

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1274

Vragen van het lid **Van Haga** (Groep Van Haga) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht «ETZ verhoogt zorgdrempel, ziekenhuis is geen supermarkt.»* (ingezonden 22 december 2022).

Antwoord van Minister **Kuipers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 16 januari 2023).

Vraag 1

Heeft u kennisgenomen van het artikel «ETZ verhoogt zorgdrempel, ziekenhuis is geen supermarkt»?¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Wat vindt u van het voornemen van het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (ETZ) om de zorgdrempel te verhogen? Steunt u deze nieuwe beleidslijn? Zo ja, kunt u hiervoor uw overwegingen geven?

Antwoord 2

Mijn inschatting is dat het ETZ een drempel wil opwerpen voor het verlenen van niet medisch noodzakelijke zorg. Dat vind ik vanuit het perspectief van toegankelijkheid en betaalbaarheid een verstandig initiatief. Daarbij wil ik de indruk wegnemen dat met dit interview een nieuwe weg wordt ingeslagen. De verschillende veldpartijen waarmee ik in het kader van het Integraal Zorgakkoord (IZA) in gesprek ben zijn allen doordrongen van de noodzaak ervan.

Vraag 3

Kunt u reflecteren op het «probleem» van «zelfredzame en veeleisende» zorgvragers, waaraan door het ETZ gerefereerd wordt? Wat is, naar uw mening, de reden dat steeds meer mensen het heft in eigen handen nemen en zorg «eisen»?

¹ Skipr, 19 december 2022, «ETZ verhoogt zorgdrempel, «ziekenhuis is geen supermarkt»» (<https://www.skipr.nl/nieuws/etz-verhoogt-zorgdrempel-ziekenhuis-is-geen-supermarkt/>).

Antwoord 3

Er is niet één oorzaak aan te wijzen voor deze ontwikkeling. Recent is een signalement uitgebracht over «wensgeneeskunde».² Een nieuw fenomeen is het zeker niet. In 1964 werd er in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde reeds melding gemaakt van veeleisende patiënten.³

Vraag 4

Denkt u niet dat de stelselmatige bezuinigingen op de Nederlandse zorg en de uitholling van het zorgstelsel die daarmee gepaard is gegaan mede heeft geleid tot een populatie die in toenemende mate gefrustreerd is over dat zorgstelsel en over het feit dat zij vaak lang moeten wachten op zorg, moeten vechten voor een verwijzing, en/of niet de zorg krijgen die zij nodig hebben?

Antwoord 4

Nee dat denk ik niet. Er is immers geen sprake van stelselmatige bezuinigingen.

Vraag 5

Is het niet onrealistisch om van burgers te verwachten dat zij zelf een inschatting kunnen maken op basis van de symptomen die zij ervaren, aan de hand waarvan zij medische zorg verzoeken? Hoe moet een leek weten of diegene slechts «gewoon rugpijn» heeft die vanzelf over gaat, of een MRI-scan nodig heeft voor nader onderzoek?

Antwoord 5

Huisartsen of medisch specialisten kunnen patiënten, wanneer daar een indicatie voor bestaat, (door)verwijzen naar een ziekenhuis. Burgers hoeven dus geen eigen afweging te maken.

Vraag 6

Hoe verantwoord is het om patiënten zorg te ontzeggen, zonder dat duidelijk is of hun klachten ernstig zijn en/of nader onderzoek behoeven? Hoe groot is het risico dat hierdoor (ernstige) diagnoses worden misgelopen?

Antwoord 6

Het is aan de verwijzende huisarts of medisch specialist om die risico's te vermijden door de medische noodzaak tot verwijzing zo scherp mogelijk te bepalen.

Vraag 7

Hoe reflecteert u op de grote druk op de huisartsen, die daardoor vaak maar weinig tijd hebben om patiënten te zien en aan goede diagnostiek te kunnen doen, ten opzichte van de voorgenomen verhoging van de drempel voor onderzoek/behandeling in het ziekenhuis? Ontstaat hierdoor niet een nog grotere, noodgedwongen, prikkel bij huisartsen om patiënten dus maar niet door te verwijzen en daarmee mogelijk (te lang) te laten rondlopen met potentieel zorgwekkende symptomen?

Antwoord 7

Ik herken het vraagstuk van de grote werkdruk van huisartsen en ben daarover met hen in gesprek. Huisartsen hebben geen eigen belang bij niet, later of juist versneld doorverwijzen van hun patiënt.⁴

Vraag 8

Heeft u cijfers met betrekking tot de hoeveelheid medisch niet-noodzakelijke handelingen die nu in ziekenhuizen worden verricht? Hoe wordt bepaald of een handeling «niet-noodzakelijk» is/was?

² <https://www.ceg.nl/documenten/signalementen/2015/08/27/wensgeneeskunde>

³ <https://www.ntvg.nl/system/files/publications/1964118830001a.pdf>

⁴ https://kennisbank.patiëntenfederatie.nl/app/answers/detail/a_id/106/~/~belang-huisarts-bij-doorverwijzen-naar-specialist

Antwoord 8

Ik beschik niet over kwantitatieve gegevens. Zie mijn antwoord op vraag 11 voor mijn reactie op het onderscheid tussen noodzakelijk versus niet noodzakelijk.

Vraag 9

Aangezien preventie een belangrijke pijler is voor goede, efficiënte en zuinige gezondheidszorg, is het dan niet juist van belang om triage aan de voorkant van het zorgtraject zo gedegen mogelijk te maken, teneinde meer invasieve en kostbaarder medische handelingen in een later stadium te voorkomen, ook als dat betekent dat wellicht een percentage handelingen uiteindelijk onnodig zal blijken te zijn geweest?

Antwoord 9

Ik vind de term preventie hier ongelukkig gekozen. Maar als ik in plaats daarvan «het terugdringen van medisch niet noodzakelijke verwijzingen» mag lezen, onderschrijf ik het belang daarvan.

Vraag 10

Weet u in hoeverre zorgverzekeraars een rol spelen in het opwerpen van een hogere zorgdrempel, aangezien het resultaat daarvan ook zal zijn dat zij minder hoeven te vergoeden?

Antwoord 10

Zorgverzekeraars hebben zorgplicht jegens hun verzekerden. Om daaraan te voldoen zullen zij vanuit hun rol als zorginkopers in gesprek gaan met zorgaanbieders om de daarvoor noodzakelijke zorg te contracteren. Met het oog op de (toekomstige) toegankelijkheid van noodzakelijke zorg voor hun verzekerden hebben zij hier een rol in te spelen.

Vraag 11

Is er een afwegingskader waarbinnen zorgvragen in de toekomst worden geïnclassificeerd als «medisch niet-noodzakelijk» en wat zijn hiervoor de criteria? Wordt hiervoor bij alle zorgverleners een uniforme aanpak uitgerold en zo ja, op welke manier gaat dat gebeuren?

Antwoord 11

Ja, zo'n kader is er namelijk de richtlijnen van huisartsen⁵ en medisch specialisten⁶. Juist met het oog op de niet-noodzakelijke zorg zijn er daarnaast ook «beter-niet-doen» lijsten voor huisartsen⁷ en medisch specialisten⁸ gekomen.

Vraag 12

Spelen financiële overwegingen mee bij het honoreren van bepaalde zorgvragen en/of diagnostiek, in zowel negatieve, als positieve zin? Worden zorgvragen voor mogelijke aandoeningen waar zorgorganisaties/verleners/verzekeraars potentieel aan kunnen verdienen sneller gehonoreerd dan zorgvragen die geen geld opleveren? Zo ja, hoe verantwoordt u dat en op basis van welke criteria zal dit worden gedaan? Zo nee, kunt aantonen dat financiële belangen geen rol spelen?

Antwoord 12

Bij het bepalen van het behandelbeleid bij zorgvragen is de medische noodzaak en wat er medisch kan en (door de patiënt) gewenst is bepalend. Uiteraard spelen financiële overwegingen een rol als het gaat om de keuze uit medisch gelijkwaardige behandelmodaliteiten. Dan is in principe het goedkoopste alternatief preferent. Ik lees in het interview echter vooral het streven om door juiste keuzes de toegankelijkheid van noodzakelijke zorg te borgen.

⁵ <https://richtlijnen.nhg.org/>

⁶ <https://demedischspecialist.nl/themas/thema/richtlijnen>

⁷ <https://www.nhg.org/actueel/nieuws/huisartsen-publiceren-beter-niet-doen-lijst>

⁸ <https://www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/beter-niet-doenlijst-met-niet-effectieve-medische-handelingen-gepresenteerd/>