

Vergaderjaar 2013–2014

**30 597**

**Toekomst AWBZ**

**Nr. 440 HERDRUK<sup>1</sup>**

Ontvangen ter Griffie op 20 mei 2014.

Het besluit tot het doen van een **aanwijzing** kan niet eerder worden genomen dan op 19 juni 2014.

## **BRIEF VAN DE MINISTER EN STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 mei 2014

Zoals in de brieven «hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst» en «nadere uitwerking langdurige zorg<sup>2</sup>» is beschreven, zal met ingang van 1 januari 2015 verpleging en verzorging zonder verblijf worden opgenomen in het verplichte basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw). In de brief «samenhang in zorg en ondersteuning<sup>3</sup>» is de toekomstige aanspraak wijkverpleging nader toegelicht. Daarnaast zijn in het onderhandelaarsresultaat Verpleging en Verzorging afspraken gemaakt over de uitgangspunten en contouren van de nieuwe bekostiging wijkverpleging in de Zvw en het overgangsjaar 2015. Dit onderhandelaarsresultaat<sup>4</sup> is ook aan uw Kamer gestuurd.

### **Algemeen**

Doordat de verpleging en verzorging in 2015 onderdeel uitmaakt van de Zvw zal deze zorg dichterbij de andere eerstelijnszorg, zoals huisartsenzorg worden gepositioneerd. 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. Gemeenten worden verantwoordelijk voor de ondersteuning van mensen met een beperking bij zelfredzaamheid en participatie.

Zorg en ondersteuning moeten de burger in staat stellen zo lang mogelijk in eigen omgeving te blijven, ondanks ziekte, beperking of ouderdom. Het gaat bij de wijkverpleging om een andere manier van zorg verlenen, waarbij de focus ligt op zelfredzaamheid, ontzorgen, kwaliteit van leven en gepast zorggebruik. De vraag van de cliënt en zijn (on)mogelijkheden moet bepalend zijn voor de zorg of ondersteuning die hij ontvangt. De

<sup>1</sup> I.v.m. toevoeging termijntekst.

<sup>2</sup> Kamerstuk 30 597, nr. 380

<sup>3</sup> Kamerstuk 29 538, nr. 152

<sup>4</sup> Bijlage bij Kamerstuk 30 597, nr. 428

wijkverpleegkundige vormt daarbij een zichtbare schakel tussen zorg en welzijn en zal hierbij een eigenstandige positie innemen naast de huisarts.

### **Bekostiging wijkverpleging in de Zvw**

Binnen de aanspraak wijkverpleging is sprake van zowel verpleging als verzorging. Hierbij gaat het om verpleegkundige handelingen zoals wondverzorging, injecties en catheterisaties en verzorgende handelingen zoals wassen en aankleden. De wijkverpleegkundige is in de eerste plaats een zorgverlener. Daarin vormt de (wijk)verpleegkundige tevens de schakel tussen de cliënt, zijn of haar sociale omgeving en de verschillende professionals. Binnen de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is voor deze laatste coördinerende, regisserende en signalerende taken geen bekostigingstitel. De ruimte die de wijkverpleegkundige nodig heeft om breder te kijken dan de oorspronkelijke zorgvraag is door de huidige indeling in functies en klassen verdwenen. Binnen de aanspraak wijkverpleging zullen naast de (wijk)verpleegkundige ook verzorgenden en gespecialiseerde verpleegkundigen werkzaam zijn.

Met de nieuwe bekostiging wordt beoogd de volumeprikkel die in de huidige bekostiging van extramurale verpleging is verweven door iedere handeling te koppelen aan een tarief, weg te nemen. Hiermee zal het productievolume niet meer bepalend zijn voor de bekostiging. Daarnaast zal er ruimte zijn voor aanvullende beloningsafspraken op basis van (gezondheids)uitkomsten en dient de bekostiging te voorzien in een populatiegebonden deel.

De taken van de wijkverpleegkundige op het vlak van samenwerking in de wijk met professionals uit de verschillende disciplines zullen een structurele plek krijgen binnen de bekostiging. Wijkverpleegkundigen kunnen hiermee verpleegkundige taken combineren met taken op het sociaal gebied zoals het verbeteren van de samenhang tussen preventie, zorg, welzijn en wonen. Tevens zal er voldoende ruimte bestaan voor de wijkverpleegkundige om bij het bepalen van de zorgvraag van de cliënt ook de mogelijke zelfredzaamheid en de sociale omgeving te betrekken.

Onderdeel van de aanspraak per 1 januari 2015 is dat de wijkverpleegkundige kan reageren op signalen over individuele verzekerden. Daarmee kan de wijkverpleegkundige «achter de voordeur» komen en zo nodig vroegtijdig ingrijpen. Deze preventie valt daarmee onder de te verzekeren zorg. Verder valt ook de geïndiceerde en zorggerelateerde preventie door de wijkverpleegkundige onder de verzekerde zorg binnen de Zvw. De zorggerelateerde preventie richt zich op individuen met een ziekte of een of meerdere gezondheidsproblemen. Deze preventie heeft tot doel het individu te ondersteunen bij zelfredzaamheid, ziektelast te reduceren en ernstige aandoeningen te voorkomen die gepaard gaan met hogere zorgkosten.

Op 28 november 2013 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) het advies bekostiging wijkverpleging in de Zvw uitgebracht. Dit advies is zonder inhoudelijke beleidsopvatting aan de Tweede Kamer verzonden<sup>5</sup> (Kamerstuk 30 597, nr. 391). Op basis van dit advies en de gesprekken die we hebben gevoerd met betrokken partijen hebben we een keuze gemaakt voor de contouren van de inrichting van de toekomstige bekostiging van wijkverpleging en verzorging. Voor de keuze van de bekostiging in 2015 hebben we gebruik gemaakt van het aanvullende advies van de NZa dat als bijlage is toegevoegd.

---

<sup>5</sup> Kamerstuk 30 597, nr. 391

## **Toekomstig bekostigingsmodel**

Bij de keuze voor een toekomstig model zijn meerdere factoren gewogen. In ieder geval is de samenwerking met gemeenten een belangrijke doelstelling. Daarnaast is ook gekeken naar de toekomstige huisartsenbekostiging om de samenhang tussen beide bekostigingssystemen te bevorderen. Dit helpt zorgverzekeraars en aanbieders om deze zorg als samenhangend pakket te organiseren en te leveren.

Aan de hand van genoemde uitgangspunten hebben we gekozen voor de contouren van een nieuw bekostigingsmodel voor verpleging en verzorging dat uit drie segmenten zal bestaan. Dit model kan rekenen op draagvlak bij partijen. Met dit model wordt een transitie in gang gezet van het belonen van verrichtingen naar het belonen van (gezondheids)uitkomsten waarbij de prikkel bestaat voor het leveren van goede en gepaste zorg die leidt tot zichtbaar positieve uitkomsten.

Het eerste segment richt zich op de beschikbaarheidsfunctie van de wijkverpleegkundige in de wijk. De niet op voorhand individueel toe te rekenen kosten van onder andere het signaleren van een mogelijke zorgvraag bij kwetsbare burgers en het deelnemen in sociale wijkteams zal in dit segment op basis van populatiebekostiging vorm worden gegeven. Deze zorg zal ook voor de hele populatie van alle verzekerden beschikbaar zijn. Partijen hebben aangegeven dat ze een populatiebenadering ten aanzien van zowel de signalerende en preventieve taken als de benodigde samenwerking in een sociaal wijkteam gewenst vinden. Hiermee wordt geregeld dat mensen in de wijk, die nog geen verpleging en verzorging hebben (bijvoorbeeld zorgmijders en mensen die de weg niet kennen) geholpen kunnen worden. Hiervoor geldt dat de wijkverpleegkundige beoordeelt wat er aan de hand is en zonodig doorschakelt naar Zvw-zorg of welzijn. Slechts een beperkt deel van de cliënten komt via dit wijkteam binnen. Het overgrote deel komt via de huisarts, het ziekenhuis of rechtstreeks in zorg en daarmee in het tweede segment.

In het tweede segment wordt de verpleging en verzorging geleverd en de daaraan verbonden signalerende taken. In dit segment zal een beperkt aantal zorgcategorieën met een gemiddeld tarief bestaan voor groepen cliënten op basis van voor die groep (deelpopulatie) benodigde intensiteit en bijbehorende kosten van de zorgverlening. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan een gemiddeld tarief voor intensieve kindzorg of zorg voor dementerende ouderen. Dat betekent dat een zorgaanbieder een vast bedrag ontvangt voor de te leveren zorg waarbinnen de zorgverlener naar eigen inzicht kan handelen. Ook de vormgeving van de structurele financiering van casemanagement dementie kan in deze laag een plek krijgen. Het is de bedoeling dat zorgaanbieders en verzekeraars een passend zorgaanbod organiseren voor de patiënt, waarbij de verzekeraar de zorgcategorieën inkoop op basis van de verwachte zorgbehoefte van de populatie. De vergoeding aan de zorgaanbieder zal plaatsvinden op basis van het (maximum) tarief per zorgcategorie. De uitvoering van het zorgplan en niet de daadwerkelijk geleverde uren vormen het uitgangspunt voor de verantwoording.

Het derde segment richt zich op het belonen van uitkomsten. In dit segment wordt ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders geboden om (belonings)afspraken te maken over de resultaten van de inzet in de andere twee segmenten. Deze resultaten kunnen divers zijn en betreffen onder andere procesuitkomsten (bijv. deelname aan benchmark, spiegelinformatie), gezondheidsuitkomsten op populatieniveau, doorverwijzingen, substitutie, zorgvernieuwing en patiënttevredenheid. Ook is het mogelijk om praktijkvariatie mee te nemen in de beloningsafspraken. In

overleg met partijen zullen een beperkt aantal nieuwe prestaties worden ontwikkeld, die het belonen van uitkomsten een stimulans moeten geven. Naast deze prestaties staat het zorgaanbieders en zorgverzekeraars vrij om ook over andere thema's afspraken te maken. Dit segment is alleen onder voorwaarde van een overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder te declareren.

Voor segment één is per 2015 maximaal € 40 mln beschikbaar. Segment één dient met name om een impuls te geven aan de samenwerking in de wijk. Het merendeel van het werk van de wijkverpleegkundige vindt plaats in segment 2. Voor de hele aanspraak wijkverpleging is straks € 3,1 mld beschikbaar. Het voornemen bestaat om in overleg met de sector een monitor op te zetten om goed zicht te hebben op de wijze waarop de beschikbaarheid van de wijkverpleegkundige functie in segment één en de contractering vorm krijgen.

De NZa wordt gevraagd dit model verder te ontwikkelen en te adviseren over de precieze omvang en inhoud van de drie bekostigingslagen, waarbij rekening is gehouden met het beschikbare budgettaire kader voor wijkverpleging. De wisselwerking tussen de lagen en de mogelijke ongewenste prikkels die ontstaan als gevolg van de verschillende elementen van bekostiging vormen daarbij een belangrijk aandachtspunt. Dit geldt tevens voor de mogelijke gedragseffecten en de noodzaak van een zorgvuldige invoering waarbij risico's met betrekking tot de continuïteit van zorg worden voorkomen. Bij de nadere invulling van het segment beschikbaarheid van de wijkverpleegkundige is het van belang aandacht te besteden aan de onafhankelijkheid van de doorverwijzing naar de organisatie die de zorg gaat leveren. We zullen de NZa tevens vragen om een fraudetoets bij het uiteindelijke bekostigingsmodel op te nemen in het advies. Het advies van de NZa verwacht ik uiterlijk 1 december 2014.

### **Bekostigingsmodel 2015**

In het onderhandelaarsresultaat verpleging en verzorging is de afspraak gemaakt dat de inkoop in 2015 plaatsvindt op basis van representatie, waarbij verzekeraars per (zorgkantoor)regio inkopen. De keuze voor representatie vindt bij overhevelingen vaker plaats, zodat verzekeraars en aanbieders ervaring kunnen opdoen in de nieuwe situatie maar vooral om voor patiënten een zachte landing mogelijk te kunnen maken. Verzekeraars en aanbieders contracteren in 2015 voor wijkverpleging niet boven de financiële omvang van 2014 minus de afgesproken taakstelling 2015, met daarbij ruimte voor differentiatie tussen aanbieders. Verzekeraars en aanbieders maken afspraken over de omvang van het individuele budget per aanbieder in 2015. Hierbij kunnen de kosten per cliënt worden teruggebracht met behulp van de inzet op zorgvernieuwing.

Hieronder geven we de zakelijke inhoud van de aanwijzing die we van plan zijn op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) te geven over de bekostiging van de wijkverpleging in de Zvw in 2015. Overeenkomstig artikel 8 van de WMG gaan we tot het geven van de aanwijzing niet eerder over dan nadat dertig dagen zijn verstreken na verzending van deze brief.

Om een zorgvuldige overgang te kunnen realiseren zal in 2015 worden gewerkt met een overgangsmodel. Gegeven de tijd is het niet haalbaar om al vanaf 1 januari 2015 met het nieuwe model te werken. Ook voor de noodzakelijke inrichting van ICT-systemen is het voor partijen belangrijk dat ze zoveel mogelijk kunnen aansluiten bij bestaande praktijk. De basis voor dit model in 2015 wordt gevormd door de huidige prestaties en tarieven (maximumtarief) in de AWBZ voor verpleging en verzorging. De

huidige prestaties en tarieven dienen daarmee in 2015 voor «het vullen» van de afgesproken budgetten met de zorgaanbieders. Hierbij zal de NZa deze prestaties voor zover sprake is van dezelfde hoogte van het tarief, zoveel mogelijk bundelen. Het advies bekostiging wijkverpleging 2015 dat de NZa hierover heeft uitgebracht is als bijlage toegevoegd<sup>6</sup>.

De vereenvoudiging van het aantal prestaties dat hiermee gepaard gaat zorgt voor een vermindering van de administratieve lasten en zien we als stap in de richting van een nieuw bekostigingsmodel dat uitgaat van integrale zorgcategorieën.

Daarnaast zullen ook de huidige prestaties in de Zvw, namelijk die voor de medisch specialistische verpleging in de thuissituatie (MSVT) in 2015 worden gehandhaafd. Het is aan de zorgorganisaties en zorgverzekeraars om binnen het door hen vastgestelde budget, afspraken te maken over nieuwe arrangementen aan cliënten op basis van de visie op zorgverlening en doelmatigheid. Het gaat om het versterken van de zelfredzaamheid, ontzorgen, focus op kwaliteit van leven en gepast zorggebruik waardoor minder volume per cliënt kan worden ingezet. Hierbij is het van belang om te benadrukken dat het binnen de huidige regelgeving niet nodig is om een bewerkelijke registratie te voeren. De zorg kan bijvoorbeeld worden gedeclareerd op basis van een zorgplan. Dit plan wordt uitgewerkt in een arrangement waarbij een gemiddelde wordt afgesproken over de te leveren zorg. Daarbij bestaat wel de eis dat het aannemelijk is dat de zorg daadwerkelijk geleverd is. Op die manier is de verantwoordingslast beperkter zodat medewerkers in de zorg zich met de zorg zelf kunnen bezighouden en we de noodzakelijke cultuuromslag in gang kunnen zetten.

Voor de niet op voorhand individueel toewijsbare wijkverpleegkundige zorg zoals de deelname aan het sociale wijkteam en nader verkennen van signalen, krijgt de zorgverzekeraar de mogelijkheid om een aanvullende prestatie overeen te komen. Op basis van deze prestatie kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders aanvullende afspraken maken over de bekostiging van de «niet toewijsbare zorg» door een specifieke aanbieder in een regio. Hierbij gaat het onder andere om de beschikbaarheid van de verpleegkundige functie voor deelname aan sociale wijkteams. Zorgverzekeraars en gemeenten moeten afspraken maken over de afstemming tussen zorg en maatschappelijke ondersteuning in de wijk. Deze prestatie zal in 2015 een vrij tarief betreffen.

Vooruitlopend op de definitieve bekostiging van de verpleegkundige zorg zijn wij voornemens de NZa op te dragen om voor initiatieven op het gebied van complexe wondzorg, waarvoor op dit moment geen reguliere bekostigingstitel voorhanden is, een aparte regieprestatie vast te stellen in de vorm van een vrij tarief per 1 januari 2015. Deze regieprestatie kan worden gedeclareerd naast de consulten voor verpleging door aanbieders met specifieke wondexpertise. Op deze manier kunnen innovatieve vormen van complexe wondzorg met een kwaliteitsverbeterend- en besparingspotentieel hun activiteiten verder ontplooiën. Vanaf 2016 zal ook deze zorg integraal onderdeel uitmaken van de verschillende zorgcategorieën in het tweede segment.

### **Eigen Risico en kostenbeheersing**

Bij de aangenomen motie Voortman is ons verzocht de voor- en nadelen van een verplicht eigen risico voor de wijkverpleegkundige te onderzoeken. We hebben besloten dat de aanspraak wijkverpleging niet onder het eigen risico valt.

<sup>6</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

Zoals hierboven beschreven zullen verzekeraars en aanbieders in 2015 budgetafspraken maken. In het onderhandelaarsresultaat is tevens afgesproken dat partijen zich tot het uiterste inspannen om de taakstelling te realiseren en zijn ze overeen gekomen dat bij de zorginkoop en de zorgverlening het beschikbare financiële kader als uitgangspunt dient. Dit geldt tevens voor de situatie na 2016 als sprake is van een nieuwe bekostiging. In het onderhandelaarsresultaat is afgesproken dat partijen een uiterste inspanning leveren om overschrijdingen te voorkomen. Wat betreft de risicodragendheid van verzekeraars geldt voor 2017 volledige risicodragende uitvoering voor verpleging en verzorging en een nader te bepalen beperkte stap in 2015 en een grotere stap in 2016. De precieze invulling van deze stappen zal zoals gebruikelijk in september van het jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar worden bepaald waarbij de kwaliteit van het ex ante risicovereveningsmodel bepalend zal zijn voor het afbouwpad van de ex post compensaties.

Daarnaast zal de NZa worden verzocht de Minister te informeren over het totaal van de gecontracteerde- en ongecontracteerde zorg. Hiertoe dienen zorgverzekeraars in december 2014 een opgave te verstrekken van de gecontracteerde zorg en een inschatting te geven van de ongecontracteerde zorg. Indien uit dit overzicht blijkt dat de uitgaven niet binnen het beschikbare financiële kader voor de wijkverpleging blijven, spreekt de Minister aanbieders en verzekeraars hierop aan, zodat deze maatregelen kunnen nemen.

Indien ondanks de gemaakte afspraken toch overschrijdingen optreden van het budgettaire kader wijkverpleging en verzorging heeft de Minister van VWS de mogelijkheid om deze overschrijding te redresseren door middel van een generiek Macrobeheerinstrument (MBI). Als het MBI onverhoopt moet worden toegepast zal ik tegelijkertijd nadere waarborgen voor de beheersing invoeren in de vorm van eigen risico of eigen betaling. Voorts kan de Minister in het geval van een overschrijding ertoe besluiten om in plaats van of naast de MBI-heffing de tarieven te verlagen zodat herhaling van de overschrijdingen in de volgende jaren wordt voorkomen.

De Minister is voornemens de NZa te verzoeken om in haar beleidsregels een generiek MBI als ultimatum remedium voor de wijkverpleging vast te leggen. Kenmerkend voor een generiek MBI is dat indien zich een overschrijding op het betreffende kader voordoet, alle aanbieders die deze zorg hebben geleverd een generiek percentage van hun omzet moeten terugstorten in het Zorgverzekeringsfonds. De NZa heeft daarbij de bevoegdheid om inning achterwege te laten bij die aanbieders die een zeer klein marktaandeel hebben en bij wie het opleggen van de MBI-heffing hogere incassokosten met zich mee zou brengen dan het te vorderen bedrag. Ook vanaf 2016 en verder zal gelden dat het MBI als ultimatum remedium kan worden ingezet bij overschrijdingen die zich ondanks de gemaakte afspraken toch voordoen. De Minister zal in de aanwijzing opnemen dat de verpleging en verzorging onder het MBI dient te worden gebracht.

Het transitie-model betreft in beginsel het jaar 2015. Met in achtneming van het NZa advies zal de Minister, na overleg met partijen, in maart 2015 een definitief besluit nemen over het nieuwe model en het tijdpad van invoering.

### **Tot slot**

Het vergt een aantal behoorlijke stappen om invoering van het nieuwe bekostigingsmodel per 2016 te realiseren. De komende periode wordt met

alle betrokken partijen het nieuwe bekostigingsmodel verder uitgewerkt. Zij hebben zich over de contouren van de bekostiging per 2016 uitgesproken in het convenant verpleging en verzorging. Wij hebben er vertrouwen in dat de benodigde stappen tijdig zullen worden gemaakt.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.I. Schippers

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