

Vergaderjaar 2016–2017

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 306

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 5 juli 2017

Op 31 mei jongstleden heb ik uw Kamer geïnformeerd over de recente ontwikkelingen in de medisch specialistische zorg (msz) naar aanleiding van de marktscan van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)¹. In de marktscan is reeds ingegaan op de wachttijden in de medisch specialistische zorg in 2016. De landelijk gemiddelde wachttijd voor diagnostiek lag binnen de Treeknorm. Voor behandeling lagen, behoudens enkele behandelingen, de wachttijden van de meeste specialismen ook binnen de Treeknormen². Maar voor een eerste polikliniekbezoek lag bij acht van de 24 specialismen de gemiddelde wachttijd hoger dan de Treeknorm³. Bij de marktscan heb ik u ook het «actieplan wachttijden in de zorg» van de NZa toegezonden. Onderdeel van dit actieplan was een verdiepend onderzoek naar de oorzaken van de wachttijden in ziekenhuizen. In het actieplan van de NZa is aangegeven om aan de hand van het verdiepend onderzoek aanvullende maatregelen en verbeteracties in te zetten.

Rapport «wachttijden medisch specialistische zorg»⁴

Aanleiding voor dit verdiepende onderzoek⁵ zijn de geconstateerde wachttijden en overschrijdingen van de Treeknormen bij bepaalde specialismen in de medisch specialistische zorg. Het verdiepend onderzoek laat een beeld zien met een veelvoud aan factoren die invloed hebben op de wachttijden in de medisch specialistische zorg. Ook laat het onderzoek zien dat niet elke overschrijding van de Treeknorm direct een

¹ Kamerstukken 25 424 en 29 248, nr. 353

² alleen de behandeling voor ruggenmergstimulatie, buikwandcorrectie en borstreconstructie kwam gemiddeld in 2016 net boven de Treeknorm van 7 weken uit.

³ Het gaat dan om de specialismen allergologie, oogheelkunde, maag, darm en leverziekten (MDL), reumatologie, revalidatiegeneeskunde, pijnbestrijding/anesthesiologie, neurologie en neurochirurgie.

⁴ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

⁵ Met dit onderzoek wordt ook inhoudelijk voldaan aan motie dd 6 november 2016 (Kamerstuk 29 689, nr. 793)

probleem voor de patiënt oplevert. In bepaalde gevallen komt het voor dat de overschrijding van de Treeknorm expliciet op aangeven van de patiënt plaatsvindt. Bijvoorbeeld als de patiënt er voor kiest de zorg uit te stellen tot een voor hem passend moment. Bovendien gelden de Treeknormen niet voor spoedzorg. Door de veelvoud aan factoren is er geen eenduidige verklaring te geven voor de toegenomen wachttijden sinds 2013 en is het ook niet zo dat met een enkelvoudige maatregel een oplossing mogelijk is.

Acties NZa

Doordat er geen eenduidige verklaring is te geven voor de toegenomen wachttijden stelt de NZa dat zorgaanbieders, patiënten, zorgverzekeraars en overheid gezamenlijk aan zet zijn om de wachttijden aan te pakken. Er worden acties ingezet richting alle verantwoordelijke partijen:

- verbetering van de informatiepositie van de burger;
- verbetering van de registratie van wachttijden;
- sluitende afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar;
- substitutie en verkeerde beddenproblematiek.

Ook vraagt de NZa aandacht voor de gesignaleerde regionale knelpunten op de arbeidsmarkt.

Voor elk van de vier punten wordt in hoofdstuk 3 van het rapport een aantal acties genoemd dat door partijen in gang moet worden gezet. De NZa stuurt op samenwerking en zal dit ook faciliteren. Daarnaast worden extra maatregelen genomen zoals het vastleggen van de verplichting dat patiënten bij overschrijding van de Treeknorm worden geïnformeerd over zorgbemiddeling, het geïntensiveerde toezicht op meldingen en de invoering van de aanleverplicht van wachttijden aan de NZa.

Reactie

Ik ben de NZa erkentelijk voor het aanvullend onderzoek en de beschreven acties. Hoewel toenemende wachttijden onwenselijk zijn, is het, zoals ook uit het onderzoek blijkt, van belang een aantal nuanceringen te plaatsen bij de cijfers over de wachttijden.

De landelijk gemiddelde wachttijd ligt voor het polikliniekbezoek met 3,5 weken onder de Treeknorm van 4 weken. Dit komt overeen met het beeld uit de marktscans in de afgelopen jaren. Daaruit blijkt dat de wachttijden in de medisch specialistische zorg in de afgelopen jaren fors lager zijn dan vóór de invoering van de Zorgverzekeringswet. In de periode 2005–2007 constateerde de NZa al een afname van de wachttijden⁶. Ook uit verschillende internationale vergelijkingen waaronder de OECD uit 2016⁷ en de Euro Health Consumer Index 2016⁸ blijkt dat Nederland op het terrein van toegankelijkheid erg goed scoort. Uit recent gepubliceerd onderzoek van de Commonwealth Fund⁹ komt naar voren dat Nederland het in vergelijking met de andere 11 deelnemende westerse landen in het onderzoek goed doet ten aanzien van de wachttijden in de medisch-specialistische zorg.

De NZa plaatst ook een aantal nuanceringen bij de toenemende wachttijden. Zo blijkt uit de data-analyse van de NZa dat voor patiënten bij de meeste specialismen een passend en tijdig alternatief in de regio

⁶ NZa, Monitor ziekenhuiszorg 2008, een analyse van de marktontwikkelingen in het B-segment in 2008.

⁷ Health at a Glance: Europe 2016 State of Health in the EU Cycle, November 23, 2016

⁸ http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCL_2016/EHCL_2016_report.pdf

⁹ http://www.iqhealthcare.nl/media/124472/20170607_def_rapportage_cmfw_survey_2016.pdf

beschikbaar is, maar dat in de praktijk patiënten nog lang niet altijd actief worden gewezen op alternatieven in de regio, of de mogelijkheid van zorgbemiddeling via de zorgverzekeraar. Ook wordt, zowel bij het maken van een afspraak op de polikliniek als een afspraak voor een behandeling, in de registratie geen rekening gehouden met wachtenden die daar zelf voor kiezen¹⁰. Bij de analyse van de data is tevens nauwelijks wachttijdgegevens van zelfstandige behandelcentra (ZBC's) gebruikt. Verder is een aantal keer naar voren gekomen dat kunstmatig hoge wachttijden soms worden ingezet om bepaalde zorg «af te stoten» als deze zorg buiten het profiel van het ziekenhuis valt.

Vooraf de constatering van de NZa dat de partijen met name naar elkaar wijzen voor de oplossing, in plaats van dat zij gezamenlijk een passende oplossing proberen te vinden, is een belangrijk punt van aandacht. Ik hecht dan ook zeer aan het initiatief en de acties die de NZa onderneemt om de wachttijden in de medisch-specialistische zorg samen met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere betrokken partijen aan te pakken. Ik heb de afgelopen periode ook ingezet op het verminderen van de wachttijden. De genoemde aanvullende maatregelen en verbeteracties sluiten goed aan op de vele lopende initiatieven die ik samen met partijen reeds heb ingezet.

De geïnformeerde burger

Het is van belang dat burgers weten waar zij recht op hebben en wat hun mogelijkheden zijn. Dat zij weten wanneer er sprake is van een te lange wachttijd en wat zij hieraan kunnen doen. En dat ze hierop actief gewezen worden. Ik roep, samen met de NZa, patiënten op zich bij de NZa te melden indien zij ondanks bemiddeling door de zorgverzekeraar geen tijdige zorg krijgen of hebben gekregen. In het kader van het geïntensiverde toezicht op meldingen, zal de NZa iedere individuele melding onderzoeken en zo nodig handhavend optreden.

Verbeterde registratie en publicatie van wachttijdgegevens

Een randvoorwaarde voor een goed geïnformeerd patiënt, zijn volledige en accurate gegevens over de actuele wachttijden bij een zorgaanbieder. Ik vind het voornemen van de NZa om een aanleverplicht in te voeren voor ziekenhuizen en ZBC's van wachttijdinformatie een goede en heel belangrijke stap naar een betrouwbaarder beeld van wachttijdinformatie.

Afspraken over wachttijden

In het Addendum 2018 bij het Hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017¹¹ is de aanpak van wachttijden als specifiek aandachtspunt opgenomen en zijn afspraken gemaakt over de aanpak van de wachttijden. Ik juich het toe dat, in aanvulling op die afspraken, de NZa zorgverzekeraars en -aanbieders verzoekt bij de contractering afspraken te maken over het terugdringen van en omgaan met wachttijden. De NZa zal in gesprekken met zorgverzekeraars en -aanbieders kijken in hoeverre hier invulling aan wordt gegeven. Daar waar dit onvoldoende gebeurt zal de NZa de mogelijkheden onderzoeken om te handhaven bij zowel de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar.

¹⁰ Verzekerden kiezen soms zelf om te blijven wachten op een bepaald ziekenhuis of arts ondanks de mogelijkheid om eerder zorg te ontvangen elders, of om bepaalde (vaak niet acute) behandelingen ver vooruit te plannen op een moment naar keuze.

¹¹ Kamerstuk 29 248, nr. 304

Bevorderen van substitutie

Substitutie van zorg ziet de NZa als een belangrijk instrument dat kan bijdragen aan het terugdringen of voorkomen van wachttijden. Ik ben dat met de NZa eens. Ook zorgverzekeraars en zorgaanbieders zien potentieel in substitutie in het licht van de juiste zorg op de juiste plaats. In het Addendum bij het bestuurlijk akkoord huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018¹² en het Addendum 2018 bij het onderhandelaarsakkoord medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017 zijn afspraken gemaakt over het bevorderen van substitutie. De NZa zal in 2018 monitoren of de gecontracteerde substitutieafspraken ook daadwerkelijk leiden tot verplaatsing van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn en dus tot het feitelijk leveren van minder zorg in de tweede lijn.

Aanpak van ketenproblematiek.

De NZa noemt de druk op de SEH en daardoor de verschuiving van planbare zorg naar acute zorg, als een van de oorzaken voor wachttijden. Ook wordt genoemd dat ouderen soms op een ziekenhuisbed liggen, terwijl dit niet de juiste plek is. Zoals reeds vermeld in de voortgang aanpak van de drukte in de acute zorg¹³, heb ik inmiddels in het kader van het Addendum 2018 bij het Hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg voor 2017 en 2018 € 55 miljoen extra vrijgemaakt voor het versterken van het eerstelijns verblijf, tot een totaal van € 305 miljoen. De middelen die zijn toegevoegd kunnen zowel worden ingezet voor uitbreiding van het aantal eerstelijns verblijf bedden, als voor initiatieven op het gebied van regionale coördinatie, organisatie en infrastructuur via max-max tarieven (bijv. ten behoeve van de loketfunctie).

Een regionaal loket voor vervolgzorg speelt een belangrijke rol in de oplossing van de toegenomen drukte in de acute zorg. Onlangs heb ik verzekeraars verzocht om ervoor zorg te dragen dat zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk in september, in alle regio's een loket voor vervolgzorg beschikbaar is.

Ook heb ik de NZa gevraagd een marktscan van de acute zorg uit te brengen. Deze verschijnt naar verwachting in september 2017. De marktscan zal – door een verdieping van het inzicht – mijns inziens een belangrijke bijdrage kunnen leveren en zal wellicht aangrijpingspunten voor verdere acties bieden.

Knelpunten op de arbeidsmarkt

In vergrijzende gebieden als Groningen, Friesland, Drenthe en aangrenzende regio's, lijkt volgens het NZa-onderzoek een mismatch te zijn tussen de vraag naar medisch specialisten en het aantal medisch specialisten dat zich daar wil vestigen. Hierdoor zijn in deze regio's de wachttijden bovengemiddeld hoger voor specialismen, waar vooral oudere patiënten relatief vaker gebruik van maken (reumatologie, revalidatie, urologie, geriatrie en oogheelkunde). In mijn reactie op het Capaciteitsplan 2016¹⁴ heb ik u geïnformeerd over de motie van de leden Wolbert en Rutte¹⁵ over het aantal opleidingsplaatsen in de Noord-Oost regio relateren aan het aantal inwoners en de zorgvraag. Zoals ook in mijn reactie op de motie aangegeven is het duidelijk dat voor het gesignaleerde probleem van regionale tekorten aan medisch specialisten geen eenvoudige oplossing

¹² Kamerstuk 33 578, nr. 43

¹³ Kamerstuk 29 247, nr. 234

¹⁴ Kamerstuk 29 282, nr. 274

¹⁵ Kamerstuk 33 578, nr. 39

voorhanden is. Het gesprek met de sector zal daarom worden voortgezet en de inzichten die daaruit voortkomen zullen worden betrokken bij de verdeling van opleidingsplaatsen in de komende jaren.

In het Addendum 2018 bij het Hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017 hebben partijen afgesproken om in 2017 een brede arbeidsmarktagenda op te stellen, waarin afspraken worden vastgelegd over concrete, brancheoverstijgende acties om arbeidsmarkt vraagstukken aan te pakken.

In mijn reactie op het Capaciteitsplan 2016 heb ik ook aangegeven dat voor de opleiding voor onder andere medisch specialisten, in overleg met het veld, voor 2018 meer plaatsen beschikbaar gesteld worden dan het maximum aantal plaatsen dat het Capaciteitsorgaan adviseert. Het opleiden van meer medisch specialisten is echter niet (alleen) de oplossing. De oplossing zit ook in een efficiëntere aanpak, zoals innovatie en het organiseren van de juiste zorg op de juiste plek. In het Addendum heb ik daarom met de partijen afgesproken dat de komende periode maatregelen worden genomen ter bevordering van «De juiste zorg op de juiste plek», waarbij patiëntenperspectief en innovatieve mogelijkheden worden betrokken.

Tot slot

Betrouwbare, volledige en accurate wachttijdinformatie is essentieel om de burger te ondersteunen in het vinden van tijdige zorg, voor de huisarts als verwijzer en de zorgverzekeraar als bemiddelaar. Het onderzoek van de NZa brengt de wachtlijstproblematiek en de nuanceringen die daarbij te plaatsen zijn goed in kaart. Een integrale aanpak, waar zorgaanbieders, patiënten, zorgverzekeraars en overheid gezamenlijk aan zet zijn, ondersteun ik ten zeerste en ik zal de ingezette acties ondersteunen en blijven volgen.

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