

Vergaderjaar 2013–2014

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 531

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal
Den Haag, 30 juni 2014

In de motie van de leden Leijten en Bruins Slot wordt de regering verzocht om uit te laten zoeken of de huisarts – eventueel met tussenkomst van de geriatisch specialist – direct kan doorverwijzen naar geriatrische revalidatiezorg indien ziekenhuisopname evident overbodig is.

In mijn reactie op de motie¹ van 16 oktober 2013 heb ik aangegeven dat ik de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst gevraagd heb dit onderwerp op te pakken. Dit heeft geresulteerd in de zorginhoudelijke analyse door de betrokken wetenschappelijke verenigingen welke ik 19 maart 2014 (Kamerstuk 29 689, nr. 501) aan uw Kamer heb gestuurd. Vervolgens heb ik Zorginstituut Nederland gevraagd om aan de hand van deze zorginhoudelijke analyse de huidige voorwaarden voor geriatrische revalidatiezorg te bezien en mij hierover te adviseren. Bijgaand treft u het advies van Zorginstituut Nederland en mijn beleidsreactie hierop².

Verbetering toegang geriatrische revalidatiezorg

Zorginstituut Nederland adviseert om de toegang tot de geriatrische revalidatiezorg te verbeteren door deze zorg voor een specifieke patiëntengroep ook toegankelijk te maken zonder dat voorafgaande ziekenhuisopname heeft plaatsgevonden. Het gaat hierbij om patiënten bij wie sprake is van een acute aandoening waardoor acute mobiliteitsstoornissen en/of afname van zelfredzaamheid is opgetreden en bij wie een geriatrisch assessment is verricht waaruit blijkt dat de cliënt tot de doelgroep voor geriatrische revalidatiezorg behoort, en voor die patiënt een initieel behandelplan is opgesteld. Als aanvullende punten voor goede invoering noemt Zorginstituut Nederland dat het van belang is dat zorgverzekeraars en beroepsgroepen concrete afspraken maken over de

¹ Kamerstuk 29 689, nr. 478

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

(continue) beschikbaarheid van geriatrische expertise³ in het ziekenhuis (spoedeisende hulp of geriatrische spoedkliniek) en dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders concrete afspraken maken over de (24 uren) toegankelijkheid van geriatrische revalidatie. Daarnaast is het van belang dat er een zorgstandaard komt en dat er duidelijkheid komt over de bekostiging van eerstelijnsverblijf. Mogelijk kan op de langere termijn (deels) een verschuiving plaatsvinden naar de eerste lijn. Een belangrijke randvoorwaarde hiervoor is dat door betrokken partijen een zorgstandaard wordt opgesteld, welke nu nog niet beschikbaar is.

Ik deel de visie van Zorginstituut Nederland en vind het belangrijk dat dit zo spoedig mogelijk wordt gerealiseerd. Daarom pas ik het Besluit zorgverzekering hierop aan en wordt voor de relevante patiëntengroep de voorwaarde van voorafgaand ziekenhuisverblijf aangepast. Hierdoor wordt geriatrische revalidatie ook toegankelijk na een geriatrische assessment in het ziekenhuis, zonder dat er sprake hoeft te zijn van verblijf in het ziekenhuis (zie hiervoor bijgaande bijlage)⁴. Het concept besluit tot wijziging van het Besluit zorgverzekering hangt momenteel voor in uw Kamer.

Ook op het punt van de zorgstandaard deel ik de visie van Zorginstituut Nederland. Zolang het ontbreekt aan een duidelijke en breed gedragen standaard⁵ en toepassing hiervan handhaaf ik de toegang tot geriatrische revalidatiezorg via het ziekenhuis. Ik ga ervanuit dat partijen verantwoordelijkheid nemen voor de beschikbaarheid van geriatrische expertise in het ziekenhuis (spoedeisende hulp of geriatrische spoedkliniek) en beschikbaarheid van geriatrische revalidatie. Over de vormgeving van eerstelijnsverblijf informeer ik u separaat.

«Spijtoptantenregeling»

Op het punt van toegang tot geriatrische revalidatie aansluitend op ziekenhuisverblijf is uit de zorginhoudelijke analyse gebleken dat er in de praktijk een kleine groep cliënten is die geïndiceerd is voor geriatrische revalidatie, maar daarvan afziet, ondanks goede voorlichting tijdens het ziekenhuisverblijf. Eenmaal thuis blijkt zo'n cliënt binnen enkele dagen spijt te krijgen en toch gebruik te willen maken van de voor de cliënt noodzakelijke, geïndiceerde geriatrische revalidatie. Zorginstituut Nederland stelt dat de bepaling op dit punt niet aangepast hoeft te worden omdat in de praktijk de specialist ouderengeneeskunde en de medisch adviseur van de zorgverzekeraar wel een oplossing hiervoor kunnen vinden. Omdat dat in de praktijk niet altijd het geval blijkt te zijn en de bepaling toch zo wordt uitgelegd dat er sprake moet zijn van «direct» aansluitend, besluit ik om vast te houden aan het besluit Zorgverzekeringen zoals nu voorhangt bij uw Kamer waarbij geregeld is dat de geriatrische revalidatie binnen een week moet aansluiten op het ziekenhuisverblijf.

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

³ Door een klinisch geriatr en/of internist ouderengeneeskunde.

⁴ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

⁵ Waarin richtlijnen, zorgpaden en een kwaliteitsstandaard voor kwetsbare ouderen (goede diagnostiek en zo nodig behandeling met een goede overdracht (verwijzing) en goed vervolg) zijn beschreven.