

33 578 Eerstelijnszorg
29 689 Herziening Zorgstelsel
Nr. 83 Brief van de minister voor Medische Zorg
Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal
Den Haag, 16 november 2020

Met deze brief informeer ik uw Kamer over de [monitor](#) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over contractering eerstelijnsverblijf (ELV) en geriatrische revalidatiezorg (GRZ). Hiermee doe ik ook de motie af van het lid Sazias over het voorkomen dat zorgverzekeraars korten op eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg¹.

NZa-monitor

De NZa brengt met deze monitor voor het eerst sinds de overheveling van het eerstelijnsverblijf naar de Zorgverzekeringswet (in 2017) het contracteerproces en – inhoud van eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg in kaart. In de monitor is eerst een overzicht gegeven van de kengetallen van ELV en GRZ over 2017, 2018 en 2019. Ten tweede is er gekeken hoe het contracteerproces voor 2020 is verlopen en wat de ervaringen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars daarmee zijn. Verder heeft de NZa gekeken naar de inhoudelijke afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor 2020 en naar de mogelijkheden voor experimenten. De NZa doet zes aanbevelingen over het contracteerproces, waarmee het handvatten geeft aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om het gesprek te voeren over de zorg en de contractafspraken. Tot slot formuleert de NZa drie actiepunten voor zichzelf naar aanleiding van de monitor.

Samenvatting NZa-monitor

Uit de monitor blijkt dat bijna alle zorgaanbieders contracten afsluiten met zorgverzekeraars. De ervaringen met het contracteerproces worden als positief ervaren door beide partijen. In de GRZ wordt dicht tegen het door de NZa vastgestelde maximumtarief afgesproken (97% gewogen gemiddelde). Voor het ELV liggen de percentages lager.

¹ Kamerstuk 35 300 XVI, nr. 78

In het ELV worden tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars regelmatig resultaatafspraken gemaakt. In de GRZ is dit veel minder het geval, meer dan de helft van de zorgaanbieders geeft aan dat er geen resultaatafspraken gemaakt worden.

In het ELV worden vooral resultaatafspraken gemaakt op basis van de gemiddelde ligduur. Zorgverzekeraars stellen dit vast met behulp van benchmarks. De helft van de zorgaanbieders herkent zich in de benchmarks, wanneer deze gebruikt worden. Tegelijkertijd is niet altijd transparant hoe de benchmarks tot stand komen. Naast ligduur hebben resultaatafspraken over uitstroom naar huis, naar de Wlz en/of het aantal heropnamen ELV invloed op het tarief. Als er in de GRZ resultaatafspraken worden gemaakt, gebeurt dit ook op basis van benchmarks. Deze resultaatafspraken zien op behandelintensiteit en ligduur.

De NZa concludeert dat veel goed gaat in de contractering van ELV en GRZ, maar ziet tegelijkertijd ruimte voor verbeteringen. Daartoe formuleert de NZa zes aanbevelingen aan zorgverzekeraars en/of zorgaanbieders:

1. Ga aan de slag met beschrijvingen van goede zorg;
2. Koop ELV en GRZ samen in en breid mogelijkheden van substitutie uit;
3. Zet in op experimenten over de sectoren heen;
4. Inspireer elkaar door maatwerkoplossingen inzake arbeidstekorten te delen;
5. Ga in gesprek over de duur van het contract;
6. Geef zorgaanbieders meer inzicht in de benchmarks en modellen die gehanteerd worden bij de inkoop.

Daarnaast heeft de NZa drie actiepunten voor zichzelf geformuleerd:

1. Het meer onder de aandacht brengen bij zorgaanbieders van de verschillende mogelijkheden om te experimenteren;
2. Samen met VWS en ZonMW een plan opstellen voor het uitvoeren van de evaluatie van de verschillende experimenten die nu lopen. Beroeps- en brancheverenigingen zullen hierbij ook betrokken worden;
3. Met beroeps- en branchepartijen, VWS, Zorginstituut Nederland en ZonMw in gesprek over hoe de bekostiging van de kortdurende zorg in de eerste lijn (ELV, GRZ en geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen) meer op elkaar kan worden aangesloten.

Reactie en vervolgstappen

Allereerst ben ik verheugd te lezen dat veel goed gaat in de contractering van ELV en GRZ. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn tevreden over het contracteerproces en partijen weten elkaar goed te vinden.

Tegelijkertijd blijkt dat er nog verbeterpunten zijn. Zo ontbreken er vaak nog goede afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de organisatie en de kwaliteit van ELV en GRZ. Ook geven zorgaanbieders aan dat de mogelijkheden voor maatwerk beter kunnen in het contracteerproces. Dit is noodzakelijk om juiste zorg op de juiste plek te kunnen leveren. Het opstellen van een integraal kwaliteitskader zou hierbij kunnen ondersteunen. Het programma Beter Thuis, dat ZonMw op mijn verzoek heeft ontwikkeld, kan hieraan bijdragen.

Ook kunnen zorgverzekeraars door middel van het maken van contractafspraken meer sturen op de door hen opgestelde visie. Zoals de NZa terecht aangeeft, is contracteren namelijk het middel om afspraken te maken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over doelmatigheid, kwaliteit, innovatie, organiserend vermogen en de juiste zorg op de juiste plek. Ik ga ervan uit dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars met de aanbevelingen van de NZa aan de slag zullen gaan.

Daarnaast vind ik het positief om te lezen dat de NZa ook verbeterpunten voor zichzelf heeft opgesteld. Ik ben blij te horen dat zij aan de slag gaan met het meer onder de aandacht brengen van de mogelijkheden om te experimenteren, een plan opstellen voor het uitvoeren van een evaluatie van de huidige experimenten en met onderzoek doen naar een passende bekostiging voor de kortdurende zorg in de eerste lijn. Hiertoe zal ook ik mijn bijdrage leveren, samen met ZonMW, het Zorginstituut Nederland en beroeps- en branchepartijen. Aan deze punten wordt ook op dit moment ook al gewerkt.

Korting zorgverzekeraars op eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg bij veel doorstroom naar Wlz?

Naar aanleiding van de Begrotingsbehandeling van 31 oktober 2019 (Handelingen II 2019/20, nr. 18, item 9) is een motie van het lid Sazias aangenomen (Handelingen II 2019/20, nr. 19, item 19) over het voorkomen dat zorgverzekeraars korten op eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg, als er te veel patiënten niet terug kunnen naar huis na verblijf². De motie stelt dat de doorstroom van ouderen uit ziekenhuizen nog steeds niet op orde is en dat er nog steeds een groot gebrek is aan plaatsen voor ELV, GRZ en vaste verpleeghuisplaatsen. Op de capaciteit van tijdelijk verblijf kom ik terug in een separate brief in relatie tot acute zorg. Voor de capaciteit van verpleeghuizen verwijs ik u naar de Kamerbrief van 10 juni 2020 van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de Stand van zaken zorg aan ouderen³.

Hieronder ga ik kort in op de resultaatafspraken die gemaakt worden in het ELV en GRZ. Uit de monitor van de NZa blijkt dat zorgaanbieders die ELV leveren, aangeven dat zorgverzekeraars regelmatig in het contracteerproces sturen op doelmatigheid en uitkomsten, zoals ligduur. Uit onderzoek blijkt dat het tarief niet na een bepaald aantal dagen omlaag gaat. Zorgverzekeraars geven wel aan dat zij benchmarks gebruiken voor de gemiddelde ligduur en dat zij hier hun tarief voor

² Kamerstuk 35 300 XVI, nr. 78

³ Kamerstuk 31 765, nr. 494

het volgende jaar op baseren. In de benchmarks spelen ook de uitstroom naar huis, uitstroom naar de Wlz en/of het aantal heropnamen in het ELV een rol. Onduidelijk is in hoeverre dit doorwerkt in het toekomstige tarief. In de contracten is geen direct negatieve, wel een positieve prikkel gevonden, in de zin dat zorgaanbieders een tariefopslag krijgen voor het verkorten van de ligduur ter bevordering van de terugkeer naar huis.

Bij de GRZ wordt door meer dan de helft van de zorgaanbieders aangegeven dat er geen resultaatafspraken worden gemaakt. En als deze afspraken al gemaakt worden, dan hebben enkele hiervan maar invloed op het tarief. Het gaat dan om afspraken over gemiddelde ligduur en behandelintensiteit. Ook hier zit een positieve prikkel voor zorgaanbieders. Als er sprake is van een hoge uitstroom naar huis dan kan dit leiden tot een tariefopslag.

Uit de monitor blijkt dat zorgaanbieders niet direct gekort worden door zorgverzekeraars als patiënten niet meer terug naar huis kunnen na verblijf in ELV of GRZ. Wel dat doorstroom naar de Wlz onderdeel van de benchmarks kunnen zijn. Het is alleen niet transparant hoe dit doorwerkt in de tarieven voor het jaar erop. Het is aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om hierover met elkaar in gesprek te gaan. De NZa heeft aangegeven hierop te letten en de vinger aan de pols te houden door agendering in betreffende technische overleggen van de NZa.

De minister voor Medische Zorg,
T. van Ark