Nederlandse Zorgautoriteit

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
De heer H. De Jonge
Postbus 20350
2500 EJ 's Gravenhage

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door	Telefoonnummer	E-mailadres	Kenmerk
		info@nza.nl	270815/404233

Onderwerp
Zorginkoop Wijkverpleging

Datum
6 december 2017

Geachte heer De Jonge,

In onze aan uw ministerie gerichte brief van 26 september jl. (kenmerk: 2584/378798) hebben we aangekondigd in het najaar te bekijken hoe de contractering wijkverpleging verloopt, zodat we specifiek met betrekking tot de afspraken casemanagement dementie goed de vinger aan de pols kunnen houden.

Inmiddels hebben we deze inventarisatie uitgevoerd en daarbij ons tevens gericht op de wijze waarop zorgverzekeraars omgaan met het bereiken van budgetplatfonds binnen de wijkverpleging en de inkoop van palliatieve zorg. Dit naar aanleiding van diverse berichten in de media hierover, die de indruk zouden wekken dat zorgverzekeraars onvoldoende hebben ingekocht.

In november hebben we alle zelfstandig inkopende zorgverzekeraars aangeschreven en een informatieverzoek over bovenstaande onderwerpen gedaan. In deze brief leest u over onze bevindingen. In een in het voorjaar te verschijnen monitor contractering wijkverpleging wordt nader op deze en andere onderwerpen ingegaan.

Budgetplafonds 2018
De meeste zorgverzekeraars geven aan dat ze budgetplafonds hanteren voor de wijkverpleging. Hiervan geven drie zorgverzekeraars aan niet voor alle zorgaanbieders een budgetplafond te hanteren; zij differentiëren hierin op basis van de grootte van de zorgaanbieder of bijvoorbeeld het soort contract. Eén zorgverzekeraar hanteert geen budgetplafonds. Een aantal zorgverzekeraars geeft aan voor 2018 ruimere budgetplafonds te hebben afgesproken dan in 2017. Redenen hiervoor zijn de groeiende vraag en indexering.

Enkele zorgverzekeraars geven niet specifiek aan of ze op totaal niveau een hoger of lager budget hebben afgesproken, maar hebben met de ene zorgaanbieder een ruimer budget en met de andere zorgaanbieder een minder ruim budget afgesproken voor 2018. Dit wordt bepaald aan de hand van specifieke zorgontwikkelingen in 2017 bij de betreffende zorgaanbieder en/of de doelmatigheid van de zorgaanbieder.

Bijcontractering 2017
Bijna alle zorgverzekeraars hebben bijgecontracteerd voor 2017. Zij geven aan dat ze relatief minder hebben bijgecontracteerd dan in 2016. Een veelgenoemde reden hiervoor is dat het budget steeds beter aansluit bij de realisatie. Ook het capaciteitstekort in de wijkverpleging wordt genoemd als reden, waardoor minder bijgecontracteerd kan worden.

De meeste zorgverzekeraars geven aan dat bijcontracteren ook in 2018 tot de mogelijkheden behoort. Hiervan geven twee zorgverzekeraars aan te verwachten dat in 2018 zeker bijgecontracteerd moet worden. Eén zorgverzekeraar verwacht niet te hoeven bijcontracteren in 2018. Een andere zorgverzekeraar geeft aan dat het afhankelijk is van de capaciteit van de betreffende zorgaanbieder, of kan worden bijgecontracteerd.

Palliatieve zorg
Er is zowel in de politiek als in de media veel aandacht voor de beschikbaarheid van palliatief terminale zorg. Zorgverzekeraars vinden het primair de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder, om het gehele jaar door aan de zorgvraag te voldoen. Ze maken hierover afspraken in de overeenkomst. De zorgverzekeraars zeggen dat ze op verschillende manieren zorgen voor voldoende palliatieve zorg. Een zorgverzekeraar geeft als voorbeeld te zorgen voor voldoende bemensing van het team met zorgbemiddelaars, ook in de zomerperiode. Daarnaast monitoren de zorgverzekeraars de signalen die ze krijgen als de zorgaanbieders cliënten afwijzen. Tenslotte brengen ze het personeelstekort ter sprake in overleggen met zorgaanbieders.

Bij de meeste zorgverzekeraars maakt de palliatieve zorg onderdeel uit van het totale budgetplafond voor wijkverpleging. De meeste zorgverzekeraars geven aan palliatieve zorg altijd bij te contracteren als het nodig is. Van deze zorgverzekeraars geeft er één specifiek aan dat zorgaanbieders doorleverplicht hebben, maar dat hij deze zorg wel bijcontracteert.

Vanuit uw ministerie ontvingen wij signalen dat vooral in de vakantieperiodes onvoldoende palliatieve zorg beschikbaar is. Bij de meeste zorgverzekeraars is de beschikbaarheid van palliatieve zorg in de vakantieperiodes geen specifiek onderwerp van gesprek geweest met de zorgaanbieder. Drie zorgverzekeraars geven aan dat zij hierover geen signalen van zorgaanbieders of verzekerden hebben gehad. Een aantal zorgverzekeraars geeft aan dat de capaciteitsproblemen in algemene zin wel aan de orde komen in de gesprekken.

Casemanagement dementie
We hebben bij zorgverzekeraars geïnformeerd naar hun in mei gedane toezegging om ketenzorg dementie gezamenlijk in te kopen en de wachtlijsten voor casemanagement dementie te verminderen[1].

Zorgverzekeraars geven aan de inkoop van de ketenzorg dementie, landelijk dekkend via representatie, op te pakken. Nog niet blijkt of ze erin slagen om ketenzorg te contracteren in regio's waar dit zorgaanbod vooralsnog ontbreekt. Zorgverzekeraars vinden dat de regionale wachtlijstregistratie beter kan. Een betrouwbare triage en een periodieke actualisatie ontbreken vaak. Zorgverzekeraars zien in de monitoring van de wachtlijsten een belangrijke voorwaarde voor de vervulling van hun zorgplicht. Representanten verschillen overigens in intensiteit waarmee zij die monitoring uitvoeren.

Wachtlijsten als gevolg van personeelstekorten laten zich niet altijd meteen met 'meer geld' oplossen. De situatie is bij palliatieve zorg overigens niet anders. Dat ontslaat een zorgverzekeraar echter niet van zijn zorgplicht om zich maximaal in te zetten om een cliënt tijdig in zorg te krijgen. Geen enkele zorgverzekeraar neemt echter in het contract op dat zorgaanbieders cliënten, die langer dan de treeknorm op (specialistische) wijkverpleging moeten wachten, verwijzen naar hun zorgbemiddeling. Als NZa achten wij dat wel wenselijk.

De meeste representanten bekostigen de infrastructuur van het netwerk op grond van de beleidsregel ketenzorg dementie. Alle zorgverzekeraars kopen casemanagement dementie in als prestatie wijkverpleging waarop het integrale tarief van toepassing is. Medefinanciering door gemeenten en zorgkantoren lijkt een uitzondering, alhoewel casemanagement dementie ook de Wmo- en Wlz-domeinen raakt. De afbakening naar vooral de Wmo is soms problematisch.

Alle representanten verwachten per dementienetwerk een meerjarenplan dat voorziet in een voor ieder toegankelijk en bereikbaar netwerk met een onafhankelijk werkend casemanagement dementie. De meeste representanten zien in minder complexe situaties of zorgfasen echter een rol voor de wijkverpleegkundige of het gezondheidscentrum. Representanten omarmen het nieuwe expertiseprofiel voor casemanagement dementie niet. Strikte toepassing hiervan leidt volgens hen tot een extra beslag op de toch al schaarse Hbo-geschoolde wijkverpleegkundigen.

Conclusie en vervolg
Deze uitvraag geeft ons een eerste beeld van de contractering voor 2018 en een terugblik op het contracteerproces in 2017. Een verdieping hiervan volgt in de monitor contractering wijkverpleging, die in het voorjaar zal worden gepubliceerd. Deze eerste inventarisatie betreft vooral het perspectief van de zorgverzekeraars. Voor de in het voorjaar uit te komen monitor contractering wijkverpleging zullen we ook de zorgaanbieders bevragen. In deze publicatie kunnen verdergaande conclusies worden getrokken en aanbevelingen worden gedaan.

---

[1] Brief ZN, kenmerk N-17-1461OIvos1, Ketenzorg en individueel casemanagement Dementie – Inzet van verzekeraars, 12 mei 2017.

Wij hebben nog geen signalen over wachtlijsten of wachttijden langer dan de Treeknorm voor de wijkverpleging als geheel gekregen. Voor specialistische zorg zoals casemanagement dementie ligt dit overigens anders. Hierop zetten we dan ook in door middel van wachtlijstaanpak in regio's met lange wachtlijsten en wachttijden en het introduceren van een regeling voor de registratie hiervan.

Wachtlijsten worden vaak verbonden aan signalen over cliëntenstops. Het feit dat één bepaalde organisatie een cliëntenstop heeft, wil echter niet zeggen dat er in algemene zin wachtlijsten ontstaan en de toegankelijkheid van de zorg in het geding komt. Dit betekent alleen dat de betreffende zorgaanbieder geen nieuwe cliënten meer kan opnemen en dus niet dat de cliënt helemaal geen zorg kan krijgen. Of zorgverzekeraars voldoende hebben ingekocht is dan ook op basis van de huidige beschikbare informatie niet te zeggen.

Wij sluiten overigens niet uit, dat tekorten aan gespecialiseerde verpleegkundigen medeoorzaak kunnen zijn van een regionale wachtlijst. Dit geldt zowel voor palliatief terminale zorg als voor casemanagement dementie. Dit wordt overigens door de sector zelf ook aangestipt.Wij nemen dit aspect mee in de monitor contractering wijkverpleging.

Wij constateren in deze eerste inventarisatie dat zorgverzekeraars conform hun toezegging werk maken van een meer gebundelde zorginkoop van ketenzorg dementie, waarin zij nadrukkelijk de wachtlijst betrekken en de registratie ervan. Wij hebben er begrip voor als zij ook in 2018 nog doende zijn om in elke regio een dementienetwerk operationeel te krijgen en / of de wachtlijstregistratie op orde. Wij zullen dit dan ook blijven monitoren. Dit onderwerp heeft dan ook- gezien de eerder gemaakte afspraken over onze acties en het directe belang voor deze kwetsbare patiëntengroep - hoge prioriteit in ons toezicht.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur