



Vereniging van
Nederlandse Gemeenten

Tweede Kamer der Staten-Generaal
Vaste commissie voor VWS
Postbus 20001
2500 EA 'S-GRAVENHAGE

doorkiesnummer (070) 373 8393	uw kenmerk	bijlage(n) -
betreft Bekostiging wijkverpleging	ons kenmerk ECSD/U201500617	datum 10 april 2015

Geachte leden van de Kamercommissie van VWS,

In het kort:

Het toewerken naar een nieuw bekostigingsmodel voor de wijkverpleging moet beheerst en zorgvuldig gebeuren. Gemeenten zijn zeer verontrust dat VWS voornemens is om al in 2016 segment 1 (het wijkgericht werken) samen te voegen met segment 3, in tegenstelling tot het NZa advies wat er nu ligt. De VNG pleitte er al eerder voor om dit te faseren. Van samenvoegen kan pas sprake zijn als de samenwerking tussen het sociale en medische domein vorm heeft gekregen en deze samenwerking goed geborgd is. Voor gemeenten is het daarnaast van groot belang dat voor de komende jaren de representatie door één verzekeraar wordt voortgezet, voor in ieder geval het deel 'wijkgericht werken'. Ook is het noodzakelijk dat uitkomstindicatoren gezamenlijk worden vastgesteld en deze bijdragen aan de samenwerking tussen het medisch- en het sociaal domein.

De wijkverpleging wordt per 1 januari 2015 niet meer vanuit de AWBZ maar vanuit de zorgverzekeringswet bekostigd. VWS heeft, met als doel een goede borging van de aanspraak wijkverpleging in de zorgverzekeringswet, afspraken gemaakt met de NPCF, ZN, ActiZ, BTN en V&VN over inhoudelijke en financiële randvoorwaarden voor het slagen van de gewenste vernieuwing (Onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging). In dit onderhandelingsakkoord staan de randvoorwaarden van het nieuwe bekostigingsmodel beschreven.¹ Een van die randvoorwaarden is de deelname van de wijkverpleegkundige aan het sociale wijkteam en de verbinding met het sociaal domein (het zogenaamde wijkgerichte werken). VWS heeft de NZa gevraagd om advies uit te brengen over de invulling van het 3-segmentenmodel voor de toekomstige bekostiging van

¹ Deze randvoorwaarden zijn: budgettaire beheersbaarheid, borging van de beschikbaarheid van de wijkverpleegkundige functie, prikkels tot ontzorgen en het bevorderen van zelfredzaamheid, aansluiting van zorg en ondersteuning zowel binnen de eerste lijn als naar het sociale domein, faciliteren van de specifieke wijkverpleegkundige taken zoals coördineren, signaleren, coachen en deelname aan sociale wijkteams en ruimte voor aanvullende beloningsafspraken op basis van (gezondheids)uitkomsten.

extramurale verpleging en verzorging in de Zvw vanaf 2016. De ontwikkeling en invoering van een nieuw bekostigingsmodel dat aan de randvoorwaarden voldoet bleek niet haalbaar voor 2015. In 2015 wordt daarom gewerkt met een transitie-bekostigingsmodel. Het wijkgericht werken heeft binnen het transitie-model een structurele plek gekregen in de vorm van segment 1 in het 3 segmentenmodel.²

Op 1 maart 2015 was een go/no go moment ingebouwd waarop gekeken zou worden of er werd voldaan aan de randvoorwaarden om per 1 januari 2016 definitief over te gaan op een nieuw bekostigingsmodel. Omdat de betrokken partijen vinden dat het voorgestelde model van Nza niet aan deze voorwaarden voldeed, leek dat een 'no-go' te worden. Op dat moment heeft VWS het adviesbureau SIRM gevraagd om binnen 4 weken met een alternatief voorstel te komen.

Het nieuwe advies: afschaffen van segment 1

Gemeenten vinden zich in het advies dat er voor de ontwikkeling van een toekomstbestendig bekostigingsmodel een zorgvuldig proces nodig is, waar mogelijk gebruik dient gemaakt te worden van praktijkervaringen en bevindingen uit proeftuinen. We zijn daarom zeer verontrust dat de eerste stap in het voorgestelde proces is om in 2016 segment 1 (het wijkgericht werken) af te schaffen. Immers, het wijkgerichte werken is nog niet overall operationeel en in veel gemeenten een werkwijze in ontwikkeling. De werkwijze is nog niet geëvalueerd. In het advies worden geen argumenten gegeven voor de afschaffing van segment 1 in 2016. Er wordt soms gesteld dat er aparte wijkverpleegkundigen ontstaan maar in de praktijk zijn er zijn geen aanwijzingen dat de knip in bekostiging leidt tot een knip in de zorgverlening. Ook in de toewijsbare zorg (segment 2) moet een wijkverpleegkundige verbindingen maken naar het sociale domein. In het advies staat dat men in de praktijk ziet dat wijkverpleegkundigen reeds 'schakeltaken' uitvoeren. Hiermee doelen zij specifiek op 'het betrekken van de sociale omgeving'. Dit maakt inderdaad deel uit van het professioneel handelen van de wijkverpleegkundige. Maar 'betrekken van de sociale omgeving' is iets heel anders als het wijkgerichte werken of de niet-toewijsbare zorg zoals bedoeld in segment 1.

De verbindende schakel tussen zorg en welzijn

Het wijkgerichte werken in segment 1 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. Hiermee wordt beoogd 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 zo nodig doorschakelt naar Zvw-zorg of welzijn (Kamerbrief bekostiging wijkverpleging, 19 mei 2014). De wijkverpleegkundige wordt gezien als de verbindende schakel tussen het zorg- en sociaal domein. Deze verbindende rol heeft de wijkverpleegkundige in verschillende gemeenten bij de Zichtbare schakel-projecten vervuld.³ Om signalen eerder te herkennen en op te volgen, en elkaars kennis en netwerken te kunnen gebruiken, is deelname van (een kleine groep) wijkverpleegkundigen in een sociaal (wijk)team gewenst (dit kan in verschillende vormen).⁴ Voor de deelname van de wijkverpleegkundige aan het sociale wijkteam en andere wijkgerichte activiteiten heeft het Rijk daarom extra middelen beschikbaar gesteld oplopend van 40 miljoen in 2015, 80 miljoen in 2016 tot

² Segment 1: wijkgericht werken, ook wel de niet-toewijsbare zorg genoemd omdat deze taken niet direct toewijsbaar zijn aan een individueel zorgtraject van een patiënt. Het betreffen signalerende en preventieve taken, de samenwerking met sociale (wijk)teams of een vergelijkbaar verband en het signaleren van een mogelijke zorgvraag, waarbij de werkzaamheden vallen binnen de Zvw.

Segment 2: de feitelijke zorglevering;

Segment 3: resultaatbekostiging, belonen op resultaten behaald in segment 1 en 2.

³ Zonmw (2014) De relatie wijkverpleegkundige en sociaal wijkteam ingevuld!?

⁴ Zonmw (2014) De relatie wijkverpleegkundige en sociaal wijkteam ingevuld!?

200 miljoen in 2017. Deze 'schakeltaken' hebben een structurele plaats gekregen in het huidige bekostigingsmodel (segment 1).

Samenwerking tussen gemeenten en verzekeraars noodzakelijk

Om bovenstaande samenwerking tussen het sociaal en medisch domein te bewerkstelligen zijn lokale afspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraars randvoorwaardelijk. Volgens VWS en gemeenten, is de samenwerking tussen gemeenten en verzekeraars de sleutel voor een adequate organisatie van zorg en ondersteuning in de buurt. Om zorgverzekeraars ertoe te zetten om met gemeenten het gesprek aan te gaan over de samenwerking met het sociaal domein heeft VNG in 2013 gepleit om in de bekostiging een onderscheid te maken tussen de niet-toewijsbare zorg (segment 1) en de toewijsbare zorg (segment 2). Dit onderscheid is er gekomen in de bekostiging in het 3 segmentenmodel zoals ingevoerd in 2015.

De samenwerking gaat niet vanzelf

Voor 2015 hebben zorgverzekeraars en gemeenten op regionaal niveau afspraken gemaakt over de inzet van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg. Het proces om tot deze afspraken te komen is wisselend ervaren. Gemeenten zijn in verschillende maten betrokken bij de keuze van de zorgverzekeraar over de inzet van de middelen van segment 1 (de wijkgerichte zorg).⁵ Volgens veel gemeenten verloopt het contact met zorgverzekeraars nog niet vanzelf.⁶ Los daarvan, de samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten en de samenwerking tussen de wijkverpleging en het sociaal domein is nog pril. Als de aparte bekostiging van de wijkgerichte zorg al in 2016 wordt losgelaten, hebben gemeenten geen garantie meer dat verzekeraars met gemeenten afspraken gaan maken over de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein.

Het nieuwe voorgestelde segment II (samengesteld uit huidige 1 en 3) wordt bekostigd op basis van resultaatbeloning.⁷ Hier zijn echter nog geen indicatoren voor ontwikkeld. In het advies wordt in dit kader verwezen naar de 'kwetsbaarheid indices' waarbij het gaat om kwetsbaarheid van ouderen, de grootste doelgroep van de wijkverpleegkundigen volgens het adviesrapport. Juist bij de doelgroep ouderen hebben gemeenten een belangrijke preventieve en ondersteunende rol. Het is dan ook noodzakelijk om gezamenlijke uitkomstindicatoren te benoemen waarbij goede samenwerking tussen zorg en sociaal domein gestimuleerd wordt. Alleen bij een goede samenwerking zal de doorstroom van een populatie naar een zwaardere kwetsbaarheid te dempen zijn. Gemeenten moeten dus betrokken worden in het ontwikkelen van de prestatie-indicatoren.

Representatie door zorgverzekeraars

Tot slot is het voor gemeenten een voorwaarde dat er in elke regio een representatieve zorgverzekeraar is met wie gemeenten afspraken kunnen maken. Zorgverzekeraars hebben voor 2015 de hele zorg in representatie ingekocht. Voor 2016 en daarna pleiten wij ervoor dat zij dit in ieder geval voor het deel niet toewijsbare zorg (segment 1) blijven doen. Indien de onderlinge representatie bij de zorgverzekeraars wordt losgelaten, wordt het voor partijen in de eerste lijn onoverzichtelijk, aangezien er dan mogelijk verschillende afspraken gaan gelden voor verschillende groepen verzekerden.

Samenvoegen van segmenten zet de aanpak op het spel

De VNG wil dat het onderscheid in de bekostiging tussen de niet-toewijsbare zorg (segment 1) en de toewijsbare zorg (segment 2) voorlopig wordt vastgehouden. We delen met het Rijk het perspectief dat segment 1 met segment 3 in de toekomst kunnen worden samengevoegd. Echter, invoering

⁵ Zie het rapport 'Verbinding wijkverpleging en sociaal domein' (AEF 2015).

⁶ Zie bijvoorbeeld de enquête Toegang (Radar 2015).

⁷ In dit segment zou ook ruimte zijn voor toekomstige afspraken over substitutie van zorg en (motie van de leden Van Dijk en Van der Staaij). De mogelijkheden voor gemeenten en zorgverzekeraars voor het onderling kunnen verschuiven van budgetten zijn echter nog niet onderzocht.

hiervan vanaf 2016 is te vroeg en zet het voortbestaan van deze nieuwe aanpak op het spel. De samenwerking tussen het sociaal en medisch domein is nog volop in ontwikkeling en niet bestendig. Samenvoegen is volgens gemeenten pas verantwoord indien:

- na een gedegen evaluatie blijkt dat de samenwerking en afstemming tussen het sociale en medische domein vorm heeft gekregen;
- als er voldoende prikkel in het nieuwe (samengestelde) segment zit om deze samenwerking te waarborgen.

Daarnaast hebben wij nog twee randvoorwaarden voor het nieuwe bekostigingsmodel:

- dat de komende jaren de representatie door één verzekeraar wordt voortgezet of in ieder geval voor het deel niet-toewijsbare zorg;
- dat uitkomstindicatoren gezamenlijk worden benoemd waarbij goede samenwerking tussen zorg en sociaal domein gestimuleerd wordt.

Tenslotte

Het wijkgerichte en coördinerende werken door wijkverpleegkundigen kan een belangrijke bijdrage leveren aan het realiseren van integrale laagdrempelige "zorg dichtbij". Maar het is nog een prille en kwetsbare vorm van ondersteuning. Als we dit in de bekostiging te snel onzichtbaar maken, is het risico dat het wijkgerichte werken kopje onder gaat in de mainstream zorgverlening (segment 2). Wij doen een beroep op u om de staatssecretaris en de minister van VWS te verzoeken om niet al in 2016 maar langs een zorgvuldig traject tot een verantwoorde nieuwe bekostiging van de wijkverpleging te komen.

Hoogachtend,
Vereniging van Nederlandse Gemeenten



J. Kriens
Voorzitter directieraad