

Vergaderjaar 2018–2019

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 355

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 11 december 2018

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister voor Medische Zorg over de brief van 16 oktober 2018 over de voorhang experiment resultaatbeloning en zorgvernieuwing eerstelijnsverblijf (Kamerstuk 31 765, nr. 346).

De vragen en opmerkingen zijn op 23 november 2018 aan de Minister voor Medische Zorg voorgelegd. Bij brief van 10 december 2018 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De adjunct-griffier van de commissie,
Krijger

Inhoudsopgave	blz.
I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II. Reactie van de Minister voor Medische Zorg	6

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief over het experiment «resultaatbeloning en zorgvernieuwing» eerstelijnsverblijf (ELV). Genoemde leden vinden het belangrijk dat het ELV een vaste plek heeft gekregen in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het eerstelijnsverblijf is een belangrijke vorm van zorg voor mensen die tijdelijk extra zorg en ondersteuning nodig hebben voordat ze weer naar huis kunnen. Het is daarom goed dat de Minister de ruimte biedt om te experimenteren. Deze leden hebben enkele vragen over het experiment.

De Minister geeft aan dat binnen de prestatie zorgvernieuwing en resultaatbeloning ELV afspraken gemaakt kunnen worden over een nieuwe prestatie in plaats van de reguliere prestaties ELV. De leden van de VVD-fractie vragen of zij het goed begrijpen dat de bestaande prestaties, te weten ELV laag complex, ELV hoog complex en ELV palliatieve terminale zorg blijven bestaan naast de nieuwe prestatie. Met andere woorden, kan een aanbieder die graag in de huidige indeling wil blijven werken dat met het experiment nog steeds doen, zo vragen deze leden.

Het experiment eindigt wanneer de nieuwe bekostiging voor het ELV in werking treedt. De leden van de VVD-fractie vragen de Minister wanneer de inwerkingtreding van het nieuwe bekostigingsmodel is voorzien. Wat is hiervan nu de stand van zaken? Kan de Minister het tijdpad van ontwikkeling, valideren en implementatie schetsen?

Uit de verschillende onderzoeken die in het kader van het ELV zijn uitgevoerd blijkt dat het ELV een bijdrage kan leveren aan de juiste zorg op de juiste plek. De leden van de VVD-fractie vragen de Minister in hoeverre in het voorgestelde experiment ruimte is om te komen tot een betere triage en meer flexibiliteit rond de indicatiestelling, bijvoorbeeld zo dat gemakkelijker kan worden «geswitcht» naar een andere indicatie indien de zorgvraag gedurende de tijd verandert en dat dus sprake kan zijn van op- en afschalen van verschillende zorgvormen. Dit met als doel te komen tot betere begeleiding en zorg van mensen. Indien hiervoor geen ruimte is, welke mogelijkheden ziet de Minister dan om hiertoe te komen?

De leden van de VVD-fractie lezen dat een andere conclusie van het onderzoek naar de kwaliteit van het ELV door Significant is dat de samenhang en samenwerking tussen het ELV en andere zorgvormen nog onvoldoende georganiseerd is. Die samenhang is belangrijk om te komen tot het meest passende aanbod en de overgang tussen thuis of het ziekenhuis, de tijdelijke plek en (een nieuw) thuis soepel te laten verlopen. Genoemde leden willen graag weten hoe de Minister dat probleem zal aanpakken en vragen hierover een reactie.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het bekostigingsexperiment «resultaatbeloning en zorgvernieuwing» eerstelijnsverblijf en maken van deze gelegenheid gebruik nog enkele vragen te stellen.

De leden van de CDA-fractie lezen dat ervaringen binnen de experiment-prestatie binnen het ELV mogelijk ook gebruikt kunnen worden voor de verdere doorontwikkeling van de bekostiging van geriatrische revalidatiezorg en de per 2020 over te hevelen aanvullende geneeskundige zorg. Kan de Minister toelichten hoe hij dit voor zich ziet en aan welke ervaringen hij dan denkt? Welke criteria zullen hiervoor gehanteerd worden?

De leden van de CDA-fractie lezen dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) dit experiment zal monitoren gedurende de looptijd. Wat gaat de NZa precies monitoren en wordt landelijk een overzicht bijgehouden van de verschillende experimenten bij de verschillende zorgverzekeraars? Zo ja, zijn deze gegevens (resultaten) dan beschikbaar?

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

Inleiding

De leden van de D66-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van dit voorstel. Genoemde leden onderstrepen het belang van een goed ELV vanwege de grote toegevoegde waarde voor het welzijn van de patiënten en de kwaliteit van de zorg in algemene zin. Deze leden hebben echter nog wel een aantal vragen over dit voorstel.

Achtergrond en context

De leden van de D66-fractie krijgen signalen over wachttijden en een tekort aan plaatsen in het ELV. Genoemde leden willen allereerst weten van de Minister of er wachttijden zijn voor het ELV en zo ja, hoelang deze zijn. Kan de Minister tevens een overzicht van het aantal plaatsen in het ELV naar de Kamer sturen? Een lange wachttijd is niet bevorderlijk voor het herstel van de patiënt en zorgt er bijvoorbeeld ook voor dat ziekenhuisbedden onnodig bezet blijven wanneer patiënten vanuit het ziekenhuis worden doorverwezen naar het ELV.

De leden van de D66-fractie lezen dat de Minister aangeeft dat tijdens de overheveling van het ELV vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) naar de Zvw alle betrokken partijen het eens waren over het feit dat modulaire bekostiging de voorkeur verdient. Kan de Minister aangeven welke betrokken partijen dit zijn? Genoemde leden willen bovendien graag weten, nu blijkt dat modulaire bekostiging de voorkeur verdient, waarom dit niet meteen is ingevoerd. Hoe wordt met dit voorstel een stap gezet richting modulaire bekostiging en hoe gaat deze bekostiging er precies uitzien, zo vragen deze leden.

De leden van de D66-fractie constateren met lichte verbazing dat bij een toenemend aantal patiënten bij hun opname niet duidelijk is wat er precies aan de hand is. Genoemde leden waren in de veronderstelling dat patiënten alleen met bepaalde problematiek konden worden doorverwezen naar het ELV. De Minister geeft aan dat soms meer diagnostiek nodig is om vast te stellen wat er aan de hand is. Wie zou deze diagnose

moeten stellen, zo vragen deze leden. Kan de Minister tevens uitleggen waarom deze diagnoses niet zijn gesteld vóór de doorverwijzing naar het ELV?

De Minister stelt dat de NZa de resultaten van het registratieonderzoek niet kon meenemen in de herijking van de tarieven, vanwege de grote praktijkvariatie tussen deelnemende zorgaanbieders. De leden van de D66-fractie vragen hoe het komt dat sprake is van grote praktijkvariatie. Heeft de Minister in het experiment ermee rekening gehouden in de toekomst het onderzoek wel mee te nemen in de herijking van de tarieven?

De leden van de D66-fractie onderstrepen het belang van zorgvernieuwing en nieuwe prestaties, waar de Minister over schrijft. Genoemde leden vragen echter wel waarom tijdens de overheveling van de Wlz naar de Zvw niet meteen gekeken kon worden naar zorgvernieuwing en nieuwe prestaties. De Minister schrijft in zijn brief bovendien over de doorontwikkeling van het ELV. Deze leden vragen of de Minister hier iets specifiek over zou willen zijn.

De leden van de D66-fractie hebben nog een aantal laatste vragen. Genoemde leden weten dat er bij nieuwe experimenten vaak ook nieuwe administratieve lasten komen kijken. Deze leden vragen of de Minister hier rekening mee heeft gehouden en of hij waakt over een regelluw experiment. Tot slot willen deze leden graag weten of dit experiment mogelijk nadelige gevolgen kan hebben voor de patiënten en hoe dit wordt gemonitord.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de Voorhang experiment «resultaatbeloning en zorgvernieuwing» eerstelijnsverblijf.

De leden van de SP-fractie lezen in de brief dat de vastgestelde prestaties voor eerstelijnsverblijven te weinig ruimte bieden voor resultaatbeloning en zorgvernieuwing in deze vorm van herstellende zorg. Kan de Minister toelichten wat bedoeld wordt met de begrippen resultaatbeloning en zorgvernieuwing? Hoe wordt geïndiceerd op resultaatbeloning? In hoeverre is hier sprake van deregulering, zoals ook wordt voorgestaan in de aanstaande wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)?

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat de zorgbehoefte leidend moet zijn en niet het resultaat, omdat dit simpelweg niet te meten is en omdat het «resultaat» niet noodzakelijkerwijs samenhangt met de geboden zorg. Kan de Minister uitleggen in hoeverre het meetbaar maken van deze «resultaten» zal leiden tot hogere administratieve lasten voor zorgverleners?

De leden van de SP-fractie vragen of de Minister inzichtelijk kan maken hoe de in- en uitstroom in de eerstelijnsverblijven er op dit moment uitzien? Klopt het dat hier veel ouderen verblijven die voor 2013 in het verzorgingshuis zouden worden opgenomen? Zo ja, om hoeveel ouderen gaat het dan? Tevens vragen genoemde leden of het klopt dat een hoog percentage van de mensen in het ELV uiteindelijk niet meer terug naar huis gaat maar doorstroomt naar het verpleeghuis. Kan de Minister dit cijfermatig uiteenzetten?

Voorts vragen de leden van de SP-fractie wat bedoeld wordt met het begrip beloning. Acht de Minister het wenselijk dat de financiering van het eerstelijnsverblijf afhankelijk kan worden gemaakt van het aantal mensen dat doorstroomt naar het verpleeghuis of het tempo waarin mensen weer naar huis worden gestuurd? Welke prikkels die de kwaliteit van zorg juist in gevaar kunnen brengen ziet de Minister in dit experiment? Acht de Minister het denkbaar dat financiële prikkels leidend zullen worden bij de vraag of ouderen nog gebruik kunnen maken van deze vorm van zorg?

De leden van de SP-fractie constateren dat de prestatiebeschrijving enkel in rekening kan worden gebracht indien een overeenkomst is afgesloten tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar. Betekent dit dat in gevallen waar geen overeenstemming wordt bereikt teruggevallen wordt op één van de drie ELV-prestaties zoals die nu gelden? In hoeverre hebben zorgverzekeraars een plicht tot contracteren als een zorgaanbieder de voorkeur geeft aan werken met deze prestaties? Kan, met andere woorden, de zorgverzekeraar door middel van haar onderhandelingsmacht druk uitoefenen op de aanbieder, om tot prestatiefinanciering over te gaan onder het dreigement dat anders niet tot contractering wordt overgegaan?

Verder zijn de leden van de SP-fractie benieuwd naar het vrije tarief dat zal gelden. Hoe gaat de Minister voorkomen dat enerzijds in gevallen van krapte (bijvoorbeeld bij volle ziekenhuisbedden en wachtlijsten voor een plek in het verpleeghuis) de tarieven fors hoger worden en anderzijds de tarieven beneden kostprijs zullen uitvallen op plekken waar een (tijdelijk) overschot aan ELV-bedden is? Acht de Minister dergelijke schommelingen en onzekerheden wenselijk?

Ten slotte vragen de leden van de SP-fractie waarom niet gekozen is voor integrale en kostendekkende tarieven, waarbij zorgverleners de ruimte krijgen zich in te zetten naar gelang de zorgbehoefte die cliënten hebben. Genoemde leden vragen de Minister om een toelichting op dit punt.

Vragen en opmerkingen van de ChristenUnie-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben kennisgenomen van het voornemen van de Minister om de NZa een aanwijzing te geven om in haar beleidsregels te voorzien in een experimentprestatie «resultaatbeloning en zorgvernieuwing» voor eerstelijnsverblijf. Zij willen de Minister hierover graag enkele vragen voorleggen.

De Minister geeft aan dat de vastgestelde prestaties voor het ELV te weinig ruimte bieden voor resultaatbeloning en zorgvernieuwing in deze vorm van herstellzorg. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of dit ook de conclusie is van de onderzoeken die de Minister aanhaalt. Genoemde leden krijgen namelijk signalen uit het veld dat er niet zozeer een behoefte is aan resultaatbeloning en zorgvernieuwing, maar wel aan hogere tarieven en meer tijd. Deze leden vragen de Minister hoe zorgaanbieders in het kader van resultaatbeloning kunnen aantonen dat zij resultaten behalen, zeker als het een complexe doelgroep betreft. Verder vragen deze leden wat wordt verstaan onder zorgvernieuwing. Valt domeinoverstijgend werken, bijvoorbeeld op het snijvlak van de geestelijke gezondheidszorg (ggz), de Wlz en de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015), onder zorgvernieuwing?

De Minister geeft aan dat er signalen komen uit het veld dat bij een toenemend aantal patiënten, waarvan bij opname onduidelijk is wat er precies aan de hand is, meer diagnostiek nodig is. De leden van de ChristenUnie-fractie juichen het toe als ruimte komt voor betere

diagnostiek, waardoor een betere, gerichte behandeling na het ELV mogelijk wordt. Genoemde leden vragen de Minister hoe deze signalen uit het veld over ruimere mogelijkheden voor diagnostiek met deze nieuwe experimentprestatie kunnen worden aangepakt.

De leden van de ChristenUnie-fractie lezen dat de nieuwe experimentprestatie ruimte biedt aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om onderling afspraken te maken over zorgvernieuwing en/of het belonen van uitkomsten van zorg op lokaal niveau. Genoemde leden vragen op welke wijze zorgaanbieders hier afspraken over zullen maken, is dit op casus-niveau of op doelgroepniveau. Wat bedoelt de Minister met «belonen van uitkomsten van zorg op lokaal niveau»? Wie bepaalt de gewenste uitkomsten?

De leden van de ChristenUnie-fractie begrijpen uit de brief dat de prestatiebeschrijving «resultaatbeloning en zorgvernieuwing» alleen in rekening kan worden gebracht indien er een overeenkomst is tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Hierbij geldt een vrij tarief, zodat maatwerk kan worden gerealiseerd. Deze leden vragen de Minister wie zorgt voor deze prestatiebeschrijvingen en wie zorgt voor de dekking ervan binnen het macrokader geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf. Hoe wordt hierbij geborgd dat sprake is van eerlijke onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder? Moet de zorgaanbieder een onderbouwing van de kosten aanleveren? Betekent een vrij tarief ook een vrije ruimte voor de maximale ligduur?

De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat de huidige drie prestatiebeschrijvingen (laag complex, hoog complex en palliatief) met een zeer lage administratieve last zijn aan te vragen. Hoe kunnen ziekenhuizen deze nieuwe prestatie aanvragen en/of indiceren, zo vragen deze leden.

II. Reactie van de Minister

Ik dank de leden van de VVD-fractie, CDA-fractie, D66-fractie, SP-fractie en de ChristenUnie-fractie voor hun vragen en opmerkingen ten aanzien van het experiment «resultaatbeloning en zorgvernieuwing» eerstelijnsverblijf (Kamerstuk 31 765, nr. 346).

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

Deze leden vinden het belangrijk dat aanbieders kunnen blijven werken met de bestaande ELV-prestaties en vragen of de bestaande prestaties, te weten ELV laag complex, ELV hoog complex en ELV palliatieve terminale zorg blijven bestaan naast de nieuwe prestatie.

De bestaande ELV-prestaties laag complex, hoog complex en palliatieve terminale zorg blijven bestaan. De experimentprestatie is aanvullend op de bestaande ELV-prestaties. Met de woorden «in plaats van» wordt bedoeld dat de experimentprestatie niet tegelijk met een bestaande ELV-prestatie voor dezelfde patiënt gedeclareerd kan worden. Het is aan de opnemende partij, conform de afspraak die hierover met de zorgverzekeraar(s) gemaakt zijn, te kiezen voor een bestaande ELV-prestatie of de experimentprestatie. Wel is het mogelijk om na een periode met declaraties van de prestatie resultaatbeloning en zorgvernieuwing over te gaan op de declaratie van de reguliere prestaties ELV laag complex, ELV hoog complex en ELV palliatief terminale zorg.

De leden van de VVD-fractie willen graag weten wanneer de inwerking-treding van het nieuwe bekostigingsmodel is voorzien en vragen om een schets van het tijdpad van ontwikkeling, valideren en implementatie.

In het kader van de overheveling van «Geneeskundige zorg voor specifieke groepen» (nu nog Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling) informeer ik u separaat over de verdere ontwikkeling, validatie en implementatie van een nieuw bekostigingsmodel. Ik voorzie dat de invoering van een nieuw bekostigingsmodel op zijn vroegst in 2023 kan plaats vinden.

In hoeverre biedt het voorgestelde experiment ruimte om te komen tot een betere triage en meer flexibiliteit rond de indicatiestelling en het eventueel kunnen op- en afschalen van verschillende zorgvormen?

De experimentprestatie is vrij in de uitvoering, zolang de zorgaanbieder en zorgverzekeraar het eens zijn over de inhoud van de te leveren prestatie. Het experiment kan inderdaad ook ingezet worden voor observatie- en/of triageplekken of voor intensievere behandelingen in kortere duur, zodat de patiënt sneller en/of beter hersteld terug kan keren naar huis. De keuze of en zo ja, voor welk doel de nieuwe prestatie wordt ingezet, is aan partijen. De NZa is op de hoogte van het feit dat dat (in ieder geval) twee zorgverzekeraars zogeheten diagnosebedden gaan afspreken.

Tenslotte willen de leden van de VVD-fractie graag weten hoe ik het door Significant gesignaleerde probleem van onvoldoende samenhang en samenwerking tussen het ELV en andere zorgvormen ga aanpakken. Zij stellen dat samenhang belangrijk is om te komen tot het meest passende aanbod en de overgang tussen thuis of het ziekenhuis, de tijdelijke plek en (een nieuw) thuis soepel te laten verlopen.

Ik herken het door Significant gesignaleerde knelpunt van onvoldoende samenhang en samenwerking tussen eerstelijnsverblijf en andere zorgvormen. In mijn brief van 28 juni¹, heb ik aangegeven dat met de verbreding van het landelijk dekkende netwerk van regionale coördinatie-functies de samenhang tussen de diverse zorgvormen met tijdelijk verblijf meer inzichtelijk wordt. In het plan van aanpak van het programma Langer Thuis hebben ZN en andere betrokken partijen aangegeven de verbreding zoveel mogelijk gereed te willen hebben in 2019.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

Deze leden vragen hoe de ervaringen met de experimentprestatie ook gebruikt kunnen worden voor de verdere doorontwikkeling van de bekostiging van geriatrische revalidatiezorg en de per 2020 over te hevelen aanvullende geneeskundige zorg. Welke ervaringen kunnen dat zijn en welke criteria zullen hiervoor gehanteerd worden?

Het experiment laat ruimte in de invulling en kan hiermee inspelen op ontwikkelingen in het eerstelijnsverblijf. Aangezien het Zorginstituut geduid heeft dat er een zorgcontinuüm is tussen de drie genoemde zorgvormen, kunnen ervaringen met de zeer waarschijnlijk verschillende invullingen van het experiment ook bijdragen aan een zinvolle doorontwikkeling van de bekostiging van de drie zorgvormen. Ik denk aan ervaringen op het gebied van intensiever behandelen waar nog onduidelijk is wat er precies aan de hand is, een bepaalde inzet op specifieke groepen binnen het eerstelijnsverblijf of de inzet van verschillende

¹ Kamerstuk 31 765, nr. 339.

behandelaren binnen het eerstelijnsverblijf en welke indeling in prestaties passend zou zijn. De criteria zijn nog niet op voorhand duidelijk, behalve dat de uitvoering gerelateerd moet kunnen worden aan het beoogde resultaat. Het gaat om een leerproces, ook met de betrokken partijen.

De leden van de CDA-fractie vragen wat de NZa precies gaat monitoren en of landelijk een overzicht wordt bijgehouden van de verschillende experimenten bij de verschillende zorgverzekeraars. En als dat zo is, zijn deze gegevens (resultaten) dan beschikbaar?

De NZa evalueert het experiment resultaatbeloning en zorgvernieuwing conform artikel 58 Wmg. In het kader hiervan zal de NZa bij zorgverzekeraars en/of zorgaanbieders informatie uitvragen over in ieder geval de aantallen en de inhoud van de afspraken binnen de prestatie. De evaluatie zal openbaar worden gemaakt.

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

Deze leden willen weten of er wachttijden zijn voor het ELV en zo ja, hoelang deze zijn. Ook wordt gevraagd of een overzicht van het aantal plaatsen in het ELV naar de Kamer gestuurd kan worden.

Uit cijfers van Vektis blijkt dat in 2017 ongeveer 33.000 personen gebruik hebben gemaakt van het eerstelijnsverblijf. Met een gemiddelde ligduur van 39 dagen gaat het om ongeveer 3500 bedden. De NZa heeft in 2018 enkele signalen (zes in totaal) ontvangen over een tekort aan ELV-bedden. Deze huisartsen hebben aangegeven dat ze bij deze casussen een patiënt na een paar dagen konden plaatsen binnen het eerstelijnsverblijf. De signalen gaan over een gebrek aan capaciteit, maar soms ook over het niet goed bereikbaar zijn of niet goed functioneren van de coördinatiefunctie die de bedden coördineert. Daarnaast heeft de LHV een enquête gehouden onder huisartsen, waaruit naar voren komt dat 80% van de huisartsen een patiënt niet dezelfde dag kan plaatsen in het eerstelijnsverblijf. Het is nog niet duidelijk wat de reden hiervan is.

De leden van de D66-fractie vragen welke betrokken partijen bij de overheveling van het eerstelijnsverblijf naar de Zvw voor modulaire bekostiging waren. En waarom dit niet ingevoerd werd. Verder vragen de leden hoe met dit voorstel een stap wordt gezet richting modulaire bekostiging en hoe gaat deze bekostiging er precies uitzien?

Partijen hebben in 2016 aangegeven de modulaire bekostiging voor eerstelijnsverblijf het meest passend te vinden. Dit gold voor het ELV voor zover het gaat om zorg met als doel herstel en terugkeer naar huis. Voor de palliatief terminale zorg is een voorkeur uitgesproken voor een volledig integrale bekostiging. In de sectorbrede technisch overleggen van de NZa voor de nadere uitwerking van de bekostiging, bleken praktische en uitvoeringstechnische problemen te ontstaan. Dit leidde tot de conclusie dat invoering van de modulaire bekostigingsvariant per 2017 niet mogelijk was. Uiteindelijk heeft mijn voorganger besloten om de modulaire bekostigingsvariant voorlopig los te laten en een bekostiging in te voeren die zoveel mogelijk leek op de toen bestaande subsidieregeling. De betrokken partijen waren o.a. ZN, ActiZ, Verenso, V&VN, BTN, paramedici, Fibula, NFU/NVZ en LHV.

In het kader van de overheveling van «Geneeskundige zorg voor specifieke groepen» (nu nog Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling) informeer ik u separaat over de verdere ontwikkeling van een nieuw bekostigingsmodel. Ik voorzie dat de invoering van een nieuw bekostigingsmodel op zijn vroegst in 2023 kan plaats vinden.

Hoe komt het dat sprake is van grote praktijkvariatie in het registratieonderzoek? Is in het experiment ermee rekening gehouden in de toekomst het onderzoek wel mee te nemen in de herijking van de tarieven?

Het registratieonderzoek werd uitgevoerd in opdracht van ActiZ. Dit betrof een kwantitatieve analyse van data uit 2017 over de in- en uitstroom van cliënten in het eerstelijnsverblijf en de inzet van behandeling. In het registratieonderzoek was er geen extra ruimte in de bekostiging. Op basis van het registratieonderzoek is geconcludeerd dat het van belang is om door middel van prospectieve experimenten de kwaliteit en de doelgroepen binnen het eerstelijnsverblijf nader te duiden. Het voorgestelde experiment biedt alle ruimte om bekostiging en zorgbehoefte van patiënten op elkaar af te stemmen.

Een aanvullende verklaring voor de praktijkvariatie is dat de patiëntenpopulatie in het eerstelijnsverblijf aan het veranderen is. Er zijn nog geen richtlijnen voor patiëntgroepen of aandoeningen opgesteld voor het eerstelijnsverblijf. Het is aan de betrokken beroepsgroepen en zorgaanbieders deze richtlijnen op te stellen.

Voor de regelgeving 2020 zal in afstemming met partijen worden bekeken of en zo ja welke registratieverplichtingen bij de experimentprestatie noodzakelijk zijn om tot de gewenste doorontwikkeling van de bekostiging eerstelijnsverblijf te komen. Inzicht in de registratieverplichtingen, voor bijvoorbeeld de inzet van behandelaren bij verschillende patiëntdoelgroepen, kan informatie opleveren voor aanpassing van tarieven.

Waarom kon tijdens de overheveling van de Wlz naar de Zvw niet meteen gekeken worden naar zorgvernieuwing en nieuwe prestaties? Kan de Minister iets specifiekere zijn over de doorontwikkeling van het ELV?

Sinds de overheveling naar de Zvw zijn er signalen dat de patiëntdoelgroep aan het veranderen is. Deze signalen waren er niet ten tijde van de overheveling, en er was ook nog geen zicht op een juiste invulling van een mogelijke experimenteerruimte.

In het kader van de overheveling van «Geneeskundige zorg voor specifieke groepen» (nu nog Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling) informeer ik u separaat over de verdere ontwikkeling van het eerstelijnsverblijf, de geneeskundige zorg voor specifieke groepen en de geriatrische revalidatiezorg.

Tenslotte vragen de leden van de D66-fractie of er rekening gehouden is met nieuwe administratieve lasten en of het een regelluw experiment wordt. Kan dit experiment mogelijk nadelige gevolgen hebben voor de patiënten en hoe dit wordt gemonitord?

De NZa evalueert het experiment resultaatbeloning en zorgvernieuwing conform artikel 58 Wmg. In het kader hiervan zal de NZa bij zorgverzekeraars en/of zorgaanbieders informatie uitvragen over in ieder geval de aantallen en de inhoud van de afspraken (2019) binnen de prestatie. Voor de regelgeving 2020 zal in afstemming met partijen worden bekeken of en welke registratieverplichtingen noodzakelijk zijn om tot de gewenste doorontwikkeling van de bekostiging eerstelijnsverblijf te komen.

Daarnaast maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders gezamenlijk afspraken over de administratie rond het experiment en de monitoring. Ik verwacht geen nadelige gevolgen van het experiment voor de patiënt, eerder een verbetering, omdat met het experiment meer maatwerk geleverd kan worden. Wanneer de NZa het niet langer verantwoord vindt een experiment onveranderd voort te zetten, laat zij mij dat onmiddellijk weten en zal ik het experiment zo nodig stopzetten.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

Deze leden vragen wat bedoeld wordt met de begrippen resultaatbeloning en zorgvernieuwing. Hoe wordt geïndiceerd op resultaatbeloning? In hoeverre is hier sprake van deregulering, zoals ook wordt voorgestaan in de aanstaande wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)?

Met resultaatbeloning wordt bedoeld dat op basis van (lokaal in te vullen) kwaliteitsuitkomsten kan worden gecontracteerd. Afspraken over de resultaatbeloning worden gemaakt tussen zorgaanbieder en verzekeraar. Een voorbeeld hiervan is dat er in de eerste dagen van opname intensiever behandeld kan worden, wat leidt tot betere uitkomst voor de patiënt in een verkorte ligduur.

Met zorgvernieuwing wordt een andere invulling van zorg bedoeld, zoals de inzet van extra triage/diagnostiek. Daarnaast kan ook worden gekeken naar een nieuwe vorm van bekostiging, bijvoorbeeld per week, maand of traject.

Er is hier sprake van een experiment op grond van artikel 58 Wmg. Doel van het experiment is ervaring op te doen met een andere wijze van bekostiging. Het experiment zal worden gemonitord en geëvalueerd. De uitkomsten hiervoor kunnen worden meegenomen in de ontwikkeling van de nieuwe ELV-bekostiging die zal worden bestendigd in NZa-regulering. In die zin is er geen sprake van deregulering zoals bedoeld in het wetsvoorstel tot wijziging van de Wmg.

De leden van de SP-fractie willen graag weten in hoeverre het meetbaar maken van deze «resultaten» zal leiden tot hogere administratieve lasten voor zorgverleners?

De NZa evalueert het experiment resultaatbeloning en zorgvernieuwing conform artikel 58 Wmg. In het kader hiervan zal de NZa bij zorgverzekeraars en/of zorgaanbieders informatie uitvragen over in ieder geval de aantallen en de inhoud van de afspraken (2019) binnen de prestatie. Voor de regelgeving 2020 zal in afstemming met partijen worden bekeken of en welke registratieverplichtingen noodzakelijk zijn om tot de gewenste doorontwikkeling van de bekostiging eerstelijnsverblijf te komen. Daarnaast maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders gezamenlijk afspraken over de administratie rond het experiment en de monitoring.

Hoe ziet de in- en uitstroom in de eerstelijnsverblijven er op dit moment uit? Klopt het dat hier veel ouderen verblijven die voor 2013 in het verzorgingshuis zouden worden opgenomen? Zo ja, om hoeveel ouderen gaat het dan? Tevens vragen de leden van de SP-fractie een cijfermatige uiteenzetting over het percentage van de mensen in het ELV dat uiteindelijk niet meer terug naar huis gaat maar doorstroomt naar het verpleeghuis.

Uit data van Vektis over het 2^e en 3^e kwartaal van 2017² blijkt dat voor ELV laag complex zo'n 55–60% instroomt vanuit SEH/ziekenhuis, ongeveer 20% via thuis met wijkverpleging, rond de 8% via de huisartsenpost en ongeveer 10% ontving geen zorg voorafgaand aan het ELV. Voor ELV hoog complex is de instroom vergelijkbaar met ELV laag complex.

De uitstroom laat grotere verschillen zien tussen beide vormen van eerstelijnsverblijf. Bij ELV laag complex stroomt zo'n 40–45% uit naar huis met wijkverpleging, 20–25% gaat naar huis zonder zorg, ongeveer 17%

² Daarbij is gekeken voor de instroom naar 1–7 dagen voorafgaand aan opname ELV en bij uitstroom 1–14 dagen na ontslag van ELV.

stroomt door naar een Wlz-instelling en 10–12% stroomt door naar SEH/ziekenhuis en HAP. Zo'n 3–5% is overleden.

Bij ELV hoog complex stroomt rond de 30% door naar een Wlz-instelling, gaat ongeveer 27% naar huis met wijkverpleging en gaat 10–15% naar huis zonder zorg. Ongeveer 12% is overleden. Het percentage dat doorstroomt naar SEH/ziekenhuis en HAP is vergelijkbaar met ELV laag complex.

Het is onbekend in hoeverre er veel ouderen in het eerstelijnsverblijf verblijven die vóór 2013 in het verzorgingshuis zouden zijn opgenomen.

Wat bedoeld wordt met het begrip beloning? Is het wenselijk dat de financiering van het eerstelijnsverblijf afhankelijk kan worden gemaakt van het aantal mensen dat doorstroomt naar het verpleeghuis of het tempo waarin mensen weer naar huis worden gestuurd? Zijn er prikkels in het experiment die de kwaliteit van zorg juist in gevaar kunnen brengen? En zo ja, zouden deze prikkels leidend kunnen worden bij de vraag of ouderen nog gebruik kunnen maken van deze vorm van zorg?

Partijen hebben aangegeven dat patiëntengroepen baat kunnen hebben bij een intensievere behandeling binnen het eerstelijnsverblijf, waardoor de patiënt sneller en beter herstelt en eerder terug kan keren naar huis. De hoofdbehandelaar (huisarts/specialist ouderengeneeskunde/arts verstandelijk gehandicapten) maakt de afweging of de patiënt in staat is om terug te keren naar huis. Daarnaast blijft het mogelijk om na een periode met declaraties van de prestatie resultaatbeloning en zorgvernieuwing over te gaan op de declaratie van de reguliere prestaties ELV laag complex, ELV hoog complex en ELV palliatief terminale zorg.

De leden van de SP-fractie vragen of er, in gevallen waar geen overeenstemming wordt bereikt, teruggevallen wordt op één van de drie ELV-prestaties zoals die nu gelden. De leden willen graag weten in hoeverre zorgverzekeraars een plicht tot contracteren als een zorgaanbieder de voorkeur geeft aan werken met deze prestaties. Kan, met andere woorden, de zorgverzekeraar door middel van haar onderhandelingsmacht druk uitoefenen op de aanbieder, om tot prestatiefinanciering over te gaan onder het dreigement dat anders niet tot contractering wordt overgegaan?

Het klopt dat, wanneer er geen overeenkomst is afgesloten tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, de experimentprestatie niet in rekening kan worden gebracht. Er zal in dat geval gebruik worden gemaakt van de reguliere ELV-prestaties.

Het experiment biedt de ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om onderling afspraken te maken over zorgvernieuwing en/of het belonen van uitkomsten van zorg op lokaal niveau. Het is geen verplichting om hiertoe over te gaan, en alleen wanneer beide partijen dit willen, kan het een en ander worden uitgewerkt in een overeenkomst.

Verder zijn de leden van de SP-fractie benieuwd naar het vrije tarief dat zal gelden. Hoe kan voorkomen worden dat enerzijds in gevallen van krapte de tarieven fors hoger worden en anderzijds de tarieven beneden kostprijs zullen uitvallen op plekken waar een (tijdelijk) overschot aan ELV-bedden is?

Het gaat bij dit experiment om maatwerkbekostiging. De zorgverzekeraar en zorgaanbieder maken gezamenlijk afspraken over zorginhoud en het benodigde tarief en leggen dit vast in het contract. Hier past een vrij tarief bij. Een vrij tarief houdt niet in dat het tarief kan fluctueren afhankelijk van een overschot of tekort, maar dat zorgaanbieder en zorgverzekeraar gezamenlijk een passend tarief kunnen overeenkomen dat niet begrensd

wordt door een maximumtarief. Wanneer de afgesproken inhoud van zorg en het daarbij behorende tarief voor een van de partijen niet gunstig zal uitpakken, zal deze niet leiden tot een overeenkomst of tot beëindiging ervan.

Ten slotte vragen de leden van de SP-fractie waarom niet gekozen is voor integrale en kostendekkende tarieven, waarbij zorgverleners de ruimte krijgen zich in te zetten naar gelang de zorgbehoefte die cliënten hebben.

De integrale ELV-tarieven zijn per 2019 herijkt n.a.v. het kostenonderzoek binnen de langdurige zorg (onderzoeksjaar 2016). Dit heeft geleid tot hogere tarieven. Partijen geven echter aan dat sinds de overheveling van het eerstelijnsverblijf naar de Zvw, de patiëntdoelgroep is veranderd en dat het eerstelijnsverblijf nog niet volledig uitgekristalliseerd is. In dit veranderende speelveld kan via de experimentprestatie resultaatbeloning en zorgvernieuwing ook maatwerk worden geboden.

Vragen en opmerkingen van de ChristenUnie-fractie

Deze leden vragen of de behoefte aan een experiment resultaatbeloning en zorgvernieuwing gestaafd wordt door de eerder gedane onderzoeken. Gaan de signalen niet veel meer over hogere tarieven en meer tijd? Hoe kunnen zorgaanbieders in het kader van resultaatbeloning aantonen dat zij resultaten behalen, zeker als het een complexe doelgroep betreft? Verder vragen deze leden wat wordt verstaan onder zorgvernieuwing. Valt domeinoverstijgend werken, bijvoorbeeld op het snijvlak van de geestelijke gezondheidszorg (ggz), de Wlz en de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015), onder zorgvernieuwing?

Met resultaatbeloning wordt bedoeld dat op basis van (lokaal in te vullen) kwaliteitsuitkomsten kan worden gecontracteerd. Zorgaanbieder en zorgverzekeraar maken gezamenlijk afspraken over hoe het resultaat aangetoond kan worden. Een voorbeeld van resultaatbeloning is dat er in de eerste dagen van opname intensiever behandeld kan worden, wat leidt tot een verkorte ligduur.

Met zorgvernieuwing wordt een andere invulling van zorg bedoeld, zoals de inzet van extra triage/diagnostiek. Daarnaast kan ook worden gekeken naar een nieuwe vorm van bekostiging, bijvoorbeeld per week, maand of traject. Het experiment richt zich op eerstelijnsverblijf. Domeinoverstijgend werken op het snijvlak van de ggz, Wlz en Wmo valt daarmee niet onder het experiment.

Hoe kunnen de signalen uit het veld over ruimere mogelijkheden voor diagnostiek met deze nieuwe experimentprestatie worden aangepakt?

Lokaal kunnen er afspraken worden gemaakt over de inzet van extra diagnostiek, bijvoorbeeld door een specialist ouderengeneeskunde. De invulling van de prestatie wordt vormgegeven door zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De NZa is op de hoogte van het feit dat (in ieder geval) twee zorgverzekeraars zogenoemde diagnosebedden gaan afspreken.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen op welke wijze zorgaanbieders afspraken over zorgvernieuwing en/of resultaatbeloning zullen maken, is dit op casusniveau of op doelgroepniveau. Wat wordt bedoeld met «belonen van uitkomsten van zorg op lokaal niveau»? Wie bepaalt de gewenste uitkomsten?

De wijze waarop zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken maken is vrij, net als het maken van afspraken over gewenste uitkomsten. Zo kan er op lokaal niveau gekeken worden of het experiment wordt ingezet en zo ja, waarvoor. De zorg dient wel individueel toewijsbaar te zijn. Dit betekent dat de geleverde zorg in rekening wordt gebracht bij een verzekerde.

Wie zorgt voor de prestatiebeschrijvingen en wie zorgt voor de dekking ervan binnen het macrokader geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf? Hoe wordt hierbij geborgd dat sprake is van eerlijke onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder? Moet de zorgaanbieder een onderbouwing van de kosten aanleveren? Betekent een vrij tarief ook een vrije ruimte voor de maximale ligduur?

De NZa stelt de prestatiebeschrijving in samenspraak met het veld op. Er is ruimte voor groei van het eerstelijnsverblijf binnen het macrokader geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf. Aangezien de experimentprestatie in plaats van een andere ELV-prestatie voor de betreffende patiënt gedeclareerd wordt, is het de verwachting dat de uitgaven voor de experimentprestatie past binnen de (groei)ruimte van het macrokader. Het is aan de zorgaanbieder en zorgverzekeraar te bepalen wat de onderbouwing van de kosten moet zijn en waarvoor dit experiment ingezet wordt. De prestatie voor het experiment is aanvullend op huidige prestaties, het is aan de betrokken partijen zelf of ze een experiment willen gaan opzetten en wat hier de voorwaarden voor en te verwachten uitkomsten van zijn.

Het experiment is een kans voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om ervaren knelpunten op te lossen. Hoe men tot een overeenkomst komt, is aan de partijen zelf. Het eerstelijnsverblijf kent vanuit de aanspraak een maximale ligduur van 1.095 dagen (3 jaar); het vrije tarief verandert daar niets aan.

Tenslotte vragen de leden van de ChristenUnie-fractie hoe ziekenhuizen deze nieuwe prestatie kunnen aanvragen en/of indiceren, en of dit met een lage administratieve last gepaard gaat.

Vanuit de regelgeving worden geen extra eisen gesteld aan de verwijzing naar een eerstelijnsverblijfinstelling die gebruik maakt van de nieuwe experimentprestatie. Het is wel mogelijk dat in het contract ook afspraken worden gemaakt over de aan te leveren informatie bij verwijzing. Dit is aan partijen.