

Vergaderjaar 2011–2012

32 620

Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 32

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 7 november 2011

Bij brief van 27 oktober jongstleden vraagt u mij om de stand van zaken met betrekking tot de uitvoering van de motie Van der Veen over de invulling van de basiszorg (TK, 2010–2011, 32 500 XVI, nr. 27).

Aan de motie Van der Veen is uitvoering gegeven in de brieven «Waarborgen voor continuïteit van zorg»¹ en «Zorg en ondersteuning in de buurt»². In eerstgenoemde brief hebben de staatssecretaris en ik aangegeven op welke manier wij ervoor zorgen dat de continuïteit van cruciale zorg altijd gewaarborgd en adequaat bekostigd wordt. Cruciale zorg is die zorg waarvoor geldt dat wanneer zij (tijdelijk) niet (voldoende dichtbij) beschikbaar is, cliënten ernstige gezondheidsschade kunnen oplopen of (bij langdurige zorg) ernstig worden belemmerd in hun dagelijks functioneren. Voor de curatieve zorg gaat het daarbij om de ambulancezorg, de basis spoedeisende hulp (basis-SEH)³, de acute verloskunde en de crisisdienst in de GGZ.

Onder basiszorg versta ik die zorg die veelal direct toegankelijk is, doorgaans medisch niet-complex van aard is en die dicht bij de patiënt geleverd wordt op de momenten waarop deze zorg nodig heeft. Basiszorg kan worden geleverd door onder andere huisartsen, praktijkondersteuners, apothekers, paramedici, (wijk)verpleegkundigen, en deels ook door medisch specialisten. Het is de zorgverlening waar de patiënt vaak als eerste met zijn zorgvraag naar toegaat en daardoor ook één van de meest zichtbare onderdelen van de zorg.

Basiszorg is daarmee niet hetzelfde als cruciale zorg, aangezien het onverhoopt tijdelijk niet of niet volledig beschikbaar zijn van basiszorg niet direct leidt tot ernstige gezondheidsschade. Burgers kunnen er dan immers nog steeds op rekenen dat in noodsituaties snel en adequaat zorg geleverd wordt omdat de beschikbaarheid van bijvoorbeeld ambulances en spoedeisende hulp gewaarborgd wordt.

¹ TK, 2010–2011, 32 620, nr. 10.

² TK, 2010–2011, 36 620, nr. 27.

³ De Gezondheidsraad adviseert mij voor het eind van het jaar over de achtervangfunctie van een basis-SEH, oftewel over de vraag welke deskundigheid en faciliteiten aanwezig moeten zijn op de basis-SEH om de gezondheidstoestand van de patiënt zodanig te stabiliseren dat (eventueel vervoer naar) vervolgbehandeling verantwoord is.

Het begrip «basiszorg» laat zich overigens moeilijk definiëren, aangezien zorg continu verandert. Bepaalde handelingen die we nu nog onder de noemer medisch-specialistische zorg scharen, kunnen over een aantal jaar mogelijk tot basiszorg behoren. Het verschuiven van de behandeling van diabetes en COPD van het ziekenhuis naar de eerstelijnszorg is daarvan een voorbeeld. In de brief «Zorg en ondersteuning in de buurt» schetsen de staatssecretaris en ik onze analyse van de noodzaak van versterking en verbetering van zorg en ondersteuning in de buurt en de stand van zaken van de initiatieven die op dat vlak lopen. Medio 2012 sturen de staatssecretaris en ik u een concreet werkplan met maatregelen en een tijdpad.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers