

Vergaderjaar 2014–2015

34 104

Langdurige zorg

Nr. 60

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 17 juni 2015

In de brief van 14 april jongstleden¹ is toegezegd dat u voor de zomer een inhoudelijke reactie krijgt op de voorlopige duiding van het eerstelijns verblijf van het Zorginstituut Nederland en dat u uitgebreid wordt geïnformeerd over het eerstelijns verblijf. Met deze brief geef ik, mede namens de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, invulling aan deze toezegging. Tevens bied ik u het advies voor de bekostiging van het eerstelijns verblijf van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aan (zie bijlage 1)².

Nieuwe zorgvorm in de eerste lijn

De maatschappelijke ontwikkeling dat mensen, ondanks ouderdom, beperking of aandoening, zo lang mogelijk thuis in hun vertrouwde omgeving willen blijven wonen, is al langere tijd gaande. Met de hervorming van de langdurige zorg is de wet- en regelgeving hierop aangepast. Met de overheveling van de verpleging en verzorging naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) is een sterke eerste lijn gecreëerd met de wijkverpleegkundige als schakel tussen zorg en welzijn naast de huisarts. Gemeenten hebben met de Wmo 2015 verantwoordelijkheid gekregen voor ondersteuning in de thuissituatie, waaronder de ondersteuning van de mantelzorger. Wanneer er een blijvende behoefte is aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid dan is deze zorg geregeld in de Wet langdurige zorg. Een Wlz-indicatie kan thuis in de vertrouwde omgeving worden verzilverd met een pgb, mpt of vpt.

Mevrouw van 83 jaar oud, alleenstaand en thuiswonend met wijkverpleging. Ze heeft een longontsteking die nog niet over gaat. De mevrouw eet en drinkt niet genoeg. De oorzaak hiervan is nog onbekend; misschien is ze bang om te vallen als ze naar de keuken of

¹ Kamerstuk 34 104, nr. 37.

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

het toilet moet, misschien vergeet ze om te eten. De diagnose dementie is nog niet gesteld, maar wordt wel vermoed door de wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige overlegt met de huisarts en samen wordt geconstateerd dat er thuis gezondheidsverlies dreigt en er een tijdelijke behoefte is aan intensief toezicht, diagnostiek en reactivering, waarna de mevrouw weer thuis kan wonen.

In de Kamerbrief van 30 juni 2014³ is aangegeven dat voor een sterke eerste lijn een kortdurende opname mogelijkheid voor bepaalde groepen noodzakelijk is. Kwetsbare ouderen die thuis wonen vormen een belangrijke doelgroep, maar de opname faciliteit geldt voor alle verzekerden. Dit verzekerd recht is geregeld in de basisverzekering van de Zvw. Artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering regelt onder andere het verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg, zoals huisartsen plegen te bieden, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg. Het zogenoemde eerstelijns verblijf.

Tussenrapportage eerstelijns verblijf van het Zorginstituut Nederland

Het Zorginstituut Nederland is in juli 2014 gevraagd het eerstelijns verblijf als verzekerde zorg onder de Zvw te duiden. In de tussenrapportage die u op 14 april jongstleden heeft ontvangen, wordt door het Zorginstituut een verkenning van de regelgeving en de systematiek van de Zvw gegeven. Hiermee wordt op een heldere en uitgebreide wijze het speelveld geschetst, waarbinnen partijen in de zorg en zorgverzekeraars gezamenlijk de mogelijkheden hebben om tot een aanbod van eerstelijns bedden te komen.

Ik benoem, net als het Zorginstituut in zijn verkenning, expliciet de opmerking «om tot een aanbod te komen» omdat dit aanbod momenteel bijna niet voorkomt onder de Zvw. Tot en met 2014 werd voor kortdurende opnames na een ziekenhuisopname en vanuit de eerste lijn de AWBZ gebruikt, ondanks dat de ZZZP-systeem van de AWBZ nooit ontworpen en bedoeld was voor kortdurend verblijf. Ondanks deze praktijk is het de vraag of dit in alle gevallen gepaste en goede zorg was of dat er andere mogelijkheden voorliggend waren. Momenteel wordt de praktijk zoals deze onder de AWBZ gold zo goed als gelijk voortgezet in de subsidieregeling eerstelijns verblijf 2015 onder de Wet langdurige zorg (Wlz).

In de Zvw geldt echter een ander regime dan in de Wlz en het is dan ook niet mogelijk om de huidige praktijk rechtstreeks vanuit de subsidieregeling naar de Zvw over te hevelen. In de Zvw geldt een open, functionele aanspraak die zorginhoudelijke wordt ingevuld door de beroepsgroepen. De indicatiestelling is in de Zvw niet centraal geregeld via het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), maar ligt in handen van de verantwoordelijke zorgverlener. De organisatie van het zorgaanbod vindt plaats door overleg tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De dagelijkse praktijk zoals die onder de subsidieregeling eerstelijns verblijf speelt, wordt door partijen niet herkend in de mogelijkheden die het Zorginstituut binnen de Zvw schetst. Vooral over de behandeling die de specialist ouderengeneeskunde in het eerstelijns verblijf biedt is nog onduidelijkheid. Het is dan ook begrijpelijk dat de voorlopige duiding heeft geleid tot commotie bij de branchepartijen en in het veld. Als reactie hierop en ter ondersteuning van de transitie heeft het Zorginstituut deze tussenrapportage opgesteld met

³ Kamerstuk 30 597, nr. 459.

de heldere boodschap aan het veld om zorginhoud te geven aan het eerstelijns verblijf.

Op mijn verzoek ontwikkelt Verenso in overleg met andere betrokken beroepsgroepen een verwijsinstrument waarmee de zorgtoewijzing voor eerstelijns verblijf door de verantwoordelijk zorgverlener op een eenduidige wijze plaatsvindt. In november wordt dit verwijsinstrument vastgesteld. Dit traject levert de zorginhoudelijke en organisatorische informatie op, waarmee het Zorginstituut de duiding van het eerstelijns verblijf binnen de Zvw voor het eind van dit jaar kan vaststellen.

Advies bekostiging eerstelijns verblijf van de Nederlandse Zorgautoriteit.

Conform de wettelijke bevoegdheden van de NZa dienen voor de aanspraak op de zorg en het verblijf onder artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering prestaties en tarieven te worden vastgesteld. Daartoe heeft de NZa verschillende ontwikkelde varianten van de bekostigingsstructuur geconsulteerd bij de veldpartijen. Hieruit is gebleken dat er onvoldoende draagvlak bij de branchepartijen bestaat om de vaststelling van prestaties en tarieven door de NZa per 1 januari 2016 plaats te laten vinden. Ook heeft de NZa geconstateerd dat nadere informatie over de inhoud van de zorg binnen eerstelijns verblijf nodig is voor het uitvoeren van zijn wettelijke taken als marktmeester en toezichthouder op een rechtmatige uitvoering van de Zvw.

De NZa adviseert het Ministerie van VWS om de subsidieregeling eerstelijns verblijf onder de Wlz voor het jaar 2016 te handhaven. Met de informatie uit het verwijsinstrument van de partijen en de duiding van het Zorginstituut kan de NZa de meest passende bekostigingsvariant voor 2017 vaststellen. Ook wordt door de NZa voorgesteld dat bekostigingsvariant 1 uit het consultatiedocument een mogelijke minimale variant is voor 2017. In deze variant wordt aangesloten bij de reeds bestaande prestaties voor eerstelijns zorg, met daaraan toegevoegd een prestatie voor de generalistische medische ouderenzorg geleverd door de specialist ouderengeneeskunde, een hotelmatige component en een component voor verpleging en verzorging.

Inhoudelijke reactie; het eerstelijns verblijf in 2016 en verder.

Er is een breed gedragen behoefte aan een eerstelijns verblijfsvoorziening die zo simpel mogelijk wordt ingericht. De huisarts bekijkt, eventueel in samenspraak met de wijkverpleegkundige en/ of de specialist ouderengeneeskunde, welke zorg er voor een patiënt nodig is als het thuis (nog) even niet gaat. Dit kan voor de minder complexe patiënt betekenen dat er slechts behoefte is aan een beschermende verblijfsomgeving met verzorging. Maar het kan voor complexere patiënten, die thuis al heel veel zorg en ondersteuning hebben maar (nog) niet zijn aangewezen op zorg vanuit de Wlz, betekenen dat de situatie tijdelijk zo is verslechterd, dat de specifieke expertise van de specialist ouderengeneeskunde en diens medisch toezicht gewenst is. Wanneer de problematiek van de patiënt zo complex is dat nadere diagnostiek nodig is, dan is medisch specialistische zorg noodzakelijk en is ziekenhuiszorg aangewezen. Ook zou geriatrische revalidatiezorg aan de orde kunnen zijn. Deze afweging maakt de huisarts momenteel al en hij zal dit in de toekomst ook blijven doen. Het verwijsinstrument dat nu wordt ontwikkeld, zal de huisarts hierbij ondersteunen. Dit verwijsinstrument houdt ook rekening met de toeleiding van mensen die uit het ziekenhuis komen (wanneer de medisch specialistische behandeling is afgerond) maar nog niet naar huis kunnen.

Voor verblijf in de Zvw geldt een maximale duur van 1.095 dagen. Het mag duidelijk zijn dat deze termijn niet beoogd is voor het eerstelijns verblijf⁴, wat immers een kortdurende opname is die gericht is op herstel, genezing en voorkoming (van verergering) van een aandoening. Ik ga er vanuit, en met mij de beroepsgroepen, dat na maximaal drie maanden eerstelijns verblijf de patiënt voldoende is hersteld dat terugkeer naar huis mogelijk is of dat duidelijk is geworden welke (structurele) zorgbehoefte er nog is. Over het vervolgplan moet met de patiënt het gesprek worden aangegaan. In complexe gevallen waarin na drie maanden nog niet duidelijk is welke zorgbehoefte er is, moet verlenging van de verblijfsduur van eerstelijns verblijf aan de orde kunnen zijn. Ik ben niet voornemens op basis van deze «veldnorm» een maximale verblijfsduur van het eerstelijns verblijf in de aanspraak op te nemen. Ik bespreek met de beroepsgroepen hoe deze afspraak als richtlijn het beste kan worden vastgelegd en gecommuniceerd.

Voor de bekostiging van het eerstelijns verblijf volg ik het advies van de NZa op en zal ik de subsidieregeling onder de Wlz in 2016 voortzetten met het oog op overheveling van het eerstelijns verblijf naar de Zvw per 2017. De NZa stelt voor 2017 bekostigingsvariant 1 uit het consultatiedocument voor als minimale variant. De eenvoud van deze bekostigingsvariant en de mogelijkheden en flexibiliteit die deze variant biedt om tegemoet te komen aan de zorgvraag van elke individuele verzekerde die gebruik gaat maken van het eerstelijns verblijf spreken mij erg aan. De flexibiliteit van deze bekostigingsvariant stimuleert daarnaast zorgvernieuwing, waardoor (nieuwe) aanbieders regionaal kunnen inspelen op de behoefte aan eerstelijns verblijf. Wanneer blijkt dat specifieke doelgroepen gebruik maken van het eerstelijns verblijf die baat hebben bij een integraal aanbod van zorg, kan deze bekostigingsvariant goed verder worden ontwikkeld. Ik heb de NZa gevraagd hier een doorontwikkelagenda voor op te stellen.

Hoe het eerstelijns verblijf vervolgens wordt georganiseerd wordt niet voorgeschreven in de aanspraak of de bekostiging. Wel is het van belang dat transparant is aan welke kwaliteitsaspecten het eerstelijns verblijf moet voldoen. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties moeten hier met elkaar afspraken over maken. Deze afspraken zijn van belang voor patiënten om weloverwogen keuzes te kunnen maken over de zorg, maar ze zijn ook van belang voor zorgverzekeraars. Alleen bij voldoende transparantie kunnen zorgverzekeraars hun inkooprol goed vervullen. Ik heb dan ook met ActiZ afgesproken dat er voor het eind van het jaar een inventarisatie is gemaakt van de huidige voorwaarden voor goede kwaliteit van zorg. Aan de hand hiervan wil ik met partijen een ontwikkelagenda opstellen van het kwaliteitskader voor de nieuwe organisatie van de zorg in het eerstelijns verblijf.

Budgettair kader

Het verlengen van de subsidieregeling onder de Wlz in 2016 vindt plaats in een context waarin de beheersbaarheid van het subsidiekader eerstelijns verblijf onder druk staat. Voor deze zorg is in 2015 € 96 miljoen beschikbaar, waarvan het Zorginstituut Nederland in een eerste ronde € 86 miljoen heeft verdeeld onder de Wlz-uitvoerders. Op basis van de declaraties over de eerste vier maanden van 2015 verdeelt het Zorginstituut de resterende € 10 miljoen. Ik krijg zowel van

⁴ De memorie van toelichting bij het Besluit zorgverzekering geeft aan dat dit maximum van 1.095 dagen alleen is opgenomen om het langdurige GGZ-verblijf onder de Zvw mogelijk te maken vanaf 1 januari 2015. Voorheen gold een maximum van 365 dagen.

aanbieders als van alle Wlz-uitvoerders signalen dat het kader voor de Subsidieregeling Eerstelijns Verblijf 2015 zou knellen. Het Zorginstituut heeft eind mei met Wlz-uitvoerders afspraken gemaakt over de aanvraagprocedure voor de verdeling van de aanvullende subsidie van € 10 miljoen. Wlz-uitvoerders dienen hun aanvragen voor aanvullende subsidie in voor 1 juli 2015. In deze aanvragen geven de Wlz-uitvoerders, op basis van de declaraties over de eerste vier maanden van 2015, aan wat de prognose is voor de benodigde zorg in de resterende maanden van 2015. Pas na ontvangst van alle aanvragen voor aanvullende subsidie door het Zorginstituut zijn er voldoende kwantitatieve gegevens beschikbaar op basis waarvan de resterende € 10 miljoen spoedig verdeeld kan worden en kan er een conclusie getrokken worden over de toereikendheid van de financiering van deze zorg.

In de Kamerbrief van 4 november jongstleden⁵ was de zakelijke inhoud van de aanwijzing opgenomen die de Minister van VWS van plan was op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) aan de NZa te geven over de beheersing van het eerstelijns verblijf in de Zvw met ingang van 2016. Gezien het besluit om de subsidieregeling eerstelijns verblijf onder de Wlz in 2016 voort te zetten, zal deze aanwijzing worden gegeven op het moment dat de subsidieregeling eerstelijns verblijf wordt beëindigd.

Tot slot

Het eerstelijns verblijf is een essentiële voorziening voor als het thuis (nog) even niet gaat, met een belangrijke rol voor de specialist ouderengeneeskunde. Door het eerstelijns verblijf goed vorm te geven, wordt tevens bijgedragen aan de beheersbaarheid van de groei van zorgkosten.

Onnodige ziekenhuisopname en opname in de geriatrische revalidatiezorg kan worden voorkomen, een goede doorstroom uit het ziekenhuis wordt hiermee bevorderd en de mogelijkheid tot kortdurende opname kan mensen in staat stellen langer thuis te blijven wonen.

De inzet van alle branchepartijen is om te komen tot een gedegen overheveling van deze zorg naar de Zvw per 2017. Het is belangrijk om daar in nauw regulier overleg met deze partijen invulling aan te geven. Daarom heb ik in aanloop naar 2017 afspraken gemaakt over de te volgen stappen; in november stelt Verenso in overleg met de betrokken beroepsgroepen een verwijsinstrument vast, eind 2015 stelt het Zorginstituut de duiding vast en de NZa stelt voor 1 juli 2016, met de informatie uit het verwijsinstrument en de duiding, prestaties en tarieven vast voor 2017.

Gezien de grotere groep ouderen die thuis wonen is het van belang dat de zij met hun zorgvragen in de eerstelijns en dicht bij huis terecht kunnen. Ook hierin heeft de specialist ouderengeneeskunde een belangrijke rol. De huisarts heeft soms behoefte aan ondersteuning voor zijn kwetsbare oudere patiënten in de wijk. Het initiatief van de praktijk ouderengeneeskunde Bertholet en de Stichting Een Plus Samenwerking in Velp, waar afspraken worden gemaakt die aansluiten op de lokale situatie, heeft inmiddels een landelijke voorbeeldfunctie en heb ik al vaker als goed voorbeeld aangehaald. Zoals ik heb toegezegd in mijn brief van 16 december 2014⁶ wil ik los van het eerstelijns verblijf kijken naar de positie van de specialist ouderengeneeskunde in de Zvw. Daar waar specifieke expertise en medisch toezicht gewenst is, kan de specialist ouderengeneeskunde vanaf 2017

⁵ Kamerstuk 30 597, nr. 479.

⁶ Kamerstuk 33 891, nr. O

aan de slag in de Zvw met de prestaties die de NZa gaat ontwikkelen voor het eerstelijns verblijf. Voor de overige zorg die de specialist ouderengeneeskunde levert is zijn betrokkenheid geborgd via de subsidieregeling extramurale behandeling.

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