

Vergaderjaar 2016–2017

29 247

Acute zorg

Nr. 226

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 22 december 2016

Mensen willen langer thuis blijven wonen. Die trend is al langer, sinds 1980, zichtbaar. Op deze ontwikkelingen is de afgelopen jaren door alle betrokken partijen in gespeeld. De zorg wordt dichtbij de mensen thuis georganiseerd; met een integrale blik wat mensen nodig hebben en over de schotten heen. Dit vraagt op alle fronten veranderingen in de organisatie van zorg. Niet alleen in de eerste lijn en in de langdurige zorg, maar in de gehele keten van de acute zorg; van ambulancediensten, huisartsen en huisartsenposten, ziekenhuizen, crisisdiensten, wijkverpleging, eerstelijns verblijven en verpleeghuizen, tot aan de Spoedeisende Hulp (SEH) als middelpunt. Waar men elkaar voorheen blindelings kon vinden in de keten, dienen er hernieuwde toekomstbestendige samenwerkingsverbanden te worden gesloten. In nieuwe structuren moet men elkaar opnieuw weten te vinden. Dit vergt veel inspanning en coördinatie van iedereen in de keten. Daarnaast zijn er vraagstukken van alle tijden. Zo zijn er RS- en Noro-virussen, verbouwingen en andere incidentele situaties waar de organisatie van de zorg op moet anticiperen en inspelen. Het is zodoende goed dat de Tweede Kamer, samen met ons, de ontwikkelingen en de mogelijk ontstane knelpunten in de acute zorg nauwgezet monitort.

Ongetwijfeld in die context heeft uw Kamer op 15 november jongstleden de motie-Bruins Slot en Volp¹ aangenomen (Handelingen II 2016/17, nr. 22, item 4). Hierin heeft uw Kamer de regering gevraagd om:

- De Kamer uiterlijk 22 december 2016, in elk geval kwalitatief en zo mogelijk bij voorkeur kwantitatief, te informeren over
 - waar witte vlekken zijn in de eerstelijns opvang in spoedsituaties voor kwetsbare ouderen en
 - een tussenstand te geven hoe ver regio's gevorderd zijn met het opstellen van een noodplan acute zorg voor kwetsbare ouderen;
- vervolgens zorg te dragen dat in overleg met het veld per regio een noodplan acute zorg voor kwetsbare ouderen wordt gemaakt waarbij

¹ Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 94.

het uitgangspunt is dat er voor ouderen zo snel mogelijk gepaste zorg beschikbaar is en de Kamer zo snel als mogelijk na het Kerstreces te informeren op welke wijze dit per regio wordt vorm gegeven.

Naar aanleiding van de motie-Bruins Slot en Volp heb ik de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd om kwalitatief, en zo mogelijk kwantitatief, te onderzoeken of zorgverzekeraars aan hun zorgplicht voldoen ten aanzien van de opvang in spoedsituaties van kwetsbare ouderen. Ik heb ook aan de NZa gevraagd een oordeel te geven over hun bevindingen. De NZa heeft mij op 19 december de quickscan «Acute zorg voor kwetsbare ouderen» toegestuurd (zie bijlage)².

Daarnaast heb ik de elf Regionale Overleggen Acute Zorg (ROAZen) gevraagd om aan te geven wat de stand van zaken is, wat betreft de aanpak van de drukte in de acute zorg in hun regio. Alle elf ROAZen hebben mij inmiddels per brief geïnformeerd over de problematiek in hun regio en de aanpak daarvan door de partijen in de regio. Ook heb ik een brief ontvangen van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) en van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Al deze brieven zijn in de bijlagen toegevoegd³.

Ik wil graag mijn dank uitspreken aan al deze organisaties, die alle op korte termijn de gevraagde informatie hebben opgeleverd. Hierdoor is voor mij het beeld ontstaan dat de ROAZen en alle betrokken partijen het beeld dat ik heb geschetst in mijn brief «Aanpak acute zorg»⁴ herkennen, maar dat de problematiek per regio verschilt in aard en omvang.

In deze brief informeer ik u, mede namens de Staatssecretaris van VWS, over de bevindingen van de bovengenoemde organisaties en geef ik aan op welke wijze ik de komende tijd extra aandacht zal blijven houden voor de toegenomen drukte in de acute zorgketen.

1. Bevindingen van de NZa

De NZa geeft in zijn quickscan «Acute zorg voor kwetsbare ouderen» aan dat het allereerst de verantwoordelijkheid is van de zorgaanbieders om ervoor te zorgen dat er sprake is van een goede doorgeleiding van een patiënt. Zij moeten daarbij samenwerken met andere zorgaanbieders in de keten, om de kwaliteit van de zorgverlening te garanderen.

Uit de quickscan blijkt dat zorgaanbieders de knelpunten die bekend zijn bij de NZa adequaat opgelost hebben. Waar nodig hebben zorgverzekeraars daar (financieel) aan bijgedragen. De NZa heeft op dit moment geen signalen dat er voor 2016 en 2017 onvoldoende zorg is ingekocht. Hierdoor is er op dit moment geen noodzaak tot ingrijpen door de NZa op de naleving van de zorgplicht.

Over kwetsbare ouderen die nu ten onrechte op de SEH belanden, terwijl ze beter in de eerste lijn behandeld hadden kunnen worden, kan de vraag gesteld worden of de zorg die ze op de SEH krijgen dan wel gepast is. Dit is een zorginhoudelijke vraag, die de NZa niet heeft kunnen beantwoorden met deze quickscan.

Zorgaanbieders moeten zorgen voor een goede coördinatie om patiënten door te verwijzen naar de juiste plek voor de zorg die zij nodig hebben. In de praktijk komt dit niet altijd voldoende van de grond. Er is behoefte aan

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

⁴ Kamerstuk 29 247, nr. 225.

een partij die de regie neemt. De NZa ziet hier ruimte voor verbetering. Vanuit zijn zorgplicht zou het voor de hand liggen dat de zorgverzekeraar zorgaanbieders er op aanspreekt als er onvoldoende samenwerking en coördinatie tussen hen is. Dit kan hij doen door de regie te nemen in de regio en te sturen op goede coördinatie van de doorgeleiding van patiënten. In de praktijk bestaan nu al goede voorbeelden van enkele zorgverzekeraars waaruit blijkt dat zorgverzekeraars hiertoe goed in staat zijn.

Naar aanleiding hiervan heeft de NZa de volgende aandachtspunten benoemt:

- De zorgaanbieders kunnen al dan niet samen met de zorgverzekeraars tot regionale afspraken komen. Het is van belang dat daar waar nodig, de samenwerking en coördinatie rondom de doorgeleiding van de patiënt in de zorgketen wordt verbeterd. Dit is allereerst de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders. Als er onvoldoende samenwerking en coördinatie tussen zorgaanbieders tot stand komt kan dit tot gevolg hebben dat burgers niet de zorg krijgen die zij nodig hebben. Gelet op de zorgplicht zou het voor de hand liggen dat de zorgverzekeraar de regie pakt.
Het zou goed zijn als zorgverzekeraars risicoanalyses uitvoeren naar toekomstige patiëntenstromen en de effecten daarvan op de zorgketen. Deze analyses geven de zorgverzekeraars inzicht in de knelpunten om mogelijke problemen op te lossen waarvoor zij op grond van hun zorgplicht verantwoordelijk zijn. Zo kan bijvoorbeeld worden gerealiseerd dat altijd voldoende eerstelijns verblijf beschikbaar is.
- De NZa adviseert partijen in de keten om, daar waar zij twijfels hebben over de mogelijkheden voor samenwerking, de ACM om «guidance» te vragen.

2. Bevindingen van de Regionale Overleggen Acute Zorg (ROAZen) en het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ)

Alhoewel het een uitdaging is om van elf brieven van ROAZen en een brief van het LNAZ kort de inhoud en geest weer te geven, zonder daarbij iemand te kort te doen, heb ik hieronder toch een poging gedaan; voor meer informatie verwijs ik u graag naar de originele brieven (zie bijlagen)⁵.

In mijn brief «Aanpak acute zorg» heb ik een beeld geschetst van de drukte in de acute zorgketen, en aangegeven dat de problematiek per regio verschilt in aard en omvang. Dit wordt door de ROAZ-regio's onderschreven. Verschillende ROAZen geven verder aan dat zij zorgen hebben over de nabije toekomst in verband met de toenemende vergrijzing. De ROAZen benadrukken dat zij als uitgangspunt hanteren dat voor alle patiënten acute zorg zo snel mogelijk op de juiste plaats beschikbaar dient te zijn; voor kwetsbare ouderen en voor andere patiënten. Hun acties die zijn gericht op de acute zorg voor kwetsbare ouderen maken dan ook onderdeel uit van een bredere (regionale) aanpak.

De ROAZen inventariseren de problemen in de regio en bespreken het thema «drukte in de acute zorgketen» in de regio in bijvoorbeeld regionale bijeenkomsten. Ook richten zij verschillende werk- of focusgroepen op, gericht op de oplossing van specifieke problematiek zoals de zorg voor ouderen of patiënten met cardiologische problemen (ook veelal ouderen), met als doel bijvoorbeeld het verbeteren van de zorg en/of een betere communicatie in de keten.

⁵ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

De ROAZen hebben inmiddels ook verschillende initiatieven ontplooid om de keten van de transmurale zorg te versterken. Ook worden er transmurale afspraken gemaakt met de eerste lijn en de VVT-sector (VVT = verpleging, verzorging en thuiszorg). Er vinden structurele ketenoverleggen plaats, of zullen de komende tijd overleggen starten, die erop zijn gericht om bij veranderende regelgeving, verschuiving van verantwoordelijkheden en groei van het aantal ouderen, de samenwerking te versterken om zo de zorg voor ouderen zo goed mogelijk te regelen en te borgen. TraumaNet AMC en Netwerk Acute Zorg Noordwest zijn bijvoorbeeld samen een «regionale expertgroep acute zorg aan kwetsbare ouderen» aan het opzetten (zie bijlage «Voorbeelden uit de regio's»)⁶.

De ROAZen geven verder aan dat in veel regio's sprake is van (dreigende) arbeidsmarkttekorten. Zij geven aan dat personeel en infrastructuur de afgelopen jaren onvoldoende zijn meegegroeid met / aangepast op de veranderende (ouder wordende) populatie, waardoor er nu zowel een gebrek aan voldoende, als aan voldoende gekwalificeerd personeel dreigt of bestaat. Het gaat met name om een (dreigend) tekort aan gespecialiseerde verpleegkundigen, maar ook bijvoorbeeld specialisten ouderengeneeskunde, praktijkondersteuners ouderenzorg en/of triagisten op huisartsenposten worden genoemd. Verschillende van de ROAZen geven aan dat zij hieraan aandacht besteden en regionale opleidingsplannen opstellen.

Verschillende ROAZen noemen daarnaast een gebrek aan (real-time) inzicht in de beschikbaarheid en de capaciteit van de verschillende soorten bedden die dienen als nazorg vanuit de SEH of het ziekenhuis, of als acute opvang vanuit de eerste lijn. Dit is met name een probleem in de avond, nacht en het weekend (ANW-uren). Er zijn echter ook ROAZen die aangeven dat er in hun regio goede initiatieven worden ontplooid om hier inzicht in te krijgen. Een voorbeeld hiervan is Zorgnazorg (zie bijlage «Voorbeelden uit de regio's»).

Ook de bereikbaarheid in de ANW-uren van organisaties die vervolgzorg leveren wordt in sommige regio's als een probleem genoemd. Netwerk Acute Zorg regio Zwolle geeft aan dat er beleidsplannen zijn ontwikkeld voor de acute opvang (24/7) van kwetsbare ouderen en dat er samenwerkingsafspraken bestaan met thuiszorgorganisaties over de 24/7 beschikbaarheid en bereikbaarheid. TraumaNet AMC gaat in zijn brief overigens in op het signaal dat ook de Vaste Commissie voor VWS van de Kamer van de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) bureau Noordwest Nederland, namens de Huisartsenkring Amsterdam/Almere, heeft ontvangen (brief van 14 december jongstleden); ik verwijs u graag naar deze brief (zie bijlagen)⁷. Ik word op de hoogte gehouden van de situatie in de regio Amsterdam en ben uiteraard bereid om, indien gewenst, aan te sluiten bij overleggen in de regio.

Tenslotte komt uit de ROAZ-brieven het signaal naar voren dat er onduidelijkheid is over de crisisregeling van de Wet langdurige zorg (Wlz) en de overlap met het Eerstelijns Verblijf. De Wlz-crisisregeling wordt door zorgaanbieders als administratief omslachtig ervaren en legt financieel risico bij het niet ontvangen van een indicatie volledig bij zorgaanbieders. Ook wijzen enkele ROAZen op capaciteitsproblemen in de Wlz, wat de doorstroom in de acute zorgketen belemmert. In deze samenvatting van de ROAZ-bevindingen heb ik incidenteel verwezen naar verschillende goede voorbeelden van projecten en initiatieven die in de regio's zijn opgezet. Ik heb een selectie van deze

⁶ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

⁷ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

goede voorbeelden opgenomen in de bijlage «Voorbeelden uit de regio's» bij deze brief, en hoop dat de regio's hier hun voordeel mee zullen doen.

3. Bevindingen van Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Naar aanleiding van het gesprek dat verzekeraars op 14 december 2016 met mij hadden over de problematiek van de acute zorg en de toestroom van ouderen heeft ZN bij de zorgverzekeraars een inventarisatie uitgevoerd. ZN geeft aan dat het eerstelijns verblijf door verzekeraars landelijk dekkend is ingekocht waarbij alle bestaande aanbieders in 2016 een contract is aangeboden, en nagenoeg overal ook is gesloten. Daarnaast zijn ook nieuwe aanbieders gecontracteerd. Het beschikbare kader is daarbij als leidraad gehanteerd, maar er zijn ook afspraken gemaakt over hoe met de nu nog niet te bepalen vraagontwikkeling gedurende het jaar wordt omgegaan.

Tevens is er door ZN een scala aan voorbeelden geïnventariseerd van initiatieven waarin zorgverzekeraars samen met zorgaanbieders, toegesneden op de lokale situatie, afspraken maken; ik heb deze opgenomen in de selectie van goede voorbeelden (zie bijlage «Voorbeelden uit de regio's»).

4. Conclusie

Zoals ik reeds schreef in mijn brief «Aanpak acute zorg» is er niet één oorzaak aan te wijzen voor de toegenomen drukte in de acute zorgketen; hiervoor zijn volgens de partijen in het veld verschillende factoren van belang. Die factoren hebben te maken met de instroom van patiënten, de organisatie van de zorg binnen de zorginstellingen, en de uitstroom van patiënten. Een aantal van de geconstateerde problemen heeft te maken met de acute zorg voor kwetsbare ouderen. Er is met name sprake van een ketenprobleem: dit blijkt ook uit de quickscan van de NZa, waarin wordt gesproken over regionale «coördinatieproblemen».

Uit de gesprekken die de NZa met zorgverzekeraars en brancheorganisaties van zorgaanbieders heeft gevoerd, concluderen zij dat er voor 2016 en 2017 geen signalen zijn dat er onvoldoende zorg is ingekocht, waardoor er op dit moment geen noodzaak is tot ingrijpen door de NZa op de naleving van de zorgplicht. De grootste uitdagingen en verbetermogelijkheden zitten ook hier in de regionale coördinatie, waarvoor onder meer structureel overleg tussen zorgaanbieders uit de eerste en tweede lijn en de VVT-sector noodzakelijk is. De ROAZen kunnen dit overleg faciliteren. Daarbij gaat het zowel om het organiseren van de coördinatie rondom het voorkomen en reguleren van de *instroom* van bijvoorbeeld ouderen die niet met medische, maar met een meer sociale indicatie op een SEH komen, maar in de eerste lijn beter geholpen zouden zijn. Het gaat ook om het bevorderen van een soepele *uitstroom* van oudere patiënten met een duidelijke medische indicatie uit de acute zorg naar huis met wijkverpleging, naar het eerstelijns verblijf, de geriatrische revalidatiezorg of naar intramurale Wlz-zorg.

Ik concludeer op basis van de brieven van de ROAZen dat deze problemen met name voor de nabije toekomst worden herkend en dat hier in de regio's hard en serieus aan wordt gewerkt. Ik wijs u op de aansprekende voorbeelden van projecten die een goede bijdrage kunnen leveren aan het verbeteren van de ketensamenwerking (zie ook bijlage «Voorbeelden uit de regio's»). Ik roep de ROAZen, en ook zeker hun leden, op om de komende tijd hard te blijven werken aan de oplossingen van knelpunten. Acute zorg en ook eerstelijns verblijf moeten immers voor iedereen tijdig beschikbaar zijn.

5. Aanpak

In mijn brief «Aanpak acute zorg» heb ik aangegeven dat, gelet op de regionale verschillen, per regio moet worden bepaald waar de (grootste) knelpunten in de acute zorg zich voordoen en welke acties door wie in gang moeten worden gezet. Dit maatwerk is van groot belang. Aandacht voor de specifieke doelgroep van kwetsbare ouderen in acute situaties kan daar een onderdeel van zijn.

Ik heb in de genoemde brief benadrukt dat het voor de hand ligt dat de ROAZen een belangrijke rol spelen bij de aanpak van de drukte in de acute zorg in de regio's. Het ROAZ is namelijk het gremium waarin de aanbieders van acute zorg wettelijk verplicht zijn om afspraken te maken over de borging van de spreiding en bereikbaarheid van acute zorg. In mijn brief «Aanpak acute zorg» heb ik tevens aangegeven dat ik de partijen in het veld op verschillende manieren zou ondersteunen bij de aanpak van de problematiek in hun regio, namelijk door middel van:

- Ondersteuning van de ROAZen door het VWS-Praktijkteam «Zorg op de juiste plek» en het delen van goede voorbeelden uit de praktijk;⁸
- Arbeidsmarktbeleid;
- Meer budget voor extra ambulances en vaker actualiseren van het referentiekader ambulancezorg;
- Versterking van het eerstelijns verblijf;
- Uitbrengen van een marktscan acute zorg door de NZa.

Het Praktijkteam heeft inmiddels contact gehad met TraumaNet AMC en Netwerk Acute Zorg Noordwest, met ROAZ Zuidwest-Nederland en met de Zuyderland-ziekenhuizen.⁹ Begin volgend jaar zal het Praktijkteam in overleg treden met Traumazorgnetwerk Midden-Nederland en ROAZ West-Nederland over de stand van zaken in deze regio's. Ik herhaal hierbij graag mijn uitnodiging aan ook de andere ROAZ-regio's om contact op te nemen met het Praktijkteam voor ondersteuning bij het proces in de regio. Enkele ROAZen geven in hun brieven ook aan tegen specifieke knelpunten in de wet- of regelgeving aan te lopen; met name ook voor dit type problemen kunnen ROAZen (en andere partijen in het veld) contact met het Praktijkteam opnemen.

Ik blijf het belangrijk vinden om goede voorbeelden te delen; uit dergelijke voorbeelden blijkt namelijk keer op keer dat partijen in het veld veel van elkaar kunnen leren. Uit de reacties van de ROAZen en van ZN blijkt dat er ontzettend veel goede regionale initiatieven worden ontplooid. Het Praktijkteam zal deze overzichtelijk in kaart brengen en verspreiden via zijn eigen website en de brancheverenigingen.

In het kader van gesprekken die ik met de brancheorganisaties heb gevoerd heeft de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) aangegeven dat zij naar aanleiding van de dreigende tekorten aan gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteuners (waaronder SEH-verpleegkundigen) een plan van aanpak heeft opgesteld. De NVZ en NFU (Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra) sporen hun leden actief aan om in regionaal overleg een arbeidsmarkt-agenda af te spreken, met daarin concrete afspraken om de instroom in de opleidingen te vergroten. Daarbij hebben de brancheorganisaties op mijn verzoek hun leden ook gevraagd de Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV's) te betrekken vanwege de doorstroom van SEH-verpleegkundigen

⁸ Zie www.denieuwepraktijk.nl/praktijkteam.

⁹ Zie mijn antwoord op de vragen van de leden Volp en Fokke over afgelaste operaties in de Zuyderland-ziekenhuizen in Geleen en Heerlen de datum 13 december 2016, Aangangsels Handelingen II 2016/17, nr. 755.

naar de opleiding tot ambulanceverpleegkundige. Met het College Zorgopleidingen maken NVZ en NFU een monitor met een landelijk overzicht van alle opleidingsinspanningen, waaruit zal blijken in hoeverre de geraamde extra opleidingsinspanningen ook in de praktijk en in de regio's daadwerkelijk worden gerealiseerd. De NVZ en NFU zullen de regio's bij een onvoldoende opleidingsinspanning blijven wijzen op hun verantwoordelijkheid.

Uit de brieven die ik heb ontvangen en de quickscan van de NZa, maar ook uit de gesprekken die ik zelf de afgelopen periode met partijen in het veld heb gevoerd, blijkt dat er nog wel een aantal specifieke onderwerpen is dat aanvullende aandacht behoeft en waar ik de komende tijd de volgende acties op zal ondernemen. Ik verwacht daarbij ook inzet van zorgaanbieders, zorgverzekeraars, de ROAZen en de NZa:

a. Zorgaanbieders aan zet in de coördinatie

Conform het advies van de NZa vind ik ten eerste dat zorgaanbieders uit de eerste en tweede lijn en de VVT-sector maximaal de verbetermogelijkheden in de regionale coördinatie moeten oppakken. De ROAZen kunnen dit overleg desgewenst faciliteren. Zorgaanbieders moeten tijdig ook signalen doorgeven aan de zorgverzekeraars en tijdig in overleg treden met verzekeraars als zich problemen voordoen of dreigen voor te doen. In dat opzicht is het voor iedereen in de keten van belang dat eventuele knelpunten niet eerst via de media (ten koste van patiënten) kenbaar worden gemaakt, maar eerder actie wordt ondernomen.

b. Proactievere houding van zorgverzekeraars

Ik heb op 14 december met de zorgverzekeraars gesproken over de drukte in de acute zorgketen. Daar heb ik, naast het belang van goede organisatie door zorgaanbieders, ook het belang benadrukt van een proactieve houding van zorgverzekeraars bij het tot stand brengen van een goede coördinatie, zowel aan de voorkant bij de initiële (acute) zorgvraag als aan de achterkant bij de doorstroming in de acute zorgketen. Alle zorgvormen in de acute zorgketen (huisarts, HAP, SEH-ziekenhuis, eerstelijns verblijf, wijkverpleging en geriatrische revalidatiezorg) vallen vanaf 2017 onder de basisverzekering van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Ik verwacht dan ook van zorgverzekeraars dat zij actief hun rol pakken en deze vormgeven in een integrale (inkoop)visie en in het aanspreken van zorgaanbieders op hun verantwoordelijkheid. Alleen op deze manier kun je als zorgverzekeraar klaar zijn voor de toekomst. Zorgverzekeraars hebben aangegeven open te staan voor overleg en bereid te zijn om bij te dragen aan het oplossen van de knelpunten. Zij zijn daarbij afhankelijk van de signalen van zorgaanbieders zelf. Dit vraagt alertheid van de kant van de zorgverzekeraars om signalen die er zijn adequaat op te volgen, maar zoals ik hierboven reeds heb aangegeven vraagt het ook van de aanbieders om tijdig in overleg te treden met verzekeraars als zich problemen voordoen of dreigen voor te doen. In dat opzicht is het voor iedereen in de keten van belang dat eventuele knelpunten direct als ze worden gesignaleerd worden besproken en opgelost. In januari heb ik een vervolgoverleg met de verzekeraars, waarbij ik met hen de stand van zaken zal doornemen.

c. Aanvullend zorgplichtonderzoek NZa

Ik zal de NZa verzoeken om – in navolging van de quickscan acute zorg voor kwetsbare ouderen – in maart een update uit te brengen van alle in hun quickscan waargenomen knelpunten. Hierbij dienen zij specifiek te rapporteren over de naleving van de zorgplicht en over de wijze waarop de aanbeveling inzake de coördinatie-opgave is opgevolgd door zorgaan-

bieders en zorgverzekeraars. Ook zal ik de NZa verzoeken specifiek aandacht te besteden aan het borgen van opvang in de ANW-uren en 24/7 beschikbaarheid.

d. Ondersteuning ROAZen

Ik ga met de ROAZen in overleg over de rol die zij spelen bij de aanpak van de problematiek in hun regio. Indien zij hieraan behoefte hebben, ben ik bereid te bezien of ik hen hierbij extra kan ondersteunen.

e. Inzicht in de beschikbaarheid van bedden

Ik vind het een basisvoorwaarde dat alle zorgaanbieders in een regio inzicht hebben in de (real-time) beschikbaarheid van bedden (voor onder andere ouderen), zowel bij vervolgzorg na ontslag uit het ziekenhuis als direct vanuit de eerste lijn. Ik vind het dus van groot belang dat dit in iedere regio zo snel mogelijk beschikbaar is, ook in de ANW-uren. ZN heeft mij in dit kader laten weten dat de zorgverzekeraars de zorgaanbieders zullen stimuleren om inzicht te bieden in de beschikbaarheid van eerstelijns verblijf, zodat de zorg tijdig en goed kan worden overgedragen. Ik verzoek ook de ROAZen ervoor te waken dat dit inzicht regionaal door zorgaanbieders wordt georganiseerd en mij hier in mei (wanneer ik door het LNAZ voor de tweede maal op de hoogte word gebracht van de voortgang van de verschillende regionale overleggen en de acties in de regio's) specifiek over te informeren.

f. Eerstelijns verblijf

Met ingang van 1 januari 2017 zal het eerstelijns verblijf onder de Zvw komen te vallen. Voor deze nieuwe situatie is de infographic «Zorg- en verblijfsvormen voor kwetsbare ouderen» vernieuwd (zie bijlage)¹⁰. Deze infographic is beschikbaar op de website van het Praktijkteam¹¹ en zal actief onder de brancheverenigingen worden verspreid. Het is belangrijk dat men dit vervolgens op lokaal niveau vertaalt naar welke aanbieders er voor de verschillende typen zorg beschikbaar zijn in de eigen regio.

Door het onderbrengen van het eerstelijns verblijf in de Zvw vervalt de subsidieregeling eerstelijns verblijf vanuit de Wlz, en daarmee vervalt ook de schakel van het ClZ bij verwijzing naar het eerstelijns verblijf. Vanaf 1 januari 2017 krijgt de huisarts vanuit de thuissituatie en het ziekenhuis vanuit opname of SEH-bezoek een belangrijke rol in het verwijzen van patiënten naar het eerstelijns verblijf. Het geactualiseerde afwegingsinstrument helpt huisartsen en medisch specialisten bij de afweging voor opname in de vorm van kortdurend verblijf (zie bijlage)¹². Ik doe een beroep op verzekeraars om bij de inkoop van eerstelijns bedden de inkoop te standaardiseren om een veelheid van verschillende formulieren en eisen vanaf het eerste begin te voorkomen.

g. Langdurige zorg

De signalen van de ROAZen over de Wlz-crisisregeling en de overlap met het eerstelijns verblijf nemen de Staatssecretaris en ik serieus, omdat dit kan leiden tot het onnodig niet beschikbaar stellen van vrije bedden. Wij zullen dit signaal oppakken en hier met de partijen in het veld over spreken.

¹⁰ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

¹¹ www.denieuwepraktijk.nl/praktijkteam/zorgketen-in-kaart/.

¹² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

De zorgverzekeraars vragen aandacht voor een beddentekort in de Wlz dat zij op zeer lokaal niveau signaleren. De Staatssecretaris gaat in overleg met ZN over deze signalen.

6. Vervolg

In maart ontvangt u zoals ik heb aangegeven een update van de quickscan van de NZa, in mei ontvang ik van het LNAZ een volledig overzicht van de stand van zaken in de regio's en rond juli volgt de marktscan acute zorg van de NZa.

Er gebeurt veel in de regio's, maar het is niet realistisch te verwachten dat de problemen daarmee binnen een paar maanden structureel en in de breedte opgelost zijn. Veel van de ervaren knelpunten komen voort uit de wijzigingen in de zorg rondom ouderen. Veel partijen in het veld geven aan dat het systeem de tijd moet krijgen om een duidelijke vaste vorm te krijgen. De afgelopen twee jaar is hiervoor nog niet voldoende gebleken; nieuwe samenwerkingsverbanden in de veranderende zorg kosten inzet en tijd. Dit onderwerp blijft de komende tijd dan ook onverminderd mijn aandacht houden. Ik wil graag benadrukken dat de (partijen in de) regio's die behoefte hebben aan ondersteuning in welke vorm dan ook, hiervoor contact kunnen opnemen met het Praktijkteam. Ik ga ervan uit dat de partijen alle zeilen bijzetten om ervoor te zorgen dat de acute zorg en vervolgzorg voor iedereen ook de komende tijd tijdig beschikbaar is.

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