

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:

Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk

123843-105190-CZ

Bijlagen

1

Uw brief

6 juni 2013

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Datum 27 juni 2013
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van het Kamerlid Leijten (SP) over het bericht dat mensen die geriatrische revalidatiezorg nodig hebben tussen wal en schip vallen (2013Z11436).

Hoogachtend,
de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers

Antwoorden op Kamervragen van het Kamerlid Leijten (SP) over het bericht dat mensen die geriatrische revalidatiezorg nodig hebben tussen wal en schip vallen . (2013Z11436)

1

Wat is uw reactie op het artikel 'Aanpak geriatrische revalidatie niet sluitend'? 1)

2

Erkent u dat mensen tussen wal en schip vallen nu de geriatrische revalidatiezorg overgeheveld is naar de Zorgverzekeringswet? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 1, 2

Ik herken de signalen die in het artikel 'Aanpak geriatrische revalidatie niet sluitend' naar voren worden gebracht. Wij zijn geregeld met het veld in gesprek om deze casuïstiek door te spreken en tot oplossingen te komen (zie hiervoor ook mijn antwoord op vraag 3, 4 en 14).

In het artikel wordt het voorbeeld aangehaald, dat wanneer voorafgaand aan de herstelperiode nog niet te zeggen is of de patiënt later weer zelfstandig zal wonen, hij binnen de nieuwe regels noch onder de AWBZ, noch onder de Zvw valt. Dit is onjuist. Wanneer de kans bestaat dat door het ontvangen van geriatrische revalidatie de functionele beperkingen dusdanig worden verminderd dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is, dan is de patiënt aangewezen op GRZ. Cliënten die na opname in het ziekenhuis voor een medisch specialistische interventie aangewezen zijn op multidisciplinaire revalidatie kunnen alleen gebruik maken van AWBZ zorg (ZZP 9b) als zij als gevolg van ernstige stoornissen en beperkingen onvoldoende leerbaar, trainbaar en belastbaar zijn en waarbij op voorhand zekerheid bestaat dat zij niet meer terug kunnen keren naar huis (verzorgingshuis)¹.

Ook wordt gesteld dat er jarenlang fout is geïndiceerd door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Hier wil ik benadrukken dat zorgaanbieders vanaf 2010 de ruimte hebben gekregen om via een Standaard Indicatie Protocol (SIP) zelf tot een indicatie te komen. Afgesproken is dat het CIZ deze indicatie zonder eigen afweging omzet in een indicatiebesluit, waarna de toetsing steekproefsgewijs achteraf gebeurt. Hierdoor is ruimte ontstaan, waardoor patiënten werden opgenomen voor geriatrische revalidatie terwijl een andere vorm van herstellzorg, bijvoorbeeld in de eerste lijn, ook had volstaan. Dit was een onwenselijke situatie die niet was zoals beoogd.

In de Zorgverzekeringswet is expliciet omschreven wat binnen de geriatrische revalidatiezorg valt en onder welke zorginhoudelijke voorwaarden daarop voor rekening van de zorgverzekering beroep gedaan kan worden. Met de huidige aanspraak in de zorgverzekering en het verdwijnen van de SIPs, betekent het dus niet dat er patiënten buiten de boot vallen, maar patiënten moeten nu bewuster worden begeleid in een passend zorgtraject.

3

Vindt u het ook niet absurd dat een ziekenhuisopname nodig is om geriatrische revalidatiezorg te kunnen krijgen? Kunt u uw antwoord toelichten?

¹ Deze casuïstiek is door middel van Q&As gedeeld met het veld op <http://www.dbcgrz.nl/>

4

Vindt u het handig dat mensen die geriatrische revalidatiezorg nodig hebben eerst naar het ziekenhuis moeten, terwijl in bepaalde situaties ook een behandeling kan plaatsvinden op de spoedeisende hulp of een behandeling thuis door de huisarts? Kunt u uw antwoord toelichten?

14

Zou het niet beter zijn als professionals aangeven wanneer geriatrische revalidatiezorg nodig is, in plaats van dat zorgverzekeraars hierover beslissen? Gaat u dit regelen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 3, 4, 14

De GRZ omvat integrale en multidisciplinaire zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid. Ik vind het belangrijk dat deze specialistische zorg beschikbaar is en blijft voor patiënten die daarop – gelet op hun complexe problematiek - zijn aangewezen. Daarom is de aanspraak op de GRZ helder afgebakend: waar in de AWBZ aanspraak doorgaans een ziekenhuisopname aan het GRZ traject vooraf ging, is ziekenhuisopname nu vereist. Hiervoor is gekozen omdat GRZ in het algemeen het meest effectief is als deze direct aansluit op de ziekenhuisopname.

Dit mag niet leiden tot patiënten die tussen wal en schip vallen. Patiënten die niet tot de doelgroep behoren waarvoor de GRZ is bedoeld, moeten gebruik kunnen maken van andere vormen van zorg. Zo zal een patiënt die is behandeld op de spoedeisende eerste hulp en niet hoeft te worden opgenomen in het ziekenhuis – afhankelijk van de specifieke situatie – op een andere manier (ambulant) de benodigde (vervolg) behandeling, verpleging en/of verzorging krijgen.

Begin dit jaar ben ik in gesprek getreden met professionals uit het veld (waaronder een internist, klinisch geriater, specialist ouderengeneeskunde, orthopeed, revalidatie arts en huisarts) om voorliggende casuïstiek betreffende de doorverwijzing vanuit de SEH en/ of huisarts door te spreken. Hieruit is gebleken dat het veld het erover eens is dat de initiële medische en functionele diagnostiek van kwetsbare ouderen in het ziekenhuis hoort plaats te vinden en dat daar bepaald moet worden wat de volgende stap is in de keten (naar GRZ, naar huis of anders). Dit komt tevens overeen met de adviezen uit het rapport 'Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen' van de KNMG uit 2010.

Ook werd geconcludeerd dat het momenteel nog ontbreekt aan een duidelijke breed gedragen standaard waarin zorgpaden/ kwaliteitsstandaard voor kwetsbare ouderen (goede diagnostiek met een goede overdracht en goed vervolg) zijn beschreven, en dus ook nog niet algemeen worden toegepast. De eerste stap hierin is dat beroepsorganisaties aan de slag gaan en concreet gaan beschrijven hoe deze zorg voor kwetsbare ouderen moet worden ingericht. Zodra deze standaard gereed is zal ik het CVZ om een pakketadvies vragen, waarvan herziening van de aanspraak op basis van de nieuwe stand van zaken onderdeel uit kan maken.

5

Vindt u het wenselijk dat mensen langer in het ziekenhuis verblijven omdat de aansluiting naar geriatrische revalidatiezorg niet sluitend is? Zo ja, waarom? Zo, nee, waarom niet?

Antwoord 5

Ik vind het geen wenselijke situatie als patiënten langer dan noodzakelijk in een ziekenhuis moeten verblijven, om welke reden dan ook. Aangezien 2013 het eerste jaar is waarin de GRZ binnen de Zvw valt, moeten alle partijen wennen aan de nieuwe situatie. Voorheen kon een patiënt direct vanuit het ziekenhuis met een SIP de geriatrische revalidatiezorg instromen en uit casuïstiek is gebleken dat het hierbij geregeld ging om ouderen zonder een duidelijke indicatie voor GRZ. De initiële medische en functionele diagnostiek van kwetsbare ouderen moet in het ziekenhuis plaatsvinden en de patiënten moeten bewuster worden begeleid in een passend zorgtraject, waarvan de GRZ één van de mogelijkheden is. Over de aansluiting van het ziekenhuis naar de aanbieders van geriatrische revalidatiezorg dienen beide partijen goede afspraken te maken, zodat de overgang soepel verloopt.

6

Hoe vaak is het voorgekomen dat ziekenhuizen langere ligdagen hebben gedeclareerd omdat mensen door de ingewikkelde regelgeving langer moesten wachten op geriatrische revalidatiezorg in een verpleeghuis? Bent u bereid dit uit te zoeken, en de Kamer hierover te informeren? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 6

Hierover zijn mij geen cijfers bekend en ik zie het niet als mijn taak om deze cijfers te gaan verzamelen. Wat ik wel als mijn taak zie, is om zo snel mogelijk duidelijkheid scheppen waar dit nodig is. Wij zijn dan ook geregeld met branchepartijen², het CVZ, CIZ, NZa en DBC-Onderhoud in gesprek. Tijdens deze gesprekken blijkt dat de onduidelijkheid meestal niet wordt veroorzaakt door de ingewikkelde regelgeving, maar door de nieuwe situatie waar de zorgpartijen nog in moeten groeien.

7

Waarom is geriatrische revalidatiezorg enkel mogelijk in een verpleeghuis, en kan deze zorg niet geboden worden in de thuissituatie? Kunt u uw antwoord toelichten?

8

Is het nu moeilijker of makkelijker geworden om thuis te kunnen revalideren? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 7, 8

Geriatrische revalidatiezorg is gedefinieerd als zorg voor patiënten die niet in staat zijn naar huis te gaan na een ziekenhuisopname voor een medisch specialistische interventie. Wanneer er een indicatie bestaat voor integrale multidisciplinaire GRZ is een intramurale opname gewenst als start van het revalidatieproces. Dit komt ten goede aan het effect van de revalidatie en zorgt ervoor dat de cliënt eerder

² Verenso, ActiZ, Zorgverzekeraars Nederland, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Revalidatie Nederland en Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie

hersteld. Na een periode van intramurale GRZ kan poliklinische geriatrische revalidatie volgen.

Een poliklinische GRZ fase kan vanaf 1 januari 2013 alleen nog volgen op de intramurale fase. Wanneer er geen indicatie bestaat voor opname in de intramurale GRZ fase, dan bestaat er vanuit de thuissituatie aanspraak op enkelvoudige paramedische extramurale zorg (zoals fysiotherapie, ergotherapie en logopedie).

Er is voor deze route van ketenzorg bij de geriatrische revalidatie gekozen, omdat zowel zorgprofessionals uit het veld als ik het erover eens zijn dat de initiële medische en functionele diagnostiek van kwetsbare ouderen in het ziekenhuis moet plaatsvinden en dat deze patiënten bewust moeten worden begeleid in een passend zorgtraject.

9

Wat vindt u ervan dat mensen die in het buitenland medische zorg hebben ontvangen moeilijk aanspraak kunnen maken op geriatrische revalidatiezorg in Nederland, omdat de ziekenhuisopname in het buitenland heeft plaatsgevonden? Kunt u uw antwoord toelichten?

10

Hoe vaak is het voorgekomen dat mensen geen geriatrische revalidatiezorg konden krijgen omdat zij in het buitenland medische zorg hebben gehad? Bent u bereid dit uit te zoeken, en de Kamer hierover te informeren? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 9, 10

Wanneer een patiënt aan de zorginhoudelijke voorwaarden voldoet zoals deze in de te verzekeren prestatie GRZ op grond van de Zvw is omschreven, vind ik het ongewenst dat door een ziekenhuisopname in het buitenland de opname voor de GRZ bemoeilijkt wordt. Hiervan zijn bij mij geen aantallen bekend. Wel ben ik in contact getreden met zorgverzekeraars en heb hen gevraagd om bij dit soort zeer specifieke gevallen in overleg te treden met medisch specialistische zorgaanbieders om met elkaar tot een oplossing te komen, zodat de GRZ alsnog kan worden gegeven. Belangrijk hierbij is wel dat het uitgangspunt blijft dat GRZ bedoeld is voor patiënten met een integrale multidisciplinaire revalidatie behoefte, die niet in staat zijn naar huis terug te keren na een ziekenhuisopname. Een intramurale opname is daarom gewenst als start van het revalidatieproces. Patiënten die GRZ nodig hebben en vanuit een buitenlands ziekenhuis bij een Nederlandse GRZ aanbieder geplaatst worden voldoen echter aan dit uitgangspunt.

11

Wat is uw reactie op de uitspraak van M. Draijer van Verenso, die aangeeft dat er een aparte categorie met een bijbehorend tarief moet komen voor ouderen die behoefte hebben aan een kortdurende intensieve opname op een revalidatieafdeling in een verpleeghuis? Gaat u dit regelen?

Antwoord 11

Kortdurende intensieve opname voor ouderen in een verpleeghuis is momenteel mogelijk, mits vooraf gegaan door een opname in een instelling voor medisch

specialistische zorg. Wanneer M. Draijer van Verenso doelt op de doorverwijzing naar de GRZ vanaf de spoedeisende eerste hulp verwijs ik door naar antwoord 3, 4 en 14. Ik zie vooralsnog geen reden om een nieuwe categorie met bijbehorend tarief te creëren.

12

Wat is uw reactie op het artikel 'Sorry dokter'? Krijgt u hiervan ook de tranen in uw ogen?(2)

13

Wat is uw reactie op de uitspraak van de heer van Holten die aangeeft dat, als regelgeving gezond verstand in de weg gaat staan, een belangrijke grens overschreven wordt en dat administratieve krachten juist moeten faciliteren in plaats van saboteren? Wilt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 12, 13

De beschreven gang van zaken in het artikel is treurig en ik ben blij met het signaal dat de heer Van Holten afgeeft in zijn artikel. Met een overheveling duurt het helaas enige tijd voordat alle betrokkenen weten wat de geëigende weg is. Dit kan een behandeling in de GRZ zijn, maar ook een behandeling in de 1^elijn. Het is de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars om op de hoogte te zijn van de actuele wet- en regelgeving en op basis van de zorgvraag van de cliënt een passend zorgaanbod te realiseren. In hoeverre de beschreven patiënt in het artikel voldoet aan de voorwaarden voor de GRZ blijkt niet uit de casus, dus hier kan ik zorginhoudelijke niet op ingaan. Wel is de casus met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) besproken. ZN zal verzekeraars erop wijzen om zorgvragers voor geriatrische revalidatiezorg daar waar mogelijk beter te begeleiden.

15

Hoeveel mensen ontvangen een (hoger) zorgzwaartepakket en komen in de langdurige AWBZ terecht, doordat zij niet doorverwezen worden naar geriatrische revalidatiezorg? Bent u bereid dit uit te zoeken en de Kamer hierover te informeren?

Antwoord 15

Deze cijfers zijn mij niet bekend. Ik ga er vanuit dat de voorwaarden voor de geriatrische revalidatiezorg duidelijk zijn, aangezien ze helder zijn omschreven in de te verzekeren prestatie op grond van de Zvw. Na diagnostiek in het ziekenhuis wordt de patiënt begeleid in een passend zorgtraject. Wanneer dit geen GRZ betreft, wordt door het CIZ beoordeeld of de patiënt thuis hoort in de AWBZ. Ik zie dan ook geen reden om dit nader uit te zoeken.

16

Heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) signalen ontvangen van mensen die geen geriatrische revalidatiezorg konden krijgen? Op welke wijze heeft de NZa deze signalen verwerkt? Waarom is er nog geen oplossing gevonden?

17

Wilt u de overheveling van geriatrische revalidatiezorg naar de Zorgverzekeringswet evalueren en hierin de financiële uitwerking meenemen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 16, 17

Nee, de NZa heeft geen signalen ontvangen van mensen die geen GRZ konden krijgen. Wel heeft de NZa signalen ontvangen dat de aanspraak op een aantal punten onduidelijk was. Deze signalen worden meegenomen in de impactanalyse die de NZa op mijn verzoek uitvoert (kenmerk MC-U-3119628). In de impactanalyse wordt ook gekeken naar de (mogelijke) gevolgen van de invoering van het nieuwe bekostigingssysteem en de werking van het overgangsregime (het vangnet). Daarnaast worden door de NZa de uitgaven binnen de AWBZ gemonitord. Ik zal de Kamer op basis van de impactanalyse nader informeren.

- 1) 'Aanpak geriatrische revalidatie niet sluitend', Medisch Contact, 21 februari
- 2) 'Sorry dokter', Artsennet 3 juni 2013