit moment niet mogelijk is. Omdat partijen wel de inhoud van het wijkverpleegkundige vak als startpunt hanteren voor de bekostiging, hebben ze het initiatief genomen om samen met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een alternatief bekostigingsmodel uit te werken.

Voorstel partijen en planning

Dit gezamenlijk initiatief heeft geleid tot een voorstel waarin de NZa een toekomstig bekostigingsmodel heeft geschetst. In het nieuwe model moet het professioneel handelen van de wijkverpleegkundige voorop staan. Hierbij is een inhoudelijke onderbouwing van de inzet van zorg op patiëntniveau van belang. Deze onderbouwing zal leiden tot een aantal zorgprofielen, gebaseerd op zorggerelateerde informatie (bijvoorbeeld is iemand dementerend of palliatief terminaal) en de specifieke patientkenmerken (bijvoorbeeld is er mantelzorg beschikbaar). Verzekeraars gaan samen met V&VN afspraken maken over welke informatie nodig is om tot zorgprofielen te komen.

De NZa heeft samen met partijen het tijdspad en de benodigde stappen geschetst om dit model in te kunnen voeren. De benodigde informatie over de bekostiging dient logischerwijs te volgen uit de dagelijkse uitvoeringspraktijk van de wijkverpleegkundige. Geen extra registratielast, maar juist iets dat toch al wordt opgenomen in het zorgplan van een patiënt. De tussen partijen af te spreken patiëntprofielen worden in 2017 getest en geregistreerd in pilots bij zorgaanbieders. De aanlevering van deze pilotgegevens dient als onderbouwing bij de inrichting van de uiteindelijke productstructuur. In 2018 vindt definitieve besluitvorming plaats over de implementatie van het ontwikkelde model in 2019. De NZa gaat de verdere uitwerking van het traject voor de nieuwe bekostiging op zich nemen waarbij zij de partijen van de wijkverpleging nauw betrekken.

Go/no go in 2016

Om deze vorm van bekostiging per 2019 in te kunnen voeren is het noodzakelijk dat de bovengenoemde planning wordt gevolgd. Alle partijen onderschrijven dat dit geen vrijblijvendheid is. Dat partijen nu met elkaar onderzoeken wat de kostenbasis is binnen de wijkverpleging vind ik een goede ontwikkeling. Ik wil benadrukken dat dit niet mag leiden tot een groot aantal prestaties binnen de bekostiging. Het toekomstig model moet zeer eenvoudig zijn. Een belangrijk aandachtspunt is hierbij ook welke consequenties een dergelijke bekostiging heeft op de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige. De nu ingezette vereenvoudiging moeten immers worden bestendigd en doorgezet.

Conform de motie van het Kamerlid Dik-Faber⁵ zal ik de NZa vragen er op toe te zien dat bij het ontwikkelen van het nieuwe bekostigingsmodel de kwaliteit, keuzevrijheid en beschikbaarheid van de gecontracteerde wijkverpleging in de nacht- en weekenduren en in landelijke gebieden gewaarborgd blijft. In 2016 heb ik al de prestatie voor de regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg geïntroduceerd, waarmee zorgverzekeraars en zorgaanbieders in staat zijn om maatwerk te bieden en tegemoet te komen aan de regionale variatie. Ik heb aan de NZa gevraagd om in hun monitor contractering wijkverpleging aandacht te besteden aan de inkoop van de regionale beschikbaarheidsfunctie en het gebruik van de nieuwe prestatie in 2016.

Tot slot

Ik realiseer me dat een grote verandering in de bekostiging tijd kost. Partijen hebben zoals eerder gezegd vooral veel inspanningen moeten leveren om de overheveling naar de Zvw mogelijk te maken. De tijd is nu rijp om toe te werken naar een bekostiging gebaseerd op inhoudelijke kenmerken. Ik ben blij dat partijen zelf in overleg met de NZa tot een voorstel inclusief een stapsgewijze planning zijn gekomen waarmee een substantiële stap weg van de uren kan worden gemaakt.

Hoogachtend,

de staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

drs. M.J. van Rijn

⁵ Kamerstukken II 2015-16, 29689, nr. 670