

DE GROTE WETSWIJZIGINGEN OP EEN RIJ

Welke richting kiest u voor 2015?



Door vier grote wetsvernieuwingen gaat er volgend jaar veel veranderen voor zorgprofessionals. Zeker ook voor de huisarts. De veranderingen in de nieuwe GGZ zijn dit jaar al ingegaan. *De Dokter* dook in de dossiers en zette de grootste veranderingen onder elkaar. Wat is er in de nieuwe wetten geregeld? En wat betekent dat voor de huisarts?

De huisarts krijgt de complexe zorgvraag van een deel van de meest kwetsbare patiënten op zijn bord

I Wet langdurige zorg (Wlz)

Moet nog door de Tweede en Eerste Kamer – gaat waarschijnlijk in per 1 januari 2015

Wat verandert er in de wet?

800.000 mensen hebben nu recht op langdurige, intensieve zorg via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Deze groep wordt vanaf volgend jaar in tweeën gesplitst: ongeveer 600.000 mensen kloppen voortaan aan bij de gemeente (vanwege de Wmo), de wijkverpleegkundige en de huisarts. De rest van de populatie – zo'n 200.000 mensen die nu een ZZZP-indicatie (zorgzwaartepakket) van 5 of hoger hebben – houdt recht op langdurige zorg in een verpleeg- of verzorghuis (het CIZ stelt dat vast). Een deel hiervan zal echter thuis blijven wonen. Deze kwetsbare patiënten met een zeer uitgebreide zorgvraag vallen in dat geval onder de verantwoordelijkheid van de huisarts.

Waarom heeft het kabinet dit besloten?

Doel is dat mensen langer thuis blijven wonen. Niet alleen omdat steeds meer patiënten dit graag willen, het is vooral ook een financieel vraagstuk. De kosten van de langdurige zorg met verblijf lopen simpelweg (te) sterk op. Het kabinet wil deze kosten zo spoedig mogelijk terugschroeven.

Wat betekent dit voor de huisarts?

De consequenties van het Wetsvoorstel langdurige zorg (Wlz) voor de huisarts zijn fors. Samen met zijn team en met de wijkverpleegkundige krijgt hij vanaf 2015 te maken met meer thuiswonende patiënten uit de derde en vierde ZZZP-categorie die voorheen in een instelling verbleven. Dat maakt het werk intensiever en zwaarder.

Daarnaast, en dat is nóg ingrijpender, krijgt hij de complexe zorgvraag van

een deel van de meest kwetsbare patiënten op zijn bord. De mensen die thuis blijven wonen dus. In het algemeen krijgt de huisarts er een grote groep kwetsbare patiënten bij (met de bijbehorende verantwoordelijkheid). Daardoor neemt de gemiddelde tijdsinvestering per patiënt toe.

Hoe gaat het nu verder?

Staatssecretaris Van Rijn (VWS) wil het wetsvoorstel dit voorjaar door de Tweede Kamer loodsen, zodat de wet per 1 januari 2015 kan worden ingevoerd. Wellicht met een transitieperiode voor de ZZZP-4 patiënten die nog recht houden op verblijf. Naar verwachting zal het wetsvoorstel van Van Rijn nog op de nodige kritiek en weerstand stuiten, zo bleek al tijdens de consultatierondes. De LHV blijft zich de komende maanden sterk maken voor de volgende aanpassingen dan wel aanvullingen:

- versnelde verlaging van de normpraktijk naar circa 1750-1800 patiënten;
- meer tijd voor afstemming met andere zorgverleners (wijkverpleegkundige, apothekers, fysiotherapeuten, maatschappelijk werker en specialisten, onder wie de specialist ouderengeneeskunde);
- de 24-uurs beschikbaarheid van een specialist ouderengeneeskunde en een arts verstandelijk gehandicapten voor behandeling en voor consultatie door de huisarts;
- een grondige check of het op medische gronden mogelijk is dat een patiënt met Wlz-indicatie thuis kan blijven wonen;
- een apart tarief voor huisartsenzorg voor mensen met een Wlz-indicatie.



*Een heikel punt
rond de nieuwe
Wmo is dat
gemeenten zich
met de verwijzing
door de huisarts
gaan bemoeien*

II Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

Moet nog door Eerste Kamer – gaat waarschijnlijk in per 1 januari 2015

Wat verandert er in de wet?

Kern van de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is dat de gemeente een aantal taken onder haar hoede krijgt die nu nog onder de AWBZ vallen. De belangrijkste hiervan zijn: de begeleiding van hulpbehoevende mensen in het dagelijks leven en bij zelfstandig wonen. En daarnaast het beschermd wonen (in een woongroep) voor mensen die niet kunnen worden opgenomen in een instelling maar ook niet zelfstandig kunnen wonen. Gemeenten krijgen net als in de huidige Wmo veel vrijheid om deze taken in te vullen.

Waarom heeft het kabinet dit besloten?

Ook hier geldt: vanuit een combinatie van motieven. De gemeente staat dicht bij burgers en bij lokale zorgverleners – de nulde- en eerstelijnszorg in de buurt – en kan deze vorm van zorg voor kwetsbare groepen daarom goed organiseren. Daarnaast spelen ook hier financiële overwegingen mee: doordat de gemeente binnen de Wmo slimme combinaties van hulp- en zorgtaken kan maken, bijvoorbeeld door bepaalde hulptaken neer te leggen bij uitkeringsgerechtigden, moet een doelmatiger (lees: goedkopere) aanpak mogelijk zijn.

Wat betekent dit voor de huisarts?

De huisarts krijgt bij het verwijzen van patiënten zeker met de veranderingen in de Wmo te maken. Hij moet weten hoe de ondersteuning door de gemeente geregeld is: naar wie kan hij

een patiënt doorverwijzen? Die kennis moet bovendien actueel zijn. Heel praktisch is ook: hoe is deze zorgaanbieder te bereiken? De adresgegevens en de contactpersonen – of het loket – moeten bij de huisarts bekend zijn. Verder: zorgaanbieders zijn verplicht om kosteloos aan een verzoek tot informatie te voldoen – op voorwaarde dat de patiënt hiervoor toestemming heeft gegeven. De laatste belangrijke verandering is dat gemeenten straks meer contact gaan zoeken met huisartsen – ze zullen aan de ene kant met vragen en verzoekjes komen (ook om extra medische informatie), maar zullen aan de andere kant de huisartsen ook van meer informatie voorzien (gevraagd én ongevraagd).

Hoe gaat het nu verder?

De Wmo is eind april door de Tweede Kamer goedgekeurd; in de Eerste Kamer worden geen grote obstakels verwacht. De aangepaste wet treedt hoogstwaarschijnlijk per 1 januari 2015 in werking.

De LHV werpt zich in de tussentijd op als bewaker van het beroepsgeheim van de arts en van de privacy van de patiënt. Wie heeft er bij de gemeente inzage in de patiëntgegevens als de huisarts die verplicht moet aanleveren (inclusief BSN)? En: is de betreffende gemeentebtenaar alleen gebonden aan de Wet bescherming persoonsgegevens of ook aan het beroepsgeheim, dat verder reikt? De LHV wil ook dat er een vaste vergoeding voor de huisarts komt als gemeenten om medische informatie vragen.

III Jeugdwet

Goedgekeurd door Tweede en Eerste Kamer – gaat in per 1 januari 2015

Wat verandert er in de wet?

Gemeenten worden straks financieel en bestuurlijk verantwoordelijk voor de jeugdzorg – in de meest brede zin van het woord. Nu nog vallen de diverse onderdelen van de jeugdzorg onder de hoede van verschillende partijen en verschillende wettelijke regelingen: de jeugdzorg zit nu bij de provincie, de gesloten jeugdzorg bij het ministerie van VWS, de jeugd-GGZ valt onder de Zorgverzekeringswet, de zorg voor verstandelijk gehandicapte jongeren onder de AWBZ en de jeugdbescherming en -reclassering bij het ministerie van Veiligheid & Justitie.

Waarom heeft het kabinet dit besloten?

De bundeling van jeugdzorg bij één partij moet zorgen voor meer samenhang in de zorg voor kinderen. Dat is punt één. Daarnaast verwacht het kabinet ook hier dat samenhang leidt tot meer lokaal maatwerk, minder overlap en dus tot een doelmatiger aanpak (en minder kosten).

Wat betekent dit voor de huisarts?

Huisartsen komen vooral met de nieuwe Jeugdwet in aanraking bij het doorverwijzen van patiënten. Dit betekent dat er in iedere gemeente voldoende goede verwijzingsmogelijkheden moeten zijn. De gemeente koopt de jeugdzorg in en bepaalt dus welke zorg wordt vergoed voor de patiënt. Daarvan moet de huisarts goed op de hoogte zijn.

De onafhankelijke positie van de huisarts als verwijzer blijft echter bestaan. Dus: als de huisarts van mening is dat er specifieke zorg nodig is, moet de gemeente passende zorg organiseren.

Belangrijk is verder dat er inhoudelijk niets verandert voor de huisarts: die blijft gewoon de basishuisartsenzorg leveren aan kinderen en jongeren – in de rol van poortwachter en vertrouwensarts.

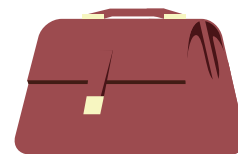
Alleen huisartsen die dat zelf willen en kunnen, kunnen in overleg met de gemeente extra zorg aanbieden binnen de muren van de eigen praktijk – bijvoorbeeld met hulp van een POH jeugd-GGZ.

Hoe gaat het nu verder?

De Jeugdwet is vorig najaar behandeld in de Tweede Kamer en in februari 2014 goedgekeurd door de Eerste Kamer. De nieuwe wet gaat dus per 1 januari 2015 in.

De LHV heeft zich in 2013 sterk gemaakt voor de instandhouding van het verwijzingsrecht van de huisarts. Met succes, want diens rol als onafhankelijke poortwachter – en verwijzer op basis van medisch-inhoudelijke gronden – blijft onaangetast, zo heeft de staatssecretaris zeer recent nog per brief aan de Tweede Kamer bevestigd. Andere belangrijke punten voor de LHV:

- Gemeenten moeten voldoende kwalitatief hoogstaande en toegankelijke jeugdzorg in eerste en tweede lijn aanbieden.
- Gemeenten moeten een sociale kaart maken (en actueel houden) die professionals en cliënten duidelijk maakt waar zij terecht kunnen.



Als de huisarts van mening is dat er specifieke zorg nodig is, moet de gemeente passende zorg organiseren

IV Bestuurlijk Akkoord Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)

Is per 1 januari 2014 ingegaan

Wat verandert er precies?

De veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg zijn al van kracht sinds begin 2014. Belangrijkste wijziging is dat de geestelijke gezondheidszorg in feite in drie delen is geknipt: de zorg die de huisarts en zijn team (met eventueel een POH-GGZ) zelf kunnen bieden, de generalistische basis-GGZ (voorheen de eerstelijns GGZ) voor patiënten met een vermoedelijke stoornis en matig ernstige problematiek) en de gespecialiseerde GGZ (voorheen de tweedelijns GGZ) voor de complexe en urgente psychische problematiek. Hierbij is ambulante zorg – aan huis dus – het uitgangspunt. De generalistische basis-GGZ en de gespecialiseerde GGZ zijn alleen toegankelijk met een verwijzing van de huisarts.

Waarom heeft het kabinet dit besloten?

De kosten van de GGZ liepen in hoog tempo op. De maatregelen moeten leiden tot flinke bezuinigingen – al was het alleen maar doordat het aantal ‘bedden’ voor de complexe, intensieve GGZ (de gespecialiseerde GGZ dus) 30 procent wordt teruggebracht.

Andere motieven zijn: meer zorg in de buurt van de patiënt (verschuiving naar de eerste lijn en ambulantisering van gespecialiseerde GGZ) en sterkere coördinatie. Om die reden krijgt de huisarts een duidelijker spilfunctie.

Wat betekent dit voor de huisarts?

De huisarts speelt een centrale rol in de behandeling en verwijzing van mensen met psychische klachten. Hij doet

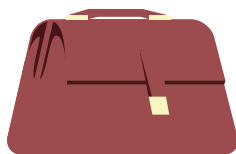
de eerste beoordeling: kan ik het zelf, eventueel met ondersteuning van een POH-GGZ, heeft de patiënt een DSM-stoornis of is er sprake van ernstige of urgente psychische problematiek?

Wat verder verandert: ook bij verwijzingen *binnen* de GGZ komt de huisarts weer in beeld. Dat heeft voordelen (meer overzicht en regie) en nadelen (meer werk en administratieve rompslomp).

Hoe gaat het nu verder?

2014 is een overgangsjaar. De LHV houdt de vinger stevig aan de pols, ook via periodieke ledenpeilingen (zie ook het artikel op pagina 14 en verder).

Punten die aandacht vragen: is er voldoende zekerheid over de financiering van de POH-GGZ? Hoe loopt de samenwerking met de generalistische basis-GGZ en de gespecialiseerde GGZ? Zijn er voldoende verwijzingsmogelijkheden en geen onnodige wachttijden? En: zijn de extra administratieve lasten zoveel mogelijk terug te dringen?



De huisarts speelt een centrale rol in de behandeling en verwijzing van mensen met psychische klachten

V Zorgverzekeringswet (Zvw)

Wordt met andere wetswijzigingen aangepast – verandert geleidelijk per 1 januari 2015

Wat verandert er in de wet?

De Zorgverzekeringswet verandert op een groot aantal fronten; de wet verandert als het ware mee met de andere wettelijke regelingen. Er zijn twee grote wijzigingen die voor de huisarts van belang zijn.

De eerste is: artikel 13 van de Zvw wordt aangepast. Dit betekent dat zorgverzekeraars de zorg aan naturaverzekerden niet meer hoeven te vergoeden als deze is verleend door niet-gecontracteerde aanbieders. Het 'hinderpaal-criterium' – het mag voor mensen geen hinderpaal zijn om naar een niet-gecontracteerde aanbieder te gaan – is daarmee van de baan. Het lijkt er echter op dat de politiek voor de huisartsenzorg een positieve uitzondering maakt.

De LHV heeft de afgelopen tijd maanden veel energie gestoken in de garantie op continuïteit van zorg en vrije artskeuze in artikel 13. Dat lijkt resultaat te hebben: ook naturaverzekerde patiënten mogen hun eigen huisarts kiezen en krijgen die kosten gewoon (grotendeels) vergoed, ook als er geen contract zou zijn met die huisarts.

De tweede grote verandering is dat wijkverpleging straks niet meer onder de AWBZ maar onder de Zvw valt.

Waarom heeft het kabinet dit besloten?

Idee achter de verandering van artikel 13 is dat als verzekeraars meer invloed hebben op het zorgaanbod, ze ook scherpere prijsafspraken met aanbieders kunnen maken.

Dat de wijkverpleging voortaan ook onder de Zvw valt, is vooral een logische maatregel; huisarts en wijkverpleegkundige gaan steeds meer samen de eerstelijnszorg vormgeven. Deze zorg in de buurt van de patiënt is geen

bijzondere patiëntenzorg, maar vormt juist laagdrempelige eerstelijnszorg. En daar is de zorgverzekering voor bedoeld.

Wat betekent dit voor de huisarts?

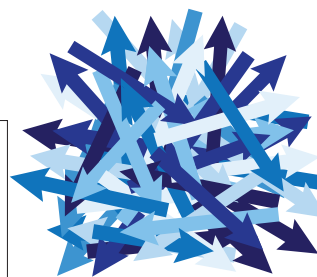
Toen bekend werd dat het hinderpaal-criterium ging vervallen, vreesden huisartsen en de LHV dat de inschrijving op naam ook zou komen te vervallen. Met als gevolg dat patiënten geen vrije artskeuze meer zouden hebben en zich verplicht zouden moeten inschrijven bij de dichtstbijzijnde, door de verzekeraar gecontracteerde huisartsenpraktijk. Die bezorgdheid lijkt nu ongegrond.

Wel kan het straks gebeuren dat een huisarts een patiënt verwijst naar een ziekenhuis in de buurt, dat misschien zelfs gespecialiseerd is in een bepaalde behandeling, maar dat de patiënt vervolgens de rekening zelf moet betalen omdat de verzekeraar geen contract heeft met dit ziekenhuis.

De verandering in de vergoeding van de wijkverpleegkundige pakt heel gunstig uit voor de huisarts: de wijkverpleegkundige is nu direct toegankelijk en makkelijker in te zetten, omdat er geen indicatie meer nodig is. Dat scheelt tijd én geld.

Hoe gaat het nu verder?

De nieuwe Zvw verandert mee met de andere wetten. Het is nog niet duidelijk wanneer de wijziging in artikel 13 ingaat. De discussie hierover zal nog wel even duren. De verandering in de financiering van de wijkverpleegkundige gaat waarschijnlijk per 1 januari 2015 in. ■



Naturaverzekerde patiënten houden waarschijnlijk toch de vrijheid om hun eigen huisarts te kiezen