

Vergaderjaar 2013–2014

**29 689**

**Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 524**

**VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 26 juni 2014

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 19 maart 2014 inzake de reactie op de motie van de leden Leijten en Bruins Slot over problemen verwijzing geriatrische revalidatiezorg (Kamerstuk 29 689, nr. 501).

De op 25 april 2014 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de Minister bij brief van 25 juni 2014 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Neppérus

Adjunct-griffier van de commissie,  
Clemens

## **I VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES**

### **Vragen en opmerkingen van de SP-fractie**

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de zorginhoudelijke analyse met betrekking tot de geriatrische revalidatiezorg (grz). Zij vragen waarom de Minister geen inhoudelijke reactie heeft meegestuurd. Kan de Minister toelichten wat haar visie is op de zorginhoudelijke analyse die de werkgroep heeft geschreven? Deze leden zijn verheugd in de analyse van de werkgroep te lezen dat de toegang tot geriatrische revalidatiezorg zonder voorafgaand ziekenhuisverblijf gerealiseerd kan worden. Deelt de Minister deze conclusie van de werkgroep? Kan de Minister aangeven of zij voornemens is om de adviezen van de werkgroep over te nemen?

De leden van de SP-fractie vragen wanneer het College voor zorgverzekeringen (CVZ) de Minister adviseert om de huidige voorwaarden te herzien voor de geriatrische revalidatiezorg. Zij wijzen erop dat het nu wel erg lang duurt voordat de problemen met betrekking tot de geriatrische revalidatiezorg opgelost worden. Genoemde leden betreuren dat de Minister geen prioriteit geeft aan het oplossen van de knelpunten, terwijl er wel veel meldingen zijn binnengekomen. Kan de Minister aangeven waarom dit zo lang duurt?

### **Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister over de zorginhoudelijke analyse die is uitgevoerd in het kader van de toegankelijkheid van de geriatrische revalidatiezorg, als reactie op de motie van de leden Leijten en Bruins Slot over problemen in de verwijzing naar geriatrische revalidatiezorg<sup>1</sup>. Deze motie is voorgesteld op 3 juli 2013. Genoemde leden zijn van mening dat de uitvoering ervan wel erg lang duurt.

De leden van de CDA-fractie lezen dat het College voor zorgverzekeringen aan de hand van de zorginhoudelijke analyse de huidige voorwaarden voor grz zal bezien en hierover de Minister zal informeren. Deze leden willen, gezien de voortgang van de uitvoering van de motie-Leijten/Bruins Slot, weten op welke termijn de Minister dit advies verwacht. Wanneer wordt de Kamer hierover geïnformeerd?

De leden van de CDA-fractie vinden het een stap vooruit dat er, door de werkgroep in de zorginhoudelijke analyse, een zorgpad «Toegang grz zonder voorafgaande ziekenhuisopname» is opgesteld. Wanneer gaat dit voorgestelde zorgpad in de praktijk eindelijk worden uitgevoerd, gezien de soms onnodig kostenverhogende ziekenhuisopnames?

In het advies van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) wordt duidelijk dat de grz-toegang voor de kleine groep «spijtoptanten» verruimd dient te worden tot vijf dagen na ontslag uit het ziekenhuis. Allereerst horen de leden van de CDA-fractie graag hoe men is gekomen tot deze termijn. En biedt een dergelijke termijn wel voldoende ruimte voor maatwerk? Of gaat dit extra bureaucratie veroorzaken?

Deze leden willen voorts weten of de huisarts op de hoogte wordt gesteld van de weigering van grz-toegang, nadat hier tijdens de ziekenhuisopname een indicatie voor is gegeven. Genoemde leden kunnen zich

<sup>1</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 460

voorstellen dat de huisarts een preventieve rol kan spelen om herhaalde ziekenhuisopname te voorkomen. Zij zien hierop graag een reactie van de Minister.

Verder lezen de leden van de CDA-fractie in de overige overwegingen van de werkgroep dat zij de noodzaak van het zorgvuldig monitoren van ontwikkelingen van de grz inziet. Deze leden willen van de Minister weten of dit ook gaat gebeuren en hoe dit verder zal worden vormgegeven. Wanneer kunnen de eerste resultaten van de monitor verwacht worden?

### **Vragen en opmerkingen van de D66-fractie**

De leden van de D66-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief en de bijlage betreffende het uitzoeken van mogelijkheden voor huisartsen om direct door te verwijzen naar de grz zonder ziekenhuisopname. Genoemde leden willen de Minister nog enkele vragen voorleggen.

Als gevolg van de de-institutionalisering van de patiëntenzorg heeft de KNMG-werkgroep gesteld dat intensiever toezicht moet worden gehouden op de ontwikkelingen van de grz. Op verzoek van de Minister heeft Verenso indicatoren ontwikkeld voor de grz die het monitoren kunnen ondersteunen. Kan de Minister uiteenzetten tot welk resultaat dit geleid heeft en hoe de toepassing ervan in de praktijk plaatsvindt? Kan de Minister vervolgens uiteenzetten wat de reikwijdte is van deze indicatoren?

Als de verplichte ziekenhuisopname wegvalt in het grz-traject dient er een scherpe afbakening te zijn van grz enerzijds en eerstelijns herstellende zorg anderzijds. In hoeverre is de Minister het eens met deze stelling van de werkgroep en wat is de Minister van plan hieraan te doen?

Volgens de KNMG-werkgroep is een toegankelijke en duidelijke eerstelijns herstellende zorg nodig voor optimale benutting van de grz. De «mindset» van patiënten schept echter verwarring omdat de patiënten dikwijls denken dat de zorg nog steeds verzekerde zorg is. Op welke wijze gaat de Minister de verwarring wegnemen om zodoende het inzetten van de grz te verbeteren?

## **II REACTIE VAN DE MINISTER**

### **Vragen en opmerkingen van de SP-fractie**

*De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de zorginhoudelijke analyse met betrekking tot de geriatrische revalidatiezorg (grz). Zij vragen waarom de Minister geen inhoudelijke reactie heeft meegestuurd. Kan de Minister toelichten wat haar visie is op de zorginhoudelijke analyse die de werkgroep heeft geschreven? Deze leden zijn verheugd in de analyse van de werkgroep te lezen dat de toegang tot geriatrische revalidatiezorg zonder voorafgaand ziekenhuisverblijf gerealiseerd kan worden. Deelt de Minister deze conclusie van de werkgroep? Kan de Minister aangeven of zij voornemens is om de adviezen van de werkgroep over te nemen?*

Er zijn veel patiënten die baat zouden kunnen hebben bij Geriatrische Revalidatiezorg (grz), maar waarvoor deze specialistische zorg niet noodzakelijk is, omdat zij ook in de eigen omgeving met inzet van eerstelijnsvoorzieningen gepaste zorg kunnen ontvangen. Ik wil grz behouden voor patiënten die hier gelet op hun complexe problematiek daadwerkelijk op zijn aangewezen en daarom de toegang tot deze

specialistische zorg niet zondermeer open stellen. In de zorginhoudelijke analyse die door de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG), samen met Verenso, het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) is uitgevoerd in het kader van de toegankelijkheid van de grz wordt onderschreven dat er eisen gesteld dienen te worden aan de toegankelijkheid van de grz, maar dat de afbakening tot de grz door de heterogeniteit van de patiëntengroep nog niet zo eenvoudig is. Daarom heb ik het Zorginstituut Nederland gevraagd om aan de hand van deze analyse de huidige voorwaarden voor de grz te bezien en mij hierover te adviseren. Pas na ontvangst van het advies van het Zorginstituut Nederland zal ik een besluit nemen over de aanspraak grz. Vooruitlopend op het advies van het Zorginstituut overweeg ik wel per 2015 de voorwaarde dat de grz direct aansluitend moet zijn aan ziekenhuisopname te versoepelen, zodat spijtoptanten die na de ziekenhuisopname -ondanks goede voorlichting- naar huis zijn gegaan toch grz kunnen krijgen. Daarbij is van belang dat de zorginhoudelijke uitgangspunten van grz overeind blijven.

*De leden van de SP-fractie vragen wanneer het College voor zorgverzekeringen (CVZ) de Minister adviseert om de huidige voorwaarden te herzien voor de geriatrische revalidatiezorg.*

*Zij wijzen erop dat het nu wel erg lang duurt voordat de problemen met betrekking tot de geriatrische revalidatiezorg opgelost worden. Genoemde leden betreuren dat de Minister geen prioriteit geeft aan het oplossen van de knelpunten, terwijl er wel veel meldingen zijn binnengekomen. Kan de Minister aangeven waarom dit zo lang duurt?*

Ik ben het niet met de leden van de SP-fractie eens dat ik geen prioriteit geef aan het oplossen van de ervaren knelpunten binnen de grz. De huidige heldere afbakening van de grz is tot stand gekomen in overleg met het veld. Al vrij snel na de overheveling bleek dat het bij de zorgverleners ontbrak aan duidelijke en breed gedragen standaarden waarin diagnostiek, overdracht en vervolg van de zorg voor kwetsbare ouderen goed beschreven staat. De oplossing hiervoor is niet het openstellen van de grz door versoepeling van de huidige voorwaarden, maar een opgave aan de beroepsorganisaties om concreet te beschrijven hoe deze zorg voor kwetsbare ouderen moet worden ingericht. Hiervoor is inhoudelijk inzicht en deskundigheid nodig en dit kost tijd. De zorginhoudelijke analyse van de NVKG, met daarin een beschrijving van een van de mogelijke zorgpaden zonder voorafgaande ziekenhuisopname is een eerste stap. Ik heb daarom aan het Zorginstituut Nederland gevraagd om aan de hand van deze zorginhoudelijke analyse voor de zomer 2014 advies uit te brengen.

### **Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie**

*De leden van de CDA-fractie lezen dat het College voor zorgverzekeringen aan de hand van de zorginhoudelijke analyse de huidige voorwaarden voor grz zal bezien en hierover de Minister zal informeren. Deze leden willen, gezien de voortgang van de uitvoering van de motie-Leijten/Bruins Slot, weten op welke termijn de Minister dit advies verwacht. Wanneer wordt de Kamer hierover geïnformeerd?*

*De leden van de CDA-fractie vinden het een stap vooruit dat er, door de werkgroep in de zorginhoudelijke analyse, een zorgpad «Toegang grz zonder voorafgaande ziekenhuisopname» is opgesteld. Wanneer gaat dit voorgestelde zorgpad in de praktijk eindelijk worden uitgevoerd, gezien de soms onnodig kostenverhogende ziekenhuisopnames?*

Ik heb het Zorginstituut Nederland gevraagd om aan de hand van de zorginhoudelijke analyse de huidige voorwaarden voor voorafgaande ziekenhuisopname te bezien en mij hierover voor de zomer advies te

adviseren. Zodra ik het advies ontvangen heb zal ik het zo spoedig mogelijk doorgeleiden naar de Kamer. Aan de hand van het advies van het Zorginstituut, zal ik een besluit nemen over de huidige aanspraak, toelatingscriteria en beschreven zorgpaden, waarna ik uw Kamer zal informeren over mijn besluit.

*In het advies van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) wordt duidelijk dat de grz-toegang voor de kleine groep «spijtoptanten» verruimd dient te worden tot vijf dagen na ontslag uit het ziekenhuis. Allereerst horen de leden van de CDA-fractie graag hoe men is gekomen tot deze termijn. En biedt een dergelijke termijn wel voldoende ruimte voor maatwerk? Of gaat dit extra bureaucratie veroorzaken?*

De zorginhoudelijke analyse van de NVKG, die samen met Verenso, het NHG en de LHV is uitgevoerd, is opgesteld door een werkgroep met zorgprofessionals. Navraag bij deze partijen leert dat zij op basis van praktijkervaring en kennis van zaken gekomen zijn tot een gemiddelde van vijf dagen na ontslag uit het ziekenhuis. In die vijf dagen is over het algemeen duidelijk of de patiënt de juiste beslissing heeft genomen door het advies van de behandelend medisch specialist naast zich neer te leggen en geen gebruik te maken van de indicatie van voor de grz. De werkgroep meent dat tijdens de termijn van vijf dagen de gezondheidstatus van een patiënt en de multidisciplinaire revalidatie behoeft actueel blijven. Hoe er moet worden omgegaan met deze termijn zal worden meegenomen in het advies van het Zorginstituut Nederland. Vooruitlopend op het advies van het Zorginstituut overweeg ik wel per 2015 de voorwaarde dat de grz direct aansluitend moet zijn aan ziekenhuisopname te versoepelen, zodat spijtoptanten die na de ziekenhuisopname -ondanks goede voorlichting- naar huis zijn gegaan toch grz kunnen krijgen. Daarbij is van belang dat de zorginhoudelijke uitgangspunten van grz overeind blijven.

*Deze leden willen voorts weten of de huisarts op de hoogte wordt gesteld van de weigering van grz-toegang, nadat hier tijdens de ziekenhuisopname een indicatie voor is gegeven. Genoemde leden kunnen zich voorstellen dat de huisarts een preventieve rol kan spelen om herhaalde ziekenhuisopname te voorkomen. Zij zien hierop graag een reactie van de Minister.*

Bij ontslag uit het ziekenhuis hoort een goede en volledige overdracht in de keten. Als de patiënt de grz indicatie naast zich neerlegt en ervoor kiest om de behandeling in de eigen omgeving met inzet van eerstelijnsvoorzieningen voort te zetten, hoort overdracht plaats te vinden naar de aangewezen zorgverlener in de eerste lijn. Een huisarts kan bij de begeleiding van de patiënt in het zorgtraject een belangrijke rol hebben. *Verder lezen de leden van de CDA-fractie in de overige overwegingen van de werkgroep dat zij de noodzaak van het zorgvuldig monitoren van ontwikkelingen van de grz inziet. Deze leden willen van de Minister weten of dit ook gaat gebeuren en hoe dit verder zal worden vormgegeven.*

*Wanneer kunnen de eerste resultaten van de monitor verwacht worden?* De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) monitort en analyseert de zorgmarkten. De gegevens resulteren in monitors en marktscans, die inzicht geven op de marktstructuur en het marktgedrag. Dit stelt de NZa in staat om adequaat te reageren met toezicht, advies of uitvoering van de regulering. De marktscans worden structureel opgesteld. Als uit een marktscan signalen komen over een bepaalde deelmarkt of een marktverstijgend thema, dan kan hierover een verdiepende monitor worden opgesteld. Ik zie vooralsnog geen noodzaak om bovenop deze structurele monitoring een aparte monitor voor de grz op te zetten.

## Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief en de bijlage betreffende het uitzoeken van mogelijkheden voor huisartsen om direct door te verwijzen naar de grz zonder ziekenhuisopname. Genoemde leden willen de Minister nog enkele vragen voorleggen.

*Als gevolg van de de-institutionalisering van de patiëntenzorg heeft de KNMG-werkgroep gesteld dat intensiever toezicht moet worden gehouden op de ontwikkelingen van de grz. Op verzoek van de Minister heeft Verenso indicatoren ontwikkeld voor de grz die het monitoren kunnen ondersteunen. Kan de Minister uiteenzetten tot welk resultaat dit geleid heeft en hoe de toepassing ervan in de praktijk plaatsvindt? Kan de Minister vervolgens uiteenzetten wat de reikwijdte is van deze indicatoren?*

Vanuit het Ministerie van VWS is er ingezet op de ontwikkeling van indicatoren door de beroepsgroep Verenso. De definitieve rapportage «Prestatie indicatoren Geriatrische Revalidatiezorg» heb ik uw Kamer op woensdag 4 juni ter informatie toegestuurd. De belangrijkste aanbeveling in het kader van de implementatie van de prestatie-indicatoren is dat deze eerst getoetst worden in de praktijk in een pilotsetting. Na toetsing zal vervolgens door dezelfde partij besloten moeten worden of alle organisaties de prestatie-indicatoren moeten gebruiken. Het veld heeft dit inmiddels opgepakt in de vorm van het project van Achmea aangaande indicatoren voor CVA ketenzorg («Doorontwikkeling kwaliteitsregistratie CVA-keten»). Het project heeft het grootste deel van de prestatie-indicatoren grz geïncorporeerd in een pilot die binnenkort van start gaat. Na toetsing in een pilotsetting lijkt het logisch dat veldpartijen de indicatoren aanbieden aan het Kwaliteitsinstituut. Deze zullen dan worden getoetst aan de criteria van het Toetsingskader, waarbij als belangrijke voorwaarde geldt de betrokkenheid van cliënten (vertegenwoordigers), de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars.

*Als de verplichte ziekenhuisopname wegvalt in het grz-traject dient er een scherpe afbakening te zijn van grz enerzijds en eerstelijns herstelzorg anderzijds. In hoeverre is de Minister het eens met deze stelling van de werkgroep en wat is de Minister van plan hieraan te doen?*

Zoals in voorgaande vragen van de CDA-fractie aangegeven wacht ik het advies van het Zorginstituut af, waarna ik een besluit zal nemen over de huidige afbakening van de aanspraak op geriatrische revalidatiezorg. Wanneer ik de Kamer informeer over mijn besluit, zal ik hier ook mijn inhoudelijke motivatie bij geven.

*Volgens de KNMG-werkgroep is een toegankelijke en duidelijke eerstelijns herstelzorg nodig voor optimale benutting van de grz. De «mindset» van patiënten schept echter verwarring omdat de patiënten dikwijls denken dat de zorg nog steeds verzekerde zorg is. Op welke wijze gaat de Minister de verwarring wegnemen om zodoende het inzetten van de grz te verbeteren?*

Ik ben van mening dat er in Nederland een cultuuromslag moet komen in het denken vanuit «waar heb ik recht op» naar het denken «welke zorg moeten mensen krijgen die zij nodig hebben». Dit vraagt een ontwikkeling van de «mindset» van patiënten en hun directe omgeving. Maar ook vraagt dit een verandering van de «mindset» van de zorgverlener. Ik vind echt dat er vanuit het ziekenhuis en vanuit de huisarts bewuste begeleiding van een patiënt in het gehele zorgtraject moet komen. De triage van de kwetsbare oudere kan en moet beter, zodat mensen de zorg krijgen die ze echt nodig hebben.