

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:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
1297082-173440-CZ

Bijlagen
1

Uw brief
08 februari 2018

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

Datum 14 februari 2018
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zenden wij u de antwoorden op de vragen van de Kamerleden De Vries (VVD) en Hermans (VVD) over de berichten 'Honderdduizenden ouderen houden dure ziekenhuisbedden bezet' en 'Veel 65-plussers liggen onnodig in ziekenhuis' (2018Z02194).

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

de minister voor Medische Zorg
en Sport,

Hugo de Jonge

Bruno Bruins

Antwoorden op Kamervragen van de Kamerleden De Vries (VVD) en Hermans (VVD) over de berichten 'Honderdduizenden ouderen houden dure ziekenhuisbedden bezet' en 'Veel 65-plussers liggen onnodig in ziekenhuis'. (2018Z02194)

1

Kent u de berichten "Honderdduizenden ouderen houden dure ziekenhuisbedden bezet" in de Telegraaf en "Veel 65-plussers liggen onnodig in ziekenhuis" in de Leeuwarder Courant d.d. 6 februari 2018? 1)

1

Ja.

2

Deelt u de mening van de VVD-leden dat dure ziekenhuisbedden niet gebruikt moeten worden indien daarvoor geen medische noodzaak is? Zo nee, waarom niet?

2

Daar zijn wij het mee eens. In de praktijk blijkt het niet altijd even makkelijk te zijn om op het juiste moment op de juiste plek de zorg of ondersteuning voor mensen te krijgen die zij nodig hebben. Daardoor komt het inderdaad voor dat mensen die geen medisch-specialistische zorg nodig hebben (tijdelijk) in een ziekenhuisbed belanden. Hoewel er daardoor wel voor wordt gezorgd dat deze patiënten zorg ontvangen en tijdelijk worden opgevangen, vinden wij dit net als u een onwenselijke situatie. Ervoor zorgen dat mensen op het juiste moment de juiste zorg op de juiste plek krijgen is een belangrijk speerpunt van ons beleid en dit is benoemd als een uitgangspunt in het regeerakkoord. Dit onderwerp heeft momenteel ook de aandacht in onder meer de gesprekken over de hoofdlijnenakkoorden en het ouderenpact.

3

Welke mogelijkheden heeft een huisarts als hij van mening is dat alleen thuis blijven, bijvoorbeeld voor ouderen, even niet meer verantwoord is?

3

Er zijn meerdere mogelijkheden, afhankelijk van de situatie van de patiënt. De huisarts kan met de wijkverpleging overleggen of (meer) thuiszorg en/of ondersteuning geleverd kan worden. Bij medische noodzaak is er de mogelijkheid van eerstelijnsverblijf (gericht op herstel zodat iemand weer naar huis kan) of Wlz-logeeropvang (wanneer de oudere een Wlz-indicatie heeft). In het kader van de Wmo, waarin maatwerk voorop staat, bieden gemeenten verschillende vormen van respijtzorg voor de mantelzorger. Dit kan ook kortdurende opvang buiten de thuissituatie inhouden. Voor spoedeisende situaties kent de Wmo spoedzorg, die snelle opschaling van ondersteuning thuis of tijdelijk verblijf buitenshuis in kan houden. Wanneer het vermoeden bestaat dat de oudere blijvend 24 uur per dag toezicht nodig heeft, dan is er de mogelijkheid om een Wlz-indicatie aan te vragen, zodat de oudere ontvangen kan worden in een Wlz-instelling. Mocht het gaan om een crisissituatie, dan is er de mogelijkheid van Wlz-crisisopvang.

4

Hoeveel bedden zijn er momenteel in het Eerstelijns Verblijf (ELV), geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en kortdurende opvang (KDO) in heel Nederland en hoeveel per regio voor tijdelijke opvang? En wat is de behoefte per regio?

4

Voor ELV en GRZ kopen zorgverzekeraars capaciteit in bij aanbieders. Voor 2018 is daarvoor 1.065 miljoen euro beschikbaar. In 2017 hebben over de eerste 11 maanden ruim dertigduizend personen gebruik gemaakt van ELV, in 2016 waren dit zo'n 27.000 personen. Zo'n 54.000 personen maakten in 2016 gebruik van de GRZ. De cijfers over 2017 zijn nog niet compleet.

Wij gaan ervan uit dat u met kortdurende opvang de Wlz-logeeropvang, Wlz-spoedzorg en de Wmo-voorzieningen voor opvang en verblijf bedoelt.

Wlz-spoedzorg wordt ingekocht door zorgkantoren. In de verpleging & verzorging (V&V) gaat het om ca. €30 mln.

Ten aanzien van de Wmo heeft u op 22 december 2017 het SCP-onderzoek *Voor Elkaar? Stand van de informele hulp in 2016*¹ ontvangen. Uit deze evaluatie van de Herziening Langdurige Zorg blijkt dat één op de 5 mantelzorgers gebruik maakt van respijtzorg. Een derde van de mantelzorgers die geen respijtzorg krijgen, maar hier wel behoefte aan hebben, geven aan dat de hulpbehoevende dit niet wil. Bij één op de acht spelen de kosten een rol. De minister van VWS neemt de bevindingen van dit rapport mee in de brief waarin hij u informeert over het programma Langer Thuis dat binnen het Pact voor de ouderenzorg ontwikkeld zal worden. Dit kunt u in het eerste kwartaal van 2018 verwachten. De minister van VWS betreft hierbij de inschatting over het gebruik van de Wmo-maatwerkvoorzieningen in 2016 en 2017, die het CBS heeft becijferd.

Het is niet bekend wat de behoefte is aan tijdelijk verblijf per regio. De regionale coördinatiepunten, die per april dit jaar volledig werkzaam zullen zijn, leveren inzicht in de beschikbaarheid van deze zorg per regio. Vooralsnog alleen voor eerstelijnsverblijf, wij hopen dat dit op afzienbare termijn ook zal gelden voor alle (vervolg)zorg waarvoor tijdelijk verblijf noodzakelijk is.

5

Kloppen de aantallen die worden genoemd in de artikelen en het onderliggende onderzoek dat ActiZ heeft laten uitvoeren? 2) Klopt het dat bij 40 procent van de SEH-opnamen het niet gaat om noodzakelijke medisch-specialistische zorg? Hoe groot is het aantal mensen dat wordt opgenomen in een ziekenhuis zonder dat een medische noodzaak bestaat en opname dus feitelijk onnodig is?

5

In het onderzoek wordt gesproken over 800.000 ouderen die jaarlijks een afdeling voor spoedeisende hulp (SEH) bezoeken. In de marktscan acute zorg heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aangegeven dat er ongeveer 2,4 miljoen keer per jaar iemand op een SEH komt.² Daarvan was in 2016 14,1% tussen de 65 en 74, en 18,9% 75 jaar en ouder. Het aantal SEH-bezoeken door 65+ers lag daarmee in 2016 op 792.000, en komt ongeveer overeen met het aantal van 800.000 dat in het onderzoek wordt genoemd. Overigens gaat het niet om 792.000 ouderen, maar om 792.000 SEH-bezoeken door ouderen.

¹ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2017/12/22/aanbieding-rapport-voor-elkaar-stand-van-de-informele-hulp-in-2016>

² TK 2016-2017, 29247 nr.236.

De andere cijfers uit het onderzoek dat ActiZ heeft laten uitvoeren kunnen wij niet verifiëren. In het onderzoek staat niet welke bronnen het onderzoeksbureau heeft gebruikt en ook niet hoe het tot deze cijfers is gekomen. Ook de NZa kan de genoemde cijfers over het percentage ouderen dat 'ten onrechte' op de SEH komt en de 'onnodige zorgkosten' niet thuisbrengen. Wij willen wel opmerken dat het achteraf altijd makkelijker is om te zeggen dat een probleem had kunnen worden voorkomen, dan dit vooraf te constateren. Zo is het maar de vraag of door preventie en vroegsignalering in 100% van de gevallen een SEH-bezoek kan worden voorkomen.

De NZa geeft in de marktscan acute zorg aan dat er bij (in ieder geval) 0,5% van de patiënten die op een SEH is geweest sprake is van een patiënt op het 'verkeerde bed'; dat zijn ongeveer 4.000 patiënten per jaar. Het gaat daarbij om patiënten met een indicatie voor de Wet langdurige zorg die in het ziekenhuis zijn opgenomen en (nog) niet kunnen worden overgeplaatst naar een Wlz-instelling, terwijl een medisch-specialistische behandeling niet meer nodig is. De NZa tekent daarbij aan dat er mogelijk meer patiënten zijn die eerder ontslagen hadden kunnen worden, omdat uit gesprekken met ziekenhuizen is gebleken dat sommige instellingen niet consequent een 'verkeerde bed' declareren, en omdat voor patiënten die moeten uitstromen naar een bed in het eerstelijnsverblijf geen 'verkeerd bed' kan worden gedeclareerd.

6

Klopt het dat er 1,4 miljard euro onnodige zorgkosten worden gemaakt? Zo nee, wat is dan het bedrag? In hoeverre gaat hier op "penny wise, pound foolish"? Wat kost gemiddeld een dag ziekenhuisbed en wat kost een dag eerstelijnsverblijf?

7

Welke acties onderneemt u om een oplossing te zoeken voor dit probleem voor de ouderen, maar ook om onnodige zorgkosten te voorkomen, bijvoorbeeld door meer plekken voor tijdelijke opvang of acute wijkverpleging op de spoedeisende hulp? Zijn er knelpunten in de regelgeving of financiering die een goede oplossing in de weg staan?

6 en 7

De maximumtarieven voor een dag in het eerstelijnsverblijf zijn € 124 (laagcomplex) respectievelijk € 181 (hoogcomplex). Wij beschikken niet over een overzicht van de kosten van een dag in een ziekenhuisbed; deze kosten verschillen per ziekenhuis en per specialisme. De prijzen komen in de medisch-specialistische zorg voor een groot deel tot stand via onderhandeling over vrije prijzen, waarvoor dus geen maximum prijs is vastgesteld. Ter vergelijking: voor de kosten van een zogenaamd 'verkeerd bed' in een ziekenhuis is een maximumtarief van € 373,58 per dag vastgesteld.

Zoals in het antwoord op vraag 5 is aangegeven, kunnen wij de meeste cijfers uit het onderzoek dat ActiZ heeft laten uitvoeren niet verifiëren. Dat geldt daarom ook voor de conclusie dat er voor 1,4 miljard euro onnodige zorgkosten zouden worden gemaakt.

Dat neemt niet weg dat er, zoals in het antwoord op vraag 2 ook is aangegeven, zeker patiënten zijn die in een ziekenhuisbed liggen terwijl zij geen medisch-specialistische zorg (meer) nodig hebben, en dat wij van het onderwerp 'de juiste

zorg op de juiste plek' een speerpunt van ons beleid hebben gemaakt. Ook hechten wij veel belang aan onderwerpen als preventie en vroegsignalering, met name bij kwetsbare ouderen die nog thuis wonen, om te voorkomen dat hun gezondheidstoestand onnodig verslechtert. In dit kader verwijzen wij ook graag naar de brieven die in 2016 en 2017 de afgelopen jaren naar de Kamer hebben gestuurd over de aanpak van de drukte in de acute zorg, en de maatregelen die daarin zijn genoemd.³

Ervoor zorgen dat er bijvoorbeeld voldoende capaciteit beschikbaar is in het eerstelijnsverblijf is dan ook één van de maatregelen die onze ambtsvoorganger en de minister voor MZS hoog op de prioriteitenlijst hebben staan om ervoor te zorgen dat patiënten de benodigde zorg en ondersteuning ontvangen, en daarvoor niet in het ziekenhuis hoeven te worden opgenomen. Daarom is het budget voor de ELV structureel verhoogd met € 55 mln per jaar en is Zorgverzekeraars Nederland gevraagd regionale coördinatiepunten op te zetten voor alle vervolgzorg, zodat de huisarts of transferverpleegkundige via 1 telefoonnummer de juiste en beschikbare opvang voor de oudere kan (laten) organiseren. Dit netwerk van regionale coördinatiepunten zal per 1 april dit jaar landelijk dekkend zijn voor in eerste instantie het eerstelijnsverblijf. Naast eerstelijnsverblijf zijn er ook andere vormen van tijdelijke opvang, zoals respijtzorg, Wmo-spoedzorg en de Wlz-logeervoorziening. Het blijkt dat de Wmo-vormen van kortdurende opvang nog weinig bekend zijn in de praktijk. Dit punt wordt ook meegenomen in het programma Langer Thuis dat binnen het Pact voor de ouderenzorg ontwikkeld wordt. Voor de wijkverpleging tot slot heeft het kabinet in 2018 ruim € 3,7 miljard beschikbaar gesteld; dat is € 250 miljoen meer dan in 2017 en ruim € 600 miljoen meer dan in de 2015 (overigens is het budget voor wijkverpleging in de afgelopen jaren nooit volledig benut).

Om ervoor te zorgen dat mensen in goede omstandigheden zo lang mogelijk in hun eigen omgeving kunnen blijven wonen gaan we de woon- en leefomgeving van ouderen optimaliseren, de mantelzorger helpen en de zorg en ondersteuning verbeteren. Dit is onderdeel van het programma 'Langer Thuis' dat de minister van VWS u in het 2^e kwartaal 2018 zal toesturen.

Daarnaast worden er in het land verschillende mooie projecten opgezet waarbij bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige op de SEH meeloopt om te bevorderen dat een (oudere) patiënt na een SEH-bezoek zo snel mogelijk en op een veilige manier weer naar huis kan, of waarbij een wijkverpleegkundige, huisartsenpost en ambulancedienst gezamenlijk de triage doen bij hulpvragen om te beoordelen door welke zorgaanbieder een patiënt het beste kan worden geholpen. Wij hechten veel belang aan het verspreiden van dergelijke goede voorbeelden. Daarom heeft de minister voor MZS eind januari de conferentie Acuu Beter georganiseerd. Dit was een informatieve en succesvolle dag. Meer dan 350 professionals uit de zorg hebben die dag met elkaar gesproken over projecten (waaronder de twee die net zijn genoemd) waarmee kan worden bevorderd dat patiënten de juiste zorg op de juiste plek ontvangen.

³ Brieven van 5 oktober 2016 (TK 2016-2017, 29247, nr. 225); 22 december 2016 (TK 2016-2017, 34550 XVI nr.94); 20 juni 2017 (TK 2016-2017, 29247 nr. 234); en 27 november 2017 (TK 2017-2018, 29247 nr.249). In deze brieven is ook aangegeven dat het niet primair gaat om knelpunten in de regelgeving of financiering, maar om de organisatie en coördinatie van zorg.

8

Bent u bereid om deze vragen te beantwoorden voor het algemeen overleg Ouderenmishandeling/Ouderenzorg/Verpleeghuiszorg van 15 februari 2018?

8

Ja.

- 1) Telegraaf, 'Onnodig in ziekenhuis', 7 februari 2018, Leeuwarder Courant, 'Veel 65-plussers liggen onnodig in ziekenhuis', 6 februari 2018.
- 2) Fluent Healthcare, 'Onderzoek naar duurzame inrichting spoedzorgketen voor ouderen', 18 januari 2018.