

30 597 Toekomst AWBZ

Nr. XXX

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld

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 staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 6 februari 2014 inzake intramurale herstellzorg (Kamerstuk 30 597, nr. 420).

De op 7 maart 2014 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de staatssecretaris bij brief van toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Neppérus

Adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

- I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties**
- II. Reactie van de staatssecretaris**

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 voorliggende brief. Genoemde leden hebben nog enkele vragen hierbij.

De staatssecretaris geeft aan dat hij in 2014 opnieuw de mogelijkheid tot tijdelijke opname in een AWBZ-instelling in verband met herstellzorg wil accommoderen. Voor hoeveel cliënten verwacht de staatssecretaris dat deze tijdelijke opname noodzakelijk zal zijn? Wat zijn de verwachte kosten hiervan en op welke wijze wordt deze mogelijkheid gefinancierd?

Over de inrichting van de oplossing is de staatssecretaris in gesprek met de betrokken partijen. Ook geeft de staatssecretaris aan dat transferverpleegkundigen per half februari weer intramurale herstellzorg vanuit de AWBZ kunnen inzetten. Welke beslissingen rondom de inrichting van de oplossing moeten nog genomen worden? Op welke wijze kan deze oplossing worden ingezet door transferverpleegkundigen, als het overleg met de betrokken partijen nog loopt? Wanneer verwacht de staatssecretaris het overleg met betrokken partijen af te ronden?

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de fractie van de PvdA hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de staatssecretaris over de intramurale herstellzorg. Het is volgens deze leden niet wenselijk dat mensen na een ziekenhuisopname met een kortdurende zorgvraag blijven zitten, zonder dat hier goede zorg voor beschikbaar is. Genoemde leden zijn dan ook blij met het feit dat de staatssecretaris zich inzet om te voorkomen dat mensen na een ziekenhuisopname met een kortdurende zorgvraag van goede zorg verstoken blijven. Is de staatssecretaris het met de leden van de PvdA-fractie eens dat geen cliënt tussen wal en schip mag vallen? Deze leden lezen dat de verwachting is dat een groep van circa 300 cliënten van de in totaal 400 cliënten met een mogelijk continuïteitsprobleem per maand wel naar huis kan worden ontslagen omdat er sprake is van mantelzorg die samen met de professionele zorgverleners de benodigde zorg aan de cliënt thuis kan bieden. Kan er een uitgebreide toelichting gegeven worden waarop deze verwachting gebaseerd is?

De leden van de PvdA-fractie lezen met belangstelling dat cliënten waarbij de zorg na ziekenhuisopname thuis niet afdoende kan worden geregeld in het jaar 2014 de mogelijkheid tot tijdelijke opname in een AWBZ-instelling houden. Hoe gaat dit in de jaren hierna? Blijft deze mogelijkheid na 2014 bestaan? Zo nee, waarom niet en hoe wordt deze zorgvraag dan opgelost? Deze leden ontvangen graag een nadere toelichting en uitleg van de staatssecretaris. Wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over de nadere inrichting van deze oplossing aan de hand van gesprekken met betrokken partijen die momenteel plaatsvinden?

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie zijn blij dat ze nog enige redelijkheid hebben kunnen ontdekken in het beleid van de staatssecretaris. Zij vinden het positief dat de staatssecretaris inziet dat mensen voor tijdelijke herstellzorg in 2014 weer een plek moeten kunnen krijgen in een zorginstelling. Is de staatssecretaris bereid om mensen met een zorgzwaartepakket (ZZP) 1, 2, 3 of 4 ook weer onbeperkte toegang te geven tot zorginstellingen? Zo nee, waarom niet?

De leden van de SP-fractie vragen of de staatssecretaris kan onderbouwen waarop het aantal van 400 mensen voor intramurale herstellzorg per maand precies is gebaseerd. Waar komen de overige 300 mensen terecht die volgens de staatssecretaris voorheen wel de zorg van een zorginstelling tijdelijk nodig hadden, maar volgens de staatssecretaris nu niet met een continuïteitprobleem worden geconfronteerd? Kan de staatssecretaris cijfers en de onderbouwing hiervan aan de Kamer zenden?

De leden van de SP-fractie vragen of de staatssecretaris kan toelichten welk deel van de 11 miljoen beschikbaar gestelde middelen wordt ingezet voor de mantelzorgondersteuning rondom tijdelijke opnames in het kader van herstellzorg. Kan de staatssecretaris een definitie geven van 'cliënten waarbij de zorg na ziekenhuisopname thuis niet afdoende kan worden geregeld'? Wat is in dit kader 'niet afdoende'?

De staatssecretaris geeft aan dat de problemen met tijdelijke herstellzorg vooral mensen met een zorgzwaartepakket 3 betref. In hoeverre geldt deze problematiek ook voor mensen die een zorgzwaartepakket 1 of 2 hebben? Kan de staatssecretaris dat nader toelichten?

De leden van de SP-fractie vragen een overzicht van (het verschil in) de kosten van extra dagen ziekenhuisopname en opname in een zorginstelling (voor twee dagen, vijf dagen, zeven dagen, 14 dagen en 21 dagen)? Kan de staatssecretaris dit onderbouwen en de Kamer hierover informeren? Deze leden vragen hoeveel mensen hogere kosten hebben gemaakt doordat zij geconfronteerd werden met alternatieve vormen van intramurale herstellzorg. Op welke wijze worden deze mensen gecompenseerd?

Wat verstaat de staatssecretaris onder de mogelijkheid tot tijdelijke opname in een AWBZ-instelling in verband met herstellzorg zodra dit thuis niet afdoende geregeld kan worden? De leden van de SP-fractie vragen wie gaat bepalen of mensen wel of niet terecht kunnen in een zorginstelling. Genoemde leden wijzen erop dat de kans op misbruik en/of afschuiven van zorg op mantelzorgers, familieleden en vrijwilligers vergroot wordt omdat dit goedkoper is. Welke maatregelen neemt de staatssecretaris om dit te voorkomen?

Kan de staatssecretaris uiteenzetten op welke wijze de intramurale herstellzorg in 2015 wordt geregeld, zo vragen de leden van de SP-fractie tot slot.

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben niet echt met verbazing kennisgenomen van de brief over de intramurale herstellzorg. Deze leden geven immers al een jaar aan dat het extramuraliseren van ZZP 1 tot en met 3 desastreuze gevolgen zal hebben en zij hebben hierover dan ook nog de nodige vragen en opmerkingen.

De afgelopen jaren werd ZZP 3 zo'n 700 keer per maand door transferverpleegkundigen ingezet voor intramurale herstellzorg in een verzorgingshuis na een ziekenhuisopname, volgens een standaardindicatieprotocol. Het gaat om cliënten met een kortdurende (intensieve) zorgvraag, als gevolg van verzwakking na operatie c.q. ziekenhuisopname (een status na een fractuur, longproblemen of een hartoperatie). Zij zijn daardoor gedurende een periode van 6 tot 12 weken niet zelfredzaam bij hun dagelijkse activiteiten. De leden van de PVV-fractie vragen op basis waarvan er nu vanuit wordt gegaan dat 300 van die 700 mensen die zorg ineens niet nodig hebben. Is er dan al die jaren fout geïndiceerd? Wie is er verantwoordelijk voor het indicatieprotocol en zijn er fouten gemaakt bij het opstellen van het protocol en de daarbij behorende criteria?

De schatting is nu dat er bij circa 400 cliënten per maand na ontslag uit het ziekenhuis een continuïteitsprobleem in de zorgverlening zou kunnen ontstaan en dat die dus wel intramurale herstellzorg nodig hebben. Op welke wijze gaat de staatssecretaris deze zorg garanderen? Het ene na het andere verzorgingshuis valt om. Er wordt nu al gesleept met ouderen die van de ene naar de andere locatie moeten verhuizen. Waar gaat de staatssecretaris deze mensen plaatsen?

De leden van de PVV-fractie vragen ook hoeveel mensen die voor intramurale herstelzorg in aanmerking komen, nu al geïndiceerd worden voor het veel duurdere ZZP 9a (geriatrische revalidatiezorg) en ZZP 9b (herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging). Heeft de bezuinigingsdrift van de staatssecretaris niet tot gevolg dat er aanspraak gemaakt gaat worden op veel duurdere zorg, waardoor hij over een jaar weer gaat roepen dat de zorgkosten weer teveel zijn gestegen?

De leden van de PVV-fractie kijken dan ook uit naar de inventarisatie die nu wordt gedaan en verzoeken de staatssecretaris ook het aantal ZZP's 9a en 9b mee te nemen. Mensen worden steeds sneller het ziekenhuis uit gejaagd vanwege de hoge kosten en op deze manier worden diezelfde mensen de dure AWBZ-zorg in gejaagd door de afbraak van de verzorgingshuizen en dat kan volgens deze leden nooit de bedoeling zijn.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de staatssecretaris betreffende de intramurale herstelzorg. Deze leden maken graag van de gelegenheid gebruik om enkele aanvullende vragen te stellen.

Het zorgzwaartepakket verpleging en verzorging 3 werd de afgelopen jaren zo'n 700 keer ingezet voor herstelzorg. Deze mogelijkheid was uitgewerkt in een standaardindicatieprotocol voor transferverpleegkundigen, zo lezen deze leden. Genoemde leden vragen waarom deze mogelijkheid nog wel is opgenomen in het indicatieprotocol van de transferverpleegkundigen. In de AWBZ is het immers voor nieuwe cliënten niet meer mogelijk. De leden van de CDA-fractie vragen ook of deze vorm van zorg thuishoort in een AWBZ-zorgzwaartepakket. Zij lezen ook dat die mogelijkheid geboden wordt in 2014.

Kan de staatssecretaris aangeven wat er in 2015 gaat gebeuren met mensen die tijdelijk moeten worden opgenomen in een intramurale setting omdat deze ouderen niet tijdelijk thuis kunnen zijn.

Vervolgens vragen de leden van de CDA-fractie of deze tijdelijke mogelijkheid – intramurale herstelzorg – niet mogelijk moet zijn via de aanspraak geriatrische verpleeghuiszorg. Kan de staatssecretaris toelichten waarom hier niet voor gekozen is?

Wat betreft de geriatrische verpleeghuiszorg vragen deze leden hoe het hier concreet mee staat. Zij waren verbaasd te lezen dat de minister van VWS geen probleem in de aanspraak ziet. Zij horen nog wel – onder andere van ActiZ – praktische problemen uit het veld over de inzet van geriatrische verpleeghuiszorg. Graag ontvangen genoemde leden een toelichting op dit punt.

Naar aanleiding van de beantwoording van commissievragen door de minister van VWS^[1] over de brief van 16 oktober 2013 inzake de reactie op de gewijzigde motie van de leden Leijten en Bruins Slot over problemen met de verwijzing in de geriatrische revalidatiezorg^[2] vragen de leden van de CDA-fractie of de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) het onderzoek inmiddels heeft afgerond. Zo ja, wat is hier concreet uitgekomen, welke acties onderneemt de minister? Zo nee, wanneer komt dit onderzoek?

Vragen en opmerkingen van de 50PLUS-fractie

De leden van de fractie van 50PLUS hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de staatssecretaris betreffende intramurale herstelzorg.

Deze leden zijn ingenomen met het feit dat de staatssecretaris heeft besloten ZZP 3 intramurale herstelzorg weer onder te brengen bij de langdurige zorg. Dit is immers een onmisbare voorziening

^[1] Kamerstuk 29 689, nr. 496

^[2] Kamerstuk 29 689, nr. 478

voor ouderen die na een ziekenhuisopname moeten aansterken of revalideren, maar dit om wat voor reden dan ook niet in hun thuissituatie kunnen doen. Genoemde leden hebben echter wel enkele vragen hierbij.

De staatssecretaris geeft aan dat op basis van gesprekken met V&VN en ActiZ geschat wordt dat er circa 400 cliënten per maand na ontslag uit het ziekenhuis onvoldoende zorg en ondersteuning zullen hebben. Kan de staatssecretaris concreet aangeven hoe deze schatting tot stand is gekomen? Is er bijvoorbeeld een inventarisatie uitgevoerd onder instellingen voor ouderenzorg naar de behoefte aan herstellzorg die zij signaleren? Of zijn er ziekenhuizen geraadpleegd over de ervaringen hiermee? Hoe verhoudt dit zich tot het aantal van 700 plekken per maand die de afgelopen jaren werden ingezet? De leden van de 50PLUS-fractie ontvangen graag een concrete toelichting met berekening van de staatssecretaris.

Daarnaast wordt gesteld dat het opzetten van nieuw aanbod van zorgorganisaties voor circa 300 cliënten per maand in een dergelijke situatie een oplossing kan bieden. De leden van de 50PLUS-fractie hebben dezelfde vraag als in de vorige alinea: kan de staatssecretaris concreet, met berekening, aangeven hoe dit cijfer tot stand is gekomen?

Een simpele rekensom leert dat er dus in 2014 landelijk 100 plekken per maand beschikbaar komen voor intramurale herstellzorg. Begrijpen de leden van de 50PLUS-fractie dit goed? Genoemde leden vinden dit een laag aantal. Zeker gezien het recente bericht bij de NOS ^[3] dat de doorstroom in ziekenhuizen stagneert, doordat veelal ouderen noodgedwongen het ziekenhuisbed bezet houden. Met landelijk 100 plekken wordt dit probleem niet afdoende opgelost, vrezen deze leden. En dit terwijl onnodig lang verblijf in een ziekenhuis een onnodig opdrijvend effect heeft op de zorgkosten en bovendien voor langere wachttijden zorgt. De leden van de 50PLUS-fractie wachten de eerder gevraagde berekeningen af, maar schatten in dat het aantal plekken voor intramurale herstellzorg omhoog zou moeten om afdoende te zijn. Daarnaast rijst bij zo'n beperkt aantal de vraag of een betrokkene inspraak heeft waar hij intramurale herstellzorg ontvangt. Kan het voorkomen dat een betrokkene ver van zijn woonplaats een plek toegewezen krijgt?

De leden van de 50PLUS-fractie vragen of de staatssecretaris kan aangeven hoe de beschikbare plekken verdeeld worden. Gaat dat per regio, per instelling, of op een andere wijze? Worden er concrete, uniforme criteria opgesteld om te toetsen of iemand in aanmerking komt voor een dergelijke plek? Wat gebeurt er als er meer behoefte is aan plekken dan het aantal dat beschikbaar is voor 2014? Komen er dan meer plekken beschikbaar of houdt het dan gewoon op? Hoe wordt voorkomen dat kwetsbare mensen tussen wal en schip vallen, door gebrek aan beschikbaarheid of wellicht door strikte criteria?

Daarnaast vragen genoemde leden of er een bepaalde opnameduur is gekoppeld aan een plek voor intramurale herstellzorg. Is deze duur gemaximeerd of kan de betrokkene zo lang blijven als nodig is voor zijn volledige herstel?

De leden van de 50PLUS-fractie zien deze vragen graag beantwoord.

^[3] <http://nos.nl/artikel/599455-patienten-in-verkeerde-bedden.html>

II. REACTIE VAN DE STAATSSECRETARIS

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De VVD-fractie vraagt voor hoeveel cliënten deze tijdelijke opname noodzakelijk zal zijn, wat de te verwachten kosten zijn en op welke wijze deze zal worden gefinancierd. De gegevens over intramurale herstellzorg na ziekenhuisopname zijn gebaseerd op cijfers van het CIZ over het gebruik van de specifieke aanvraagroute (een standaardindicatieprotocol) voor transferverpleegkundigen. Op basis van gesprekken met V&VN en ActiZ is geschat dat deze zorg nodig is voor zo'n 400 cliënten per maand na ontslag uit het ziekenhuis. Bij een veronderstelde gemiddelde tijdelijke opnameduur van zes weken betekent dit op jaarbasis een bezetting van circa 600 plaatsen in verzorgings- of verpleeghuizen. De bekostiging van de zorg vindt in 2014 plaats op basis van de NZa-beleidsregel CA-300-597 (Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten) voor ZZP VV3.

De VVD-fractie stelt een aantal vragen over de totstandkoming van de oplossing voor intramurale herstellzorg na ziekenhuisopname in 2014. Het overleg over praktische aspecten van de oplossing 2014 is eind februari afgerond, waarna de ketenafspraken zijn samengevat en per brief aan alle betrokkenen gezonden.

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De PvdA vraagt of er geen cliënten tussen wal en schip vallen. Ik heb in mijn kamerbrief van 6 februari 2014 al aangegeven dat ik het niet wenselijk acht dat mensen langer dan medisch noodzakelijk in het ziekenhuis zijn opgenomen. Ik vind het van belang dat zowel patiënten als zorgverleners zich eerst inspannen om te kijken wat er mogelijk is om zorg en ondersteuning in de thuissituatie te regelen zodat de patiënt na ziekenhuisopname niet afhankelijk is van intramurale herstellzorg. Als zorg na ziekenhuisopname in de thuissituatie niet verantwoord geleverd kan worden kan intramurale herstellzorg aan de orde zijn. Er is geen reden aan te nemen dat mensen tussen wal en schip belanden na een ziekenhuisopname. Zij worden ontslagen naar de thuissituatie waar zij verantwoord worden verzorgd met professionele zorg en mantelzorg, of zij maken gebruik van (geriatrische) revalidatiezorg of zij worden tijdelijk opgenomen in een instelling om te herstellen.

De PvdA vraagt naar een toelichting op de verwachting over de groep van 300 cliënten die wel naar huis kan worden ontslagen. De PvdA spreekt van een groep van 300 cliënten van in totaal 400 cliënten die naar huis kan. In de kamerbrief van 6 februari wordt bedoeld op een groep van 300 cliënten van in totaal 700 cliënten (op maandbasis) die naar huis kan. De gegevens over intramurale herstellzorg na ziekenhuisopname zijn gebaseerd op cijfers van het CIZ over het gebruik van de specifieke aanvraagroute (een standaardindicatieprotocol) voor transferverpleegkundigen. De verwachting van het aantal cliënten dat naar huis kan, is gebaseerd op schattingen van de beroepsvereniging V&VN en ActiZ.

De PvdA vraagt hoe het de komende jaren gaat bij cliënten waarbij de zorg na ziekenhuisopname thuis niet afdoende kan worden geregeld. Ik ben van mening dat mensen die na een ziekenhuisopname verdere zorg nodig hebben, deze ook moeten ontvangen. In de eerste plaats moet worden gekeken hoe deze zorg in de thuissituatie kan worden geboden. Vanaf 2015 is de wijkverpleegkundige toegerust om hierin te voorzien. Zorgorganisaties zijn al aan het omschakelen om de benodigde professionele zorg, met behulp van mantelzorg thuis aan te bieden. Ik ben nog in gesprek met de betrokken partijen of, en zo ja, welke acties er nodig zijn bij het regelen van deze zorg in 2015, in samenhang met alle plannen rondom de hervorming van de langdurige zorg. Zodra hierover het besluit is genomen informeer ik uw Kamer hierover.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De SP vraagt of de staatssecretaris bereid is om mensen met een zorgzwaartepakket ZZP VV 1, 2, 3 of 4 ook weer onbeperkte toegang te geven tot zorginstellingen. Mensen met een al geldige indicatie voor zorgzwaartepakket ZZP VV1, 2, 3 of 4 kunnen nog steeds worden opgenomen in een instelling.

De SP vraagt waarop het aantal van 400 mensen voor intramurale herstelzorg na ziekenhuisopname precies is gebaseerd. De gegevens over intramurale herstelzorg na ziekenhuisopname zijn gebaseerd op cijfers van het CIZ over het gebruik van de specifieke aanvraagroute (een standaardindicatieprotocol) voor transferverpleegkundigen. In de periode 2011 tot en met 2013 is deze mogelijkheid gemiddeld zo'n 700 keer per maand ingezet door transferverpleegkundigen. Op basis van gesprekken met de beroepsvereniging V&VN en ActiZ schat ik in dat er bij circa 400 cliënten per maand na ontslag uit het ziekenhuis een continuïteitsprobleem thuis ontstaat waarbij de transferverpleegkundige van oordeel is dat zorg thuis niet verantwoord leverbaar is. Het aantal van 400 mensen voor intramurale herstelzorg na ziekenhuis op maandbasis betreft dus een schatting gebruikmakend van de ervaring van verwijzers (transferverpleegkundigen) en zorgaanbieders.

De SP vraagt waar de overige mensen terecht komen. De afspraak tussen partijen is dat deze cliënten uit het ziekenhuis naar huis worden ontslagen als er sprake is van mantelzorg die samen met professionele zorgverleners de benodigde zorg aan de cliënt thuis kan bieden.

De SP stelt een aantal vragen over de omschrijving van de 'cliënten waarbij de zorg na ziekenhuisopname thuis niet afdoende kan worden geregeld' met specifieke aandacht voor 'niet afdoende'. De SP vraagt ook wie dit gaat indiceren. In mijn brief van 6 februari heb ik een omschrijving van de cliëntgroep gegeven. De indicatiestelling wordt uitgevoerd door transferverpleegkundigen. Het betreft hier vaak alleenstaande cliënten of cliënten met een partner met beperkingen. Deze cliënten hebben tijdelijk hulp nodig bij het binnenshuis verplaatsen en met transfers en tijdelijk hulp bij tenminste wassen, kleden en toiletgang. Het zijn cliënten waarbij er niemand in de omgeving van de cliënt in staat en bereid is om de noodzakelijke hulp en het noodzakelijke toezicht te bieden. Er is de verwachting dat binnen drie maanden zodanig herstel is dat de cliënt naar huis kan terugkeren. Bovendien is het professionele oordeel van de transferverpleegkundige dat de zorg thuis niet (verantwoord) leverbaar is.

De SP vraagt in hoeverre deze problematiek ook geldt voor zorgzwaartepakket 1 of 2. De specifieke aanvraagroute (een standaardindicatieprotocol) die transferverpleegkundigen gebruiken voor intramurale herstelzorg na ziekenhuisopname betrof in 2013 alleen ZZP VV3. Het betreft nadrukkelijk een andere groep dan bedoeld bij het beleid rondom extramuralisering. Bij cliënten die na ziekenhuisopname intramuraal moeten herstellen is namelijk geen sprake van 'langer thuis wonen', maar van 'tijdelijk niet in de eigen thuissituatie kunnen zijn'. Om specifiek te maken dat het gaat over een andere groep verzekerden dan bij intramuraal wonen ("cliënten met ZZP VV3") spreek ik liever over intramurale herstelzorg na ziekenhuisopname.

De SP vraagt om een overzicht van (het verschil in) de kosten van extra dagen ziekenhuisopname en opname in een zorginstelling. Het is niet mogelijk om de extra uitgaven van zorgverzekeraars te ramen. Een groot deel van de extra geleverde zorg behoort tot het vrije segment. Daarbij is de bekostiging van ziekenhuizen gebaseerd op trajecten en niet op een prijs per dag. Dit brengt met zich mee dat een extra dag in het ziekenhuis niet noodzakelijkerwijs leidt tot hogere uitgaven voor een zorgverzekeraar. Een grove methode om de extra kosten voor een ziekenhuis te ramen is door deze te baseren op de maximum tarieven die de NZa heeft vastgesteld voor zogenaamde verkeerde beddagen in een ziekenhuis. Hieronder vindt u hier een overzicht van.

	Ziekenhuisopname (uitgaande van het maximumtarief van de NZa voor een verkeerde beddag)	Opname in een zorginstelling (uitgaande van ZZP3 prijs exclusief behandeling) ¹	Verskil in kosten
Twee dagen	€ 618,-	€ 266,-	€ 352,-
Vijf dagen	€ 1545,-	€ 665,-	€ 880,-
Zeven dagen	€ 2163,-	€ 931,-	€ 1232,-

¹ Op basis van Nza-beleidsregels: CA-300-579 en CA-300-605

De SP vraagt hoeveel mensen hogere kosten hebben gemaakt doordat zij geconfronteerd werden met alternatieve vormen van intramurale herstellzorg en op welke wijze deze mensen worden gecompenseerd. Er zijn hierover geen kwantitatieve gegevens beschikbaar. Zorgkantoren zijn verzocht in overleg te gaan met aanbieders over verzoeken van verzekerden die gebruik maken van alternatieve vormen van herstellzorg. Zij zijn verzocht coulant om te gaan met verzoeken om restitutie van verzekerden die daarbij zijn geconfronteerd met hoge kosten.

De SP vraagt naar maatregelen die de staatssecretaris neemt om de kans op misbruik en/of afschuiven van zorg op mantelzorgers te voorkomen. De indicatiestelling van deze zorg blijft plaatsvinden door transferverpleegkundigen. Ik acht maatregelen niet nodig omdat ik vertrouwen op de professionele beoordeling en de inschatting van transferverpleegkundigen bij het vaststellen of ontslag na ziekenhuisopname verantwoord kan plaatsvinden of dat intramurale herstellzorg tijdelijk noodzakelijk is. Bij die beoordeling betrekken transferverpleegkundigen ook cliënt en mantelzorgers.

De leden van de SP-fractie vragen of de staatssecretaris kan toelichten welk deel van de 11 miljoen beschikbaar gestelde middelen wordt ingezet voor de mantelzorgondersteuning rondom tijdelijke opnames in het kader van herstellzorg?

Centraal uitgangspunt voor de besteding van deze middelen is dat relevante partijen, zoals zorg- en welzijnsinstellingen en gemeenten een goede samenwerking met en een adequate ondersteuning van de informele zorgverleners tot stand brengen, waardoor de individuele mantelzorger beter ingezet en ondersteund kan worden. De inzet van de middelen moet resulteren in tastbare en duurzame verbeteringen op de werkvloer waar de individuele mantelzorger direct baat bij heeft.

Om dit te bereiken zal een deel van de middelen (4 miljoen) via het programma 'In voor Mantelzorg' worden ingezet voor verbeteringen van de samenwerking tussen de zorgprofessional en mantelzorger en de bevordering van goede mantelzorgondersteuning rondom tijdelijke opnames

Een ander deel (6 miljoen) gaat naar gemeenten, waarbij middels een brief aan de colleges van burgemeester en wethouders concrete doelen worden meegegeven waar deze extra middelen voor dienen te worden ingezet.

Daarnaast wordt een deel van de middelen (1 miljoen) ingezet voor concrete (innovatieve) projecten die aansluiten bij de bevindingen en aanbevelingen van de werkgroepen van de Agenda Informele Zorg en Ondersteuning met betrekking tot het verbeteren van het samenspel tussen informele en formele zorg en een goede ondersteuning van de mantelzorger en zorgvrijwilligers.

Ten slotte zal een klein deel worden gebruikt om een extra impuls te geven aan de realisatie van maatwerk in de combinatie van werk en mantelzorg op de werkvloer, waarbij rekening wordt gehouden met de behoeften en belangen van zowel werkgevers als werknemers. Voor de begrotingsbehandeling 2015 zal ik aangeven op welke wijze de middelen zijn ingezet, inclusief het benoemen van eventueel al zichtbare effecten.

De leden van de SP-fractie vragen op welke wijze de intramurale herstellzorg in 2015 wordt geregeld. Ik ben nog in gesprek met de betrokken partijen of, en zo ja, welke acties er nodig zijn bij het regelen van deze zorg in 2015, in samenhang met alle plannen rondom de hervorming van de langdurige zorg. Zodra hierover het besluit is genomen informeer ik uw Kamer hierover.

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De PVV-fractie vraagt op basis waarvan er nu vanuit wordt gegaan dat 300 mensen de intramurale herstellzorg nu niet meer nodig hebben, of er fout is geïndiceerd en of er fouten zijn gemaakt bij het opstellen van het indicatieprotocol. De verwachting dat nu minder mensen intramurale herstellzorg nodig hebben is gebaseerd op gesprekken met V&VN en ActiZ. Bij de indicatiestelling wordt vanaf 2014 door transferverpleegkundigen nadrukkelijker gekeken of er iemand in de omgeving van de cliënt in staat en bereid is om de noodzakelijke hulp en het noodzakelijke toezicht te bieden. Daarnaast beoordeelt de transverpleegkundige of de zorg thuis niet (verantwoord) leverbaar is. Deze wijze van kijken bij indicatiestelling sluit aan bij mijn beleid om meer zorg en ondersteuning in de eigen omgeving van cliënten te realiseren.

De PVV-fractie vraagt ook op welke wijze de staatssecretaris de intramurale herstelzorg gaat garanderen en waar de staatssecretaris deze 400 mensen per maand gaat plaatsen. Bij een veronderstelde gemiddelde tijdelijke opnameduur van zes weken betekent dit op jaarbasis een bezetting van circa 600 plaatsen in verzorgings- of verpleeghuizen. Dit is een beperkte hoeveelheid plaatsen op de totale capaciteit voor de intramurale ouderenzorg. Het is praktisch dat deze beperkte flexibele tijdelijke capaciteit vooral te vinden is in de intramurale ouderenzorg. Naast de capaciteit voor intramuraal wonen hebben veel instellingen doorgaans een beperkt aantal plekken waar deze zorg doelmatig beschikbaar is.

De leden van de PVV-fractie vragen hoeveel mensen die voor intramurale herstelzorg in aanmerking komen, nu al geïndiceerd worden voor het veel duurdere ZZZ 9a (geriatrische revalidatiezorg) en ZZZ 9b (herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging). De geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en ZZZ9b voorzien in een andere zorgbehoefte dan de (herstelgerichte) zorg waar het hier om gaat, deze (herstelgerichte) zorg is bedoeld voor cliënten met een kortdurende (intensieve) zorgvraag, als gevolg van verzwakking na een operatie en tijdelijk niet thuis kunnen zijn. De aanspraak op GRZ is in de Zvw helder afgebakend. Waar in de AWBZ aanspraak doorgaans een ziekenhuisopname aan het GRZ traject vooraf ging is ziekenhuisopname sinds onderbrenging van de GRZ in de Zvw nu vereist. Dit is juist gedaan omdat GRZ specialistische zorg is die bedoeld is voor 'zware' gevallen; voor patiënten die daarop – gelet op hun complexe problematiek - zijn aangewezen. Voor 'lichte' gevallen volstaat behandeling in de eerste lijn. ZZZ9b is bedoeld voor cliënten die na opname in het ziekenhuis voor een medisch specialistische interventie zijn aangewezen op multidisciplinaire revalidatie, maar 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).

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie vragen waarom de mogelijkheid van ZZZ VV3 nog wel is opgenomen in het indicatieprotocol van de transferverpleegkundigen, terwijl deze in de AWBZ voor nieuwe cliënten niet meer mogelijk is. Ik benadruk nogmaals dat het bij intramurale herstelzorg gaat over een andere groep verzekerden dan bij intramuraal wonen ("cliënten met ZZZ VV3"). Bij cliënten die na ziekenhuisopname intramuraal moeten herstellen is namelijk geen sprake van 'langer thuis wonen', maar van 'tijdelijk niet in de eigen thuissituatie kunnen zijn'. Inderdaad is er in de aanspraken AWBZ vanaf 1 januari 2014 voor nieuwe bewoners geen formele titel meer om intramuraal te gaan wonen met ZZZ VV3. Voor het continueren van herstelzorg na ziekenhuisopname is voor 2014 gekozen voor een contra-legenden situatie, waarbij ZZZ VV3 als vehikel wordt gebruikt voor de oplossing in 2014. Dit is mogelijk omdat de bekostiging van ZZZ VV3 en de keteninfrastructuur voor ZZZ VV3 in 2014 nog steeds bestaan voor huidige bewoners van instellingen, die op 31 december 2013 een geldige indicatie voor ZZZ VV3 hebben.

De CDA-fractie vraagt ook of deze vorm van zorg thuishoort in een AWBZ-zorgzwaartepakket. Voor 2014 is ervoor gekozen om de bekostiging op basis van een integraal pakket zorg (inclusief verblijf) met een integrale dagprijs ongewijzigd te laten ten opzichte van voorgaande jaren. De bekostiging van de zorg vindt plaats op basis van de NZa-beleidsregel CA-300-597 (Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten). Dit om praktische redenen, namelijk dat nog gebruik kan worden gemaakt van ZZZ VV3 als vehikel in de keteninfrastructuur en in de bekostiging.

De leden van de CDA-fractie vragen wat er in 2015 gaat gebeuren met mensen die tijdelijk moeten worden opgenomen in een intramurale setting omdat deze ouderen niet tijdelijk thuis kunnen zijn. Ik ben nog in gesprek met de betrokken partijen of, en zo ja, welke acties er nodig zijn bij het regelen van deze zorg in 2015, in samenhang met alle plannen rondom de hervorming van de langdurige zorg. Zodra hierover het besluit is genomen informeer ik uw Kamer hierover.

De leden van de CDA-fractie vragen of deze tijdelijke mogelijkheid – intramurale herstelzorg – niet mogelijk moet zijn via de aanspraak geriatrische verpleeghuiszorg. De geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en ZZP9b voorzien in een andere zorgbehoefte dan de (herstelgerichte) zorg waar het hier om gaat, deze (herstelgerichte) zorg is bedoeld voor cliënten met een kortdurende (intensieve) zorgvraag, als gevolg van verzwakking na een operatie en tijdelijk niet thuis kunnen zijn.

De leden van de CDA-fractie vragen om een stand van zaken met betrekking tot de geriatrische revalidatiezorg. Ik verwijs hiervoor naar de Kamerbrief die door de minister van VWS aan uw Kamer is toegestuurd op 19 maart 2014. In deze brief is aangegeven dat het Zorginstituut Nederland wordt gevraagd om aan de hand van de zorginhoudelijke analyse² van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) de huidige voorwaarden voor GRZ te bezien en de minister van VWS hierover te adviseren.

Vragen en opmerkingen van 50PLUS-fractie

De 50PLUS- fractie vraagt of concreet aangegeven kan worden hoe de schatting van 400 cliënten voor intramurale herstelzorg per maand en de 300 cliënten per maand die wel naar huis kunnen worden ontslagen tot stand is gekomen. De 50PLUS-fractie vraagt daarbij of er een inventarisatie heeft plaatsgevonden onder instellingen en ziekenhuizen en vraagt tevens hoe het aantal van 400 cliënten per maand zich verhoudt tot het aantal van 700 cliënten per maand die de afgelopen jaren werden ingezet. Bij het maken van de schatting van 400 cliënten per maand is uitgegaan van indicatiegegevens van het CIZ door transferverpleegkundigen in de periode 2011-2013 en van inschattingen van transferverpleegkundigen (V&VN) en instellingen (ActiZ). Bij de indicatiestelling wordt vanaf 2014 door transferverpleegkundigen nadrukkelijker gekeken of er iemand in de omgeving van de cliënt in staat en bereid is om de noodzakelijke hulp en het noodzakelijk toezicht te bieden. Daarnaast beoordeelt de transverpleegkundige of de zorg thuis niet (verantwoord) leverbaar is. Deze wijze van kijken bij indicatiestelling sluit aan bij mijn beleid om meer zorg en ondersteuning in de eigen omgeving van cliënten te realiseren. Ik vind het van belang dat zowel patiënten als zorgverleners zich inspannen om te kijken wat er mogelijk is om zorg in de thuis-situatie te regelen zodat de patiënt na ziekenhuisopname niet afhankelijk is van intramurale herstelzorg.

De 50PLUS-fractie vragen of zij goed begrijpen dat er in 2014 landelijk 100 plekken per maand beschikbaar komen voor intramurale herstelzorg. Deze berekening van de 50PLUS-fractie is onjuist. Mijn berekening gaat uit van gemiddeld 400 cliënten per maand voor intramurale herstelzorg na ziekenhuisopname en een veronderstelde gemiddelde tijdelijke opnameduur van zes weken. Op jaarbasis betekent dit een bezetting van circa 600 plaatsen in verzorgings- of verpleeghuizen.

De 50PLUS-fractie stelt een aantal vragen rond het beschikbaar komen van nieuwe plekken, over de wijze van verdeling van deze plekken, criteria voor deze plekken en spreiding van deze plekken. De veronderstelling dat het bij deze maatregel gaat om capaciteitsuitbreiding in de intramurale ouderenzorg is niet juist. Deze capaciteit bestaat nu al en betreft flexibele capaciteit in de intramurale ouderenzorg voor kortdurende intramurale opnames. Naast de capaciteit voor langdurig intramuraal wonen hebben veel instellingen doorgaans een beperkt aantal plekken waar deze zorg doelmatig beschikbaar is. Met mijn maatregel zorg ik ervoor dat deze flexibele tijdelijke capaciteit weer toegankelijk kan worden.

² De zorginhoudelijke analyse is door de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG), samen met Verenso, het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) uitgevoerd in het kader van de toegankelijkheid van de GRZ

De 50PLUS-fractie vraagt ook of er specifieke, uniforme indicatiecriteria worden opgesteld en of de opnameduur is gemaximeerd. De 50PLUS-fractie vraagt daarbij of het voorkomen kan worden dat kwetsbare cliënten tussen wal en schip vallen, door gebrek aan beschikbaarheid of door strikte criteria. Ik verwacht niet dat cliënten tussen wal en schip vallen. Er zijn met partijen, waaronder CIZ en V&VN, uniforme indicatiecriteria opgesteld waarmee transferverpleegkundigen vast kunnen stellen of een cliënt na ziekenhuisopname is aangewezen op intramurale herstelzorg als zorg thuis niet verantwoord leverbaar is. In de indicatiecriteria is de opnameduur niet gemaximeerd. Een van de indicatiecriteria is dat binnen drie maanden zodanig herstel is te verwachten dat de cliënt naar de thuissituatie kan terugkeren. Deze zorg is bedoeld voor cliënten met een kortdurende (intensieve) zorgvraag, als gevolg van verzwakking na een operatie, bijvoorbeeld een status na een fractuur of longproblemen. Zij kunnen 'tijdelijk niet in de eigen thuissituatie zijn'. De feitelijke opnameduur is over het algemeen aanzienlijk korter dan drie maanden.