

Aan de leden van de commissie VWS van de Tweede Kamer
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Oosterhout, 14 oktober 2015

Kenmerk: LH-151014

Betreft: AO Wijkverpleging

Geachte leden,

Inleiding

BTN is als dé branchevereniging voor thuiszorgaanbieders nauw betrokken bij de diverse onderwerpen die spelen binnen de wijkverpleging. Wijkverpleging is voor veel van onze leden een essentieel deel van hun zorgaanbod.

BTN is een van de partijen die zich, samen met haar leden, heeft gecommitteerd aan het onderhandelaarsresultaat 'transitie verpleging en verzorging'. Hiermee is men gezamenlijk een inspanningsverplichting aangegaan om de zorg anders vorm te geven en de nodige financiële middelen te beperken. Met de nieuwe rol van de wijkverpleegkundige is de transitie ingezet en hebben de zorgaanbieders al goede resultaten behaald. De zorg per cliënt is verminderd en daarmee zijn ook de kosten per cliënt gereduceerd. Inmiddels is op deze wijze al ruim 200 miljoen bespaard.

Toch zijn er diverse onderwerpen waar wij uw aandacht voor willen vragen.

Transitie en transformatie

Een transitie en transformatie is pas succesvol als alle spelers in het veld, die gezamenlijk de zorgketen vormen, het veranderproces omarmen en tot uitvoering brengen, daarbij vorm geven aan de nieuwe verwachtingen en gaan acteren naar hun nieuwe rol.

BTN constateert echter dat, ondanks terughoudende en al tot besparing leidende indicering door de wijkverpleegkundige, de maatschappij en de sociale omgeving van cliënten nog onvoldoende is toegerust om daadwerkelijk tot een lagere macro zorginzet te komen.

Daarnaast constateert BTN dat de zorgaanbieders dit jaar een grote toename aan nieuwe cliënten ervaren door de verplaatsing van de ziekenhuiszorg naar de thuissituatie en het langer thuis blijven wonen van cliënten met een zwaardere zorgvraag, voordat ze in een verpleeghuis gaan wonen.

De transitie is in die zin nog niet geland en nog niet afgerond. De transformatie is nog niet gestart en daarmee is de gewenste substitutie binnen de zorg ook nog onvoldoende aan de orde.

BTN herkent zich in de achterliggende uitgangspunten van de toekomstige zorg, waarbij mensen langer thuis kunnen blijven wonen en waarbij wordt ingezet op zo groot mogelijke zelfredzaamheid en het verbinden van formele zorg met informele zorg.

De leden van BTN leveren immers al decennia lang extramurale zorg bij de mensen thuis. Hierbij was ook al voor de decentralisatie van dit jaar, hun inzet gericht op het langer en zo zelfstandig mogelijk thuis kunnen wonen. En daarbij hebben de leden van BTN zich al diverse malen onderscheiden in het leveren van betrokken zorg met veel inzet op innovatie.

De leden van BTN werken in de haarvaten van de samenleving en passen in theorie perfect bij de gezochte toekomst van het zorgstelsel. De huidige financiële perikelen, de administratieve lasten en het gebrek aan perspectief en waardering, maakt dat het merendeel van de leden van BTN aangeeft in dussdanige problemen te verkeren of te geraken, dat zij verwachten dat binnen twee jaar het merendeel niet meer bestaat. Niet omdat cliënten niet voor de aanbieder kiezen maar omdat de randvoorwaarden het onmogelijk maken.

Signalen uit de praktijk

BTN ontving al in de loop van dit voorjaar de eerste signalen over de ontwikkeling rondom de toestroom aan nieuwe patiënten. Vervolgens kreeg BTN aan het einde van het voorjaar in toenemende mate signalen van leden dat aanbieders boven het productieplafond zouden gaan uitkomen en dat zij, gelet op de bepalingen in de contracten, vreesden dat zij voor de geïndiceerde en rechtmatig verleende zorg aan cliënten geen vergoeding zouden gaan ontvangen. BTN heeft begin deze zomer een enquête onder haar leden gehouden. De uitslag bevestigde de signalen.

Inmiddels heeft een groot aantal leden van BTN, zoals contractueel vastgelegd, voor 1 september dit jaar melding gedaan bij hun zorgverzekeraar dat hun contract al voor 70% of meer is afgelopen. Deze gegevens zijn ook bij ZN bekend.

Hiermee is voor de meeste aanbieders de situatie ontstaan dat de gemelde overproductie in principe niet vergoed wordt. Dit brengt gezonde bedrijven in serieuze liquiditeitsproblemen. Het is niet in het belang van de cliënt als de zorgaanbieder in problemen geraakt en bij mogelijk faillissement, de cliënt helemaal geen zorg meer ontvangt en de gewenste continuïteit van zorg in gevaar komt.

Contractering 2015

Voor 2015 zijn zorgaanbieders gecontracteerd met een budgetafspraken/-plafond als stuurmiddel voor zorgverzekeraars om binnen de financiële kaders te blijven. Deze vorm van contractering levert een aantal knelpunten op:

- De cliëntkeuze komt onder druk te staan. Als er met een budgetplafond gecontracteerd is dat op dit moment al volledig besteed is, kunnen cliënten niet meer bij de zorgaanbieder van hun voorkeur terecht;
- Zorgaanbieders die goede zorg leveren en waar de cliënt zijn voorkeur voor uitspreekt, zijn genoodzaakt een cliëntenstop in te stellen omdat ze de geïndiceerde zorg niet meer betaald krijgen. Als zorgaanbieders toch zorg leveren voor deze cliënten maar hiervoor geen financiering krijgen ontstaan er liquiditeitsproblemen bij de organisatie. Als het voortbestaan van de organisatie in gevaar komt, betekent dit ook dat niet alleen nieuwe, maar ook bestaande cliënten mogelijk niet meer de zorg kunnen ontvangen die zij wensen. Dit is een zeer onwenselijke situatie.
- Het systeem zou gericht moeten zijn op de uitgangspunten zoals de Zorgverzekeringswet die kent, namelijk de keuzemogelijkheid van cliënten voor een zorgaanbieder van zijn voorkeur. Hierbij hoort volgens BTN dan ook een persoonsvolgende bekostiging en geen budgetplafond.
- De zorgplicht die de zorgverzekeraars volgens de wet hebben, wordt doorgecontracteerd naar de zorgaanbieders. Hiermee wordt het risico van overschrijding volledig bij de aanbieders gelegd;

Bijcontracteren 2015

BTN en haar leden waren blij met het bericht dat ZN begin september afgaf, dat de zorgverzekeraars de knelpunten rondom de overschrijding van de budgetafspraken herkende en erkende, de opgelegde bezuinigingen voor 2015 en 2016 als onhaalbaar inschatte en aangaven over te gaan tot het bijcontracteren van zorg.

BTN constateert echter dat dit proces niet soepel verloopt waardoor de zorg aan (nieuwe) cliënten onzeker blijft.

In de kamerbrief van 29 september jl. geeft staatssecretaris van Rijn aan dat zorgverzekeraars hebben aangegeven dat maximaal de eerste 5% van de overschrijding voor rekening zal zijn van de zorgaanbieder. BTN leden krijgen echter geen 5% van de overschrijding voor hun kiezen maar 5% van de totale omzet. Zorgverzekeraars voeren de door u genoemde uitgangspunten dus niet uit.

De zorgaanbieders hebben door de financiële taakstelling al een forse korting op het afgesproken budget gekregen. Op de gecontracteerde tarieven heeft ook een forse afslag ten opzichte van het NZa tarief plaatsgevonden. En daarboven op worden de aanbieders nu met een eigen risico van 5% geconfronteerd. Met als gevolg dat aanbieders zorg moeten leveren voor een vergoeding die niet meer kostendekkend is. Dit is voor BTN onacceptabel. Zorgaanbieders doen er alles aan om zorg zo doelmatig mogelijk te bieden maar door opeenstapeling van financiële kortingen komt de kwaliteit van de zorg in gevaar.

BTN leden constateren daarnaast dat de criteria voor het bijcontracteren niet helder en transparant zijn. Zorgverzekeraars vragen gegevens van aanbieders voor benchmark om te bepalen of de aanbieder doelmatig gewerkt heeft. Hierbij wordt echter geen onderscheid gemaakt tussen aanbieders die al jaren doelmatig gewerkt hebben en een lage zorginzet en daarmee lagere kosten per cliënt hebben. Er wordt alleen gekeken naar de in dit jaar gerealiseerde doelmatigheid die bij achterblijvers altijd makkelijker te realiseren is dan bij de koplopers.

Daarnaast kan een zorgaanbieder niet zelf benchmarken waar hij staat, omdat sectorgegevens niet bekend c.q. openbaar zijn. Hiermee wordt een schimmig beeld gecreëerd dat er vooral op gunbasis gecontracteerd wordt in plaats van op werkelijke doelmatigheid. De leden van BTN ervaren deze uitwerking als willekeur. Ook hier zou juist de keuze van de cliënt centraal moeten staan. Want een aanbieder met veel overproductie door nieuwe cliënten, biedt in de ogen van de cliënt blijkbaar kwalitatief, goede zorg. En daar mogen zij niet voor afgestraft worden. Zorg die door de wijkverpleegkundige geïndiceerd is en vervolgens dus rechtmatig geleverd, zou door de zorgverzekeraar vergoed moeten worden.

Inkoop 2016

Over de inkoop 2016 maakt BTN zich grote zorgen. We constateren dat het financiële budgettair kader nu al knelt en onvoldoende is. Het vooruitzicht dat er nog een taakstelling van € 100 miljoen gerealiseerd moet worden in 2016 is niet meer uit te leggen en acht BTN niet verantwoord.

De NZa heeft de maximum tarieven voor 2016 kenbaar gemaakt en deze zijn ten opzichte van 2015 met 1,1% gedaald. In de inkoopdocumenten van de zorgverzekeraars zien we dat zorgaanbieders slechts 80-90% van het NZa tarief gecontracteerd krijgen. Er is dus sprake van korting op korting. Volgens BTN zou een minimum tarief het uitgangspunt moeten zijn met als uitgangspunt dat dit kostendekkend is met ruimte voor transformatie en innovatie.

We hebben hierboven al aangegeven dat de vergoeding van de zorg niet meer in evenwicht is met de kostendekkendheid. Dit kan ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg.

Als van de sector wordt verwacht dat we naast een transitie ook nog over gaan tot transformatie dan moet het voor de aanbieders mogelijk zijn om deze veranderingslag te maken. Dit heeft tijd nodig en daar horen ook financiële middelen bij. Dit is niet te realiseren met alle kortingen die nu plaatsvinden.

Inkoop zou een partnership moeten zijn tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Door het maken van gezamenlijke afspraken en vaststellen van resultaten kan dan ook werkelijk invulling gegeven worden aan dit partnership. Dit geeft zorgaanbieders de ruimte om de zorg zo in te vullen zoals de cliënt dit wil. Daarmee worden uiteindelijk de beste resultaten behaald.

Selectieve inkoop

Ook de selectieve inkoop van zorgverzekeraars baart BTN zorgen. We zien voor 2016 ontwikkelingen dat zorgverzekeraars soms zelfs maar 1 zorgaanbieder per wijk/gebied willen contracteren. Dit is een enorme beperking van de keuzevrijheid van de cliënt. Andere aanbieders krijgen vaak een fors lagere vergoeding waardoor er minder zorg aan de cliënt kan worden geboden. Hiermee worden dusdanig inhoudelijke en financiële drempels opgeworpen dat er in onze ogen geen daadwerkelijke keuzevrijheid is voor de cliënt. Dit is een onwenselijke ontwikkeling. Zeker ook omdat het hierdoor ook nog maar de vraag is of cliënten bij hun huidige zorgaanbieder kunnen blijven.

Bekostiging wijkverpleging

BTN is intensief betrokken bij het proces om te komen tot een nieuwe vorm van bekostiging van de wijkverpleging. BTN is blij dat hierbij meer gekeken wordt naar resultaatfinanciering en uitkomstbekostiging.

Voor 2016 is er een eerste stap gemaakt met o.a. de nieuwe prestatie "Beloning op maat". Hiermee kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken over een deel financiering op basis van behaalde resultaten en uitkomsten. Echter, tot onze grote teleurstelling blijkt dat hier in de praktijk nog maar in zeer beperkte mate afspraken over worden gemaakt. Er is op dit moment geen duidelijk kader waar organisaties op beloofd worden, waardoor het moeilijk blijkt hier concrete afspraken over te maken. Volgens BTN is er behoefte aan een landelijk kader waaruit zorgverzekeraars op basis van het gesprek met de zorgaanbieder, passen bij de cliëntpopulatie, de resultaten kunnen afspreken. Om ervoor te zorgen dat niet iedere verzekeraar andere criteria toepast, is een landelijk kader gewenst. Mede omdat hiermee de administratieve last aanzienlijk minder is. Binnen dit landelijk kader moet de vrijheid bestaan om passende afspraken te kunnen maken afhankelijk van de (regionale) context. Dit is in de brief van staatssecretaris Van Rijn van 7 oktober jl. ook toegezegd en BTN wil hier graag zo spoedig mogelijk, in gezamenlijkheid, stappen in maken.

Kosten versus baten

BTN ervaart op dit moment dat de nadruk van de transitie ligt op de zorguitgaven en dat voorbij gegaan wordt aan de maatschappelijke baten. De zorgsector levert enorme baten op door de preventieve wijze van werken die zij realiseert, waarmee de zorglasten op termijn kunnen dalen. Daarnaast levert de sector directe baten o.a. op het gebied van werkgelegenheid en belastinginkomsten.

Conclusie

Een transitie en transformatie is een enorme opgave die niet in 1 jaar te realiseren is. Ook de resultaten zijn niet binnen 1 jaar in te boeken. BTN pleit er dan ook voor om nu te investeren in de transformatie met als doel over enkele jaren de vruchten hiervan te plukken.

Echter, de manier waar op dit moment met de transitie wordt omgegaan brengt met zich mee dat zorgaanbieders geen ruimte hebben om de transformatie vorm te geven.

Naar onze mening is de cliënt uiteindelijk de dupe als de partijen die het gewenste zorglandschap vorm geven er niet meer zijn. De opstelling van VWS en de zorgverzekeraars past niet bij het gesloten onderhandelarakkoord en leidt paradoxaal genoeg tot defensief gedrag bij zorgaanbieders, die soms openlijk en soms verhult, de patiëntentoeestroom managen; soms met een patiëntenstop, wat wij niet goedkeuren maar wel begrijpen, en soms door gewoon afgelegen wonende cliënten of cliënten met complexe zorgvraag, of gewoon buiten “kantoor tijden” vallende zorgvraag, af te houden. Dit zijn de partijen die geen budgetoverschrijding melden en daartegenover staan de zorgaanbieders die gewoon door gaan met zorg leveren, ook over hun plafond heen omdat zij de cliënt voorop stellen. Juist deze organisaties worden met kortingen en eigen risico opgezadeld. Dat acht BTN onacceptabel.

Samenvattend vraagt BTN u:

1. Kunt u er bij de staatssecretaris op aan dringen dat hij er op toe ziet dat alle betrokken partijen zich aan het “Onderhandelaarresultaat transitie verpleging en verzorging” houden en de gemaakte afspraken ook nakomen?
2. Kunt u er bij de staatssecretaris op aandringen dat VWS op korte termijn met valide cijfers komt over de gecontracteerde versus de geleverde zorg om de overproductie te kunnen duiden?
3. Zorgverzekeraars hebben zorgplicht. Deze zorgplicht zetten de verzekeraars door richting zorgaanbieders waarmee de zorgaanbieders financiële risico's lopen en de zorgverzekeraars hun verantwoordelijkheid (financieel) niet voelen en nemen. Kunt u bij de staatssecretaris erop aandringen dat zorgplicht van de zorgverzekeraar niet doorgezet mag worden richting aanbieders?
4. Kunt u er bij de staatssecretaris op aandringen dat zorgaanbieders rechtmatig verleende zorg betaald krijgen en niet mogen opdraaien voor de kosten van rechtmatige verleende zorg als deze boven het afgesproken budget met de verzekeraar uitkomt?
5. Binnen de zorgverzekeringswet heeft iedereen recht op verzekerde zorg. Een budgetplafond past hier niet bij. Zou u de staatssecretaris willen vragen het budgetplafond in de wijkverpleging op te heffen, zodat iedere cliënt de zorg krijgt waar hij voor verzekerd is.
6. Kunt u de staatssecretaris vragen wat hij ervan vindt dat het voortbestaan van zorgaanbieders zonder dat sprake is van mismanagement in het geding komt en daarmee de continuïteit van de zorg aan cliënten?
7. Kwalitatief goede zorg leveren kan alleen als daar voldoende financiële middelen tegenover staan. Kunt u de staatssecretaris nadrukkelijk verzoeken erop toe te zien dat de tarieven van de zorg voor 2016 en verder kostendekkend zijn en daarmee voldoende om kwalitatief goede zorg te kunnen blijven?

8. Wilt u de staatssecretaris vragen om de cliëntkeuze centraal te stellen als het gaat om keuze voor zorgaanbieders in plaats van de selectieve inkoop van de verzekeraars?
9. Kunt u de staatssecretaris houden aan zijn belofte om snel te komen met een nieuw bekostigingsmodel en daarbij een landelijk kader voor beloning op maat?

Mocht u naar aanleiding van deze brief verder met ons in gesprek willen, kunt u contact opnemen met ondergetekende.

Met vriendelijke groet,
namens de leden BTN



Drs. Hans Buijing
Bestuurder a.i.