

Vergaderjaar 2013–2014

30 597

Toekomst AWBZ

Nr. 459 HERDRUK¹

Ontvangen ter Griffie op 1 juli 2014.

Het besluit tot het doen van een aanwijzing kan niet eerder worden genomen dan op 1 augustus 2014.

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 30 juni 2014

In de brief van 6 februari jongstleden van Staatssecretaris Van Rijn, is toegezegd dat in samenhang met de plannen rondom de hervorming van de langdurige zorg zal worden bezien of, en zo ja, welke acties er nodig zijn bij het regelen van kortdurend verblijf in de eerste lijn vanaf 2015².

De visie die het kabinet voor ogen heeft met de hervorming van de langdurige zorg is om mensen in staat te stellen om met ondersteuning en zorg in de buurt zo lang mogelijk in de eigen omgeving te wonen. Hierdoor verandert de zorgbehoefte van mensen in de thuissituatie. Als we mensen langer in staat willen stellen om thuis te blijven wonen, betekent dit ook dat er vaker een beroep zal worden gedaan op medisch noodzakelijke, kortdurende opnames, die er steeds op gericht zijn om mensen daarna weer thuis te kunnen laten wonen. Met de invoering van de Wet langdurige zorg (Wlz) is het niet meer mogelijk om kortdurend te worden opgenomen op basis van de Wlz, waar dit voorheen in de AWBZ wel mogelijk was³. Door kortdurend eerstelijns verblijf mogelijk te maken voorzie ik in de lacune.

Veranderende zorgbehoefte in de thuissituatie

De hervorming van de langdurige zorg is gericht op betere kwaliteit van zorg en ondersteuning, een meer betrokken samenleving en een houdbare financiering van de langdurige zorg. Door beter in te spelen op de persoonlijke situatie van mensen en te kijken naar wat ze zelf nog kunnen doen, kunnen ze over hun eigen leven blijven beslissen. Met de hervorming wordt beoogd om de zorg steeds vaker thuis of dicht bij huis te leveren. Hierdoor kunnen mensen langer in eigen omgeving blijven

¹ I.v.m. toevoegen termijntekst

² Kamerstuk 30 597, Nr. 420

³ In de Wlz is er alleen toegang voor verzekerden die een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid.

wonen. De zorg en ondersteuning in de buurt moet hierop worden ingericht. Dit vraagt om een sterke eerste lijn, met de wijkverpleegkundige als schakel tussen zorg en welzijn naast de huisarts.

Uit gesprekken met het veld en de zorginhoudelijke analyse van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) die in het kader van de Geriatrie Revalidatiezorg (GRZ) is uitgevoerd⁴ blijkt de behoefte aan kortdurende opname in de eerstelijns voor specifieke groepen te bestaan. De mogelijkheid tot kortdurend verblijf in de eerste lijn kan tevens bijdragen aan de ontwikkeling om langer thuis te blijven wonen. Wanneer de zekerheid bestaat dat er een kortdurende intramurale terugvaloptie is als dit medisch noodzakelijk is, zal dit mensen in staat stellen langer in de eigen omgeving te (willen) blijven en kan het beroep op zwaardere zorg en (langdurige) ziekenhuisopnamen worden voorkomen.

Kortdurend eerstelijns verblijf

Voor de aanspraak op en bekostiging van kortdurend verblijf in de eerste lijn werd in de praktijk tot op heden alleen de AWBZ-prestatie gebruikt, omdat de AWBZ voorliggend is aan de Zvw. Vanaf 2015 is kortdurend verblijf geen aanspraak meer op grond van de Wlz. De huidige omschrijving van verblijf in artikel 2.10⁵ van het Besluit zorgverzekering biedt de mogelijkheid om kortdurend verblijf in de eerste lijn als te verzekeren zorg aan te merken. Verblijf onder de Zorgverzekeringswet omvat verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg. Verblijf in verband met «zorg zoals huisartsen die plegen te bieden» – het zogenoemde eerstelijns verblijf – is onder deze huidige aanspraak mogelijk.

Bij het vaststellen van kortdurend eerstelijns verblijf maakt de huisarts, eventueel in samenspraak met de transferverpleegkundige in het ziekenhuis, de wijkverpleegkundige en/ of specialist ouderengeneeskunde de afweging of er een acuut en manifest risico bestaat op gezondheidsverlies (het ontstaan van lijden en blijvende schade) gegeven de kenmerken van de patiënt en zijn hulpvraag. De huisarts neemt hierbij ook de persoonlijke (thuis)situatie van de patiënt mee in zijn overweging; is er een partner of iemand in de omgeving in staat en bereid de noodzakelijke hulp en het noodzakelijke toezicht te bieden. Ook moet worden vastgesteld dat opname in het ziekenhuis medisch gezien niet noodzakelijk is, dat er geen structurele behoefte is aan verblijf⁶ en dat terugkeer naar huis en herstel op (korte) termijn zorginhoudelijk mogelijk is. Ik ga er van uit dat na twee maanden eerstelijns verblijf de patiënt voldoende is hersteld dat terugkeer naar huis mogelijk is of dat duidelijk is geworden welke structurele zorgbehoefte er is.

Bij eerstelijns verblijf onder de Zorgverzekeringswet gaat het dus uitsluitend om medisch noodzakelijke verblijf in verband met geneeskundige zorg. Gemeenten zijn onder de WMO 2015 verantwoordelijk voor respijtzorg; het tijdelijk overnemen van de totale zorg ter ontlasting van de mantelzorger. Gemeenten leveren hiervoor maatwerkvoorzieningen. Als onderdeel van de aan cliënten te verstrekken maatwerkvoorziening kan een gemeente ervoor kiezen deze in te vullen door kortdurend verblijf in een instelling in te kopen. Dit is dus geen eerstelijns verblijf onder de

⁴ Kamerstuk 29 689, Nr. 501. De analyse wordt gedragen door NVKG, Verenso, het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV).

⁵ Artikel 2.12 van het nieuwe (concept) Besluit zorgverzekering

⁶ In deze situatie is een Wlz-indicatie aangewezen

Zorgverzekeringswet en wordt daarom dan ook niet vergoed door zorgverzekeraars.

Toekomstige vormgeving en bekostiging van eerstelijns verblijf

Voor kortdurend verblijf in de eerste lijn bestaat vooralsnog geen reguliere betaaltitel⁷ waarmee deze zorg ten laste kan worden gebracht van de Zorgverzekeringswet. Daarom heb ik de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verzocht om op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) beleidsregels te ontwikkelen voor «Eerstelijns verblijf» (Medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg onder (eind)verantwoordelijkheid van een huisarts).

De uitgangspunten van dit eerstelijns verblijf zijn in deze brief geschetst. Het eerstelijns verblijf komt onder de (eind)verantwoordelijkheid van een huisarts te vallen. Samenwerking met de (wijk)verpleegkundigen ligt hierbij voor de hand. Aangezien eerstelijns verblijf veelal bedoeld is voor ouderen, zal ook de specialist ouderengeneeskunde een belangrijke rol krijgen binnen de eerstelijnszorg in het algemeen en specifiek bij het eerstelijns verblijf. Aangezien het gedeeltelijk gaat om een nieuwe invulling van een oude AWBZ voorziening en er een nieuw speelveld ontstaat met veel verschillende zorgverleners in de eerste lijn, is het noodzakelijk dat er een goede afbakening komt van deze zorg. Daarom vraag ik het Zorginstituut Nederland om de aanspraak op eerstelijns verblijf helder af te bakenen ten opzichte van zowel respijtzorg in het sociale domein als andere zorgvoorzieningen in de curatieve en de langdurige zorg (ziekenhuizen en verpleeghuizen) en vraag ik het veld om te komen tot een normenkader voor toegang tot deze zorg. Een heldere en scherpe afbakening is noodzakelijk om deze voorziening duurzaam tot stand te brengen in het kader van de Zorgverzekeringswet.

Het is mijn inzet om door eerstelijns verblijf mogelijk te maken bij te dragen aan de beheersbaarheid van de groei van zorgkosten. Onnodige ziekenhuisopname kan worden voorkomen en de mogelijkheid tot kortdurende opname kan mensen in staat stellen langer thuis te blijven wonen. Om dit inzichtelijk te maken wordt in 2015 zowel de vraag als het aanbod van eerstelijns verblijf gemonitord. In overleg met de betrokken veldpartijen wordt deze monitor ingevuld. Op basis van deze monitor, het te ontwikkelen normenkader en de eerste inzichten in de contractering voor het jaar 2015, zal het eerstelijns verblijf verder worden vormgegeven. Ik zal u in de loop van 2015 informeren over de nadere invulling van zowel de structurele bekostiging als het normenkader voor de toegang tot deze zorg.

Bekostiging in 2015

Gegeven de tijd is het niet haalbaar om al vanaf 1 januari 2015 een volledig uitgewerkte bekostiging voor eerstelijns verblijf te realiseren. Aangezien kortdurende opname vanaf 2015 niet meer mogelijk is in de Wlz, zal er voor de bekostiging in 2015 sprake zijn van een overgangsjaar. Hierbij is het voor partijen belangrijk dat ze in Zwv-verband zoveel mogelijk kunnen aansluiten bij de bestaande praktijk. De basis voor de prestatie in het overgangsjaar in 2015 wordt daarom gevormd door de huidige prestaties en tarieven in de AWBZ.

⁷ Er zijn reeds diverse initiatieven van eerstelijns verblijf die worden bekostigd op basis van de beleidsregel innovatie. Deze prestatie vormt geen uniforme en structurele oplossing voor eerstelijns verblijf.

Palliatief Terminale Zorg

De zorg thuis behorende bij de terminale levensfase (extramurale palliatief terminale zorg) valt vanaf 2015 onder de aanspraak wijkverpleging. De terminale levensfase betreft de levensfase waarin de levensverwachting van verzekerde korter is dan drie maanden. Het is de behandelend arts van de patiënt die dit vaststelt. Het kan voorkomen dat patiënten in de laatste levensfase opgenomen dienen te worden in een instelling, omdat de zorg thuis niet meer afdoende kan worden gerealiseerd. Voor zover het gaat om verblijf in een op grond van de Wtzi toegelaten instelling voor Zvw-verblijf valt deze zorg vanaf 2015 onder het financiële kader eerstelijns verblijf. Ik heb de NZa verzocht om voor 2015 een aparte prestatie onder de te verzekeren Zvw-prestatie te maken voor verblijf in verband met palliatief terminale zorg. Ook heb ik de NZa gevraagd te bezien hoe dit verblijf in de terminale levensfase kan worden ondergebracht in de toekomstige structurele bekostiging van «Eerstelijns verblijf» (medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg onder (eind)verantwoordelijkheid van een huisarts).

Zorginkoop

Vanaf 2015 worden zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de inkoop van het eerstelijns verblijf. Partijen zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor een beheerste kostenontwikkeling binnen het beschikbare budgettaire kader. Ik vind het van belang dat zorg alleen daar wordt ingezet waar die echt nodig is en dat wordt voorkomen dat het volume onbeheerst groeit. Daarom zal ik met zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken over de volumeontwikkeling en over de beheersing van de zorguitgaven. Wat betreft de risicodragendheid van verzekeraars ga ik uit van volledige risicodragende uitvoering voor eerstelijns verblijf in 2017. De precieze invulling van de stappen tot risicodragendheid zal zoals gebruikelijk in september van het jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar worden bepaald waarbij de kwaliteit van het ex ante risicovereveningsmodel mede bepalend zal zijn voor het afbouwpad van de ex post compensaties.

Budgettaire kader en beheersbaarheid zorguitgaven

Voor kortdurend eerstelijns verblijf, inclusief verblijf in de terminale levensfase is vanaf 2015 € 93,6 miljoen beschikbaar. Dit bedrag wordt in een apart budgettaire kader «eerstelijns verblijf» geplaatst. Hieronder geef ik de zakelijke inhoud van de aanwijzing die ik op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (WVG) aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) van plan ben te geven over de beheersing van het eerstelijns verblijf in de Zorgverzekeringwet (Zvw). Overeenkomstig artikel 8 van de WVG ga ik tot het geven van de aanwijzing niet eerder over dan nadat dertig dagen zijn verstreken na verzending van deze brief.

Ik ben voornemens om voor het kader «eerstelijns verblijf» een generiek macrobeheersinstrument (MBI) als ultimum remedium in te zetten. Indien ondanks de gemaakte afspraken toch overschrijdingen optreden van het budgettaire kader eerstelijns verblijf, heb ik daardoor de mogelijkheid deze overschrijding te redresseren. 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. Indien de kosten van de afdracht en inning van dit bedrag niet in verhouding staan met baten, kan de zorgautoriteit inning achterwege laten.

Zoals ik reeds heb aangegeven zal ik u in de loop van 2015 informeren hoe aan de hierboven geschetste randvoorwaarden kan worden voldaan

om de structurele verankering van eerstelijns verblijf in de Zorgverzekeringswet mogelijk te maken.

Intensieve Kindzorg

Intensieve kindzorg (IKZ) betreft verpleegkundige zorg waarbij een medisch specialist de verantwoordelijke behandelaar is, aan ernstig zieke kinderen tot 18 jaar. De doelgroep IKZ kent de volgende zorgvormen: extramuraal thuis door (kinder)thuiszorgaanbieders, verpleegkundig kinderdagverblijven (overdag) of verblijf (24 uur in kinderspice). Ook kan er sprake zijn van zittend ziekenvervoer als bedoeld in artikel 2.14 van het Besluit zorgverzekering. In de AWBZ geldt nu een regeling voor intensieve kindzorg die ook de kosten omvat van verblijf, pedagogische begeleiding en vervoer. Hieronder geef ik de zakelijke inhoud van de aanwijzing die ik op grond van artikel 7 juncto artikel 59 van de WMG aan de NZa van plan ben te geven over de bekostiging van intensieve kindzorg in de Zvw. Na overleg met partijen is besloten voor de bekostiging in 2015 de regeling intensieve kindzorg zoals deze in de AWBZ gold over te nemen in de Zvw. Daartoe zal ik het Besluit uitbreiding en beperking werkings sfeer WMG aanpassen zodat per 2015 ook zittend ziekenvervoer voor deze doelgroep onder de tarief- en prestatieregulering van de NZa valt. Vervolgens zal ik de NZa een aanwijzing geven om voor de bekostiging in 2015 eerder genoemde regeling voor intensieve kindzorg voort te zetten. Overeenkomstig artikel 8 van de WMG ga ik tot het geven van de aanwijzing niet eerder over dan nadat dertig dagen zijn verstreken na verzending van deze brief en nadat de vereiste aanpassing van het Besluit uitbreiding en beperking werkings sfeer WMG heeft plaatsgevonden. Dit betekent dat kinderspices en verpleegkundig kinderdagverblijven voor kinderen met een intensieve kindzorgvraag, naast de zorg vallend onder de prestaties verpleging en verzorging, ook kosten in het kader van intensieve kindzorg voor zover vallend onder de aanspraak in de Zvw in rekening mogen brengen met de prestaties verpleging en verzorging. Vanaf 2016 zal voor intensieve kindzorg worden gekeken naar de meest geschikte structurele vorm van bekostiging.

Tot slot

Door het ontwikkelen van een prestatie voor medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg onder (eind)verantwoordelijkheid van een huisarts, wordt de mogelijkheid tot kortdurende opname in de eerste lijn gecreëerd. Het tijdelijk overnemen van de totale zorg ter ontlasting van de mantelzorger is onder de WMO 2015 een verantwoordelijkheid van gemeenten. De komende periode wordt met alle betrokken partijen intensief samengewerkt om eerstelijns verblijf in 2015 mogelijk te maken. Ik ben overtuigd dat dit zal bijgedragen aan de wens van veel mensen om langer thuis te blijven wonen, en daarbij zorg in de eerste lijn te ontvangen.

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