

Vergaderjaar 2018–2019

32 620

Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 214

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 13 november 2018

Met deze brief geef ik invulling aan uw verzoek uit de regeling van werkzaamheden van 6 november jongstleden om te reageren op de overschrijdingen van Treeknormen in de ziekenhuiszorg naar aanleiding van een artikel in het Algemeen Dagblad op 3 november 2018 (Handelingen II 2018/19, nr. 19, Regeling van Werkzaamheden). Volgens het artikel overschrijden de wachttijden op basis van een onderzoek van het tv-programma Kassa voor de polikliniek en een aantal behandelingen in de medisch specialistische zorg (msz) de Treeknorm. In deze brief geef ik mijn reactie op de recente berichtgeving in de media. Ik ga daarbij in op de wachttijd cijfers in de msz, de aanpak die is ingezet, de zorgplicht van zorgverzekeraars, acties voor specifieke problematiek en het vervolg op de kort termijn.

Ik vind het ongewenst als patiënten (te) lang moeten wachten op zorg die zij nodig hebben. Het is inderdaad zo dat er wachttijden zijn in de msz. Over de afgelopen jaren is een toename te zien in de wachttijden. Zoals de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)¹ heeft gerapporteerd is daar vergeleken met vorig jaar nog niet overal een verbetering te zien. Daarom is dit al langer prioriteit van mij en de NZa. De NZa heeft hiervoor een actieplan² opgesteld en rapporteert mij periodiek over de wachttijden (in meerdere sectoren). De acties uit het actieplan van de NZa betreffen onder andere:

- Het verbeteren van de wachttijdbemiddeling. Samen met het veld richt NZa zich op het genereren van bekendheid met wachtlijstbemiddeling, bieden van laagdrempelige informatie hierover en informeren en faciliteren van zorgverleners.
- De NZa legt transparantie verplichtingen op aan aanbieders met het doel inzicht in de wachttijden te verbeteren.
- Het voeren van gesprekken om relevante partijen tot oplossingen te laten komen. Het gaat dan om bijeenkomsten organiseren met onder

¹ Kamerstuk 32 620, nr. 207

² Kamerstuk 32 620, nr. 197

andere zorgverzekeraars, aanbieders, patiëntenorganisaties en overige spelers die bij kunnen dragen aan het terugdringen van wachttijden in de medisch-specialistische zorg.

De voortgang en resultaten van zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden ook door de NZa gemonitord.

Reactie op de gepubliceerde cijfers

Hoewel de cijfers uit de analyse van Kassa tot zorg leiden, geeft het onderzoek waarop de berichtgeving gebaseerd is niet een volledig beeld van wachttijden binnen de gehele ziekenhuiszorg. Niet alle ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (zbc) zijn bijvoorbeeld in de analyse van Kassa meegenomen. Ik heb contact opgenomen met de NZa en zij heeft mij geïnformeerd over de meest recente gegevens (oktober 2018) op basis van de wachttijden die de instellingen verplicht zijn te publiceren. Overigens heeft de NZa de regeling «wachttijden en wachttijdbemiddeling»³ recent aangescherpt zodat een uniformer en preciezer beeld gegeven kan worden.

Het algemene beeld over de wachttijden in de msz is dat er voor de polikliniek met name drie specialismen een (landelijk gemiddelde) wachttijd boven de Treeknorm hebben (allergologie, maag-, darm- en leverziekten en oogheelkunde). Voor diagnostiek ligt het landelijk gemiddelde onder de Treeknorm van vier weken. De wachttijden voor behandelingen blijven over het algemeen gemiddeld onder de Treeknorm van zeven weken, hoewel daar voor een paar behandelingen langere wachttijden zijn. NZa gaat ook af op signalen over lange wachttijden bij specifieke behandelingen. De afgelopen tijd heeft zij daar expliciete aandacht voor gehad. De NZa gaat hier het gesprek met betrokken partijen (bijvoorbeeld patiëntenorganisaties) aan en zoekt gezamenlijk naar haalbare oplossingen. Ook in de berichtgeving komt een aantal behandelingen naar voren waar patiënten lang moeten wachten. De NZa neemt dit mee in haar toezicht en zal waar nodig soortgelijke acties inzetten of faciliteren.

Overigens gaat het bij de wachttijden om electieve zorg, patiënten met een acute zorgvraag kunnen altijd terecht. Daarnaast wordt bij het inplannen van een afspraak ook rekening gehouden met de urgentie en eventueel een eerder moment gekozen – dit is een inschatting van de behandelaar van de patiënt.

Per specialisme is sprake van variatie: de wachttijd wisselt sterk per regio en per specialisme. Ondanks dat niet overal «het» landelijke gemiddelde gedaald is, zijn er goede ontwikkelingen te zien. Zo is bijvoorbeeld bij oogheelkunde, waar NZa gerichte acties heeft ondernomen om partijen bij elkaar te brengen, bekeken hoe de oogzorg het beste georganiseerd kan worden. Betrokken partijen maken taakherschikking naar optometristen mogelijk omdat bleek dat de oogarts overbelast was, maar de optometrist ruimte heeft. Volgens de NZa blijkt uit de meest recente cijfers van de NZa dat voor een eerste polikliniekbezoek aan een oogarts de wachttijd in oktober een daling laat zien ten opzichte van begin dit jaar. Ook binnen de MDL werken de partijen aan taakherschikking. Daarnaast speelt hier mee dat ook het bevolkingsonderzoek darmkanker een effect heeft op de wachttijden. De afgelopen jaren zijn meer artsen opgeleid die de komende jaren hun opleiding afronden en bijdragen aan de toename van capaciteit. Overigens is het laatste beeld bij de NZa dat de gemiddelde wachttijd voor een polikliniek in Twente/Achterhoek voor de MDL (volgens de analyse van Kassa was in deze regio geen tijdig polikliniekbezoek

³ Regeling wachttijden en wachttijdbemiddeling NR/REG – 1823a

mogelijk) onder de Treeknorm is en is een daling te zien in de landelijk gemiddelde wachttijd.

Het succes bij deze aanpak is dat partijen elkaar vinden. De NZa benadrukt dat samenwerking essentieel is en in principe «overal» toegepast kan worden. NZa ondersteunt en jaagt aan als dat nodig is. Er zijn meerdere goede voorbeelden zoals deze waardoor meer patiënten geholpen worden in de eerste lijn en meer patiënten ondergebracht worden bij een andere aanbieder (ander ziekenhuis of zbc). Zoals ook het initiatief van een zorggroep in Groningen en het Martini ziekenhuis die samen onnodige doorverwijzingen proberen te voorkomen met digitale consultatie⁴. Dit soort voorbeelden leidt ertoe dat patiënten vaker minder lang hoeven te wachten.

In de recente mediaberichten is aangegeven welk percentage van de specialismen de wachttijd bij instellingen overschreden. Hierbij kan een nuancering gemaakt worden. Zo werd bijvoorbeeld een ziekenhuis in Brabant aangehaald omdat op alle locaties de meerderheid van de poliklinieken de Treeknorm zouden overschrijden. Het is echter zo dat een overschrijding op één locatie van een ziekenhuis niet direct betekent dat er geen tijdig alternatief is (dat kan zelfs bij andere locaties van hetzelfde ziekenhuis zijn). Niet op alle locaties van het genoemde ziekenhuis wordt een volwaardige polikliniek gedraaid, maar zijn specialisten bijvoorbeeld een dagdeel per week aanwezig. Hierdoor kan op één van die locaties van het ziekenhuis sprake zijn van een te lange wachttijd, terwijl binnen het ziekenhuis vaak wel een eerder moment beschikbaar is. Dit komt in het onderzoek van Kassa niet naar voren.

Zorgplicht zorgverzekeraars

Als mensen langer moeten wachten voor een bezoek of behandeling, kan zowel een aanbieder als een verzekeraar een patiënt doorverwijzen naar een andere aanbieder waar wel voldoende capaciteit is. Ziekenhuizen of zbc's die een wachttijd hebben die langer is dan de Treeknorm, zijn verplicht om hun patiënten te wijzen op alternatieven, ook als dit bij een ander ziekenhuis of zbc is. Daarnaast kan een verzekerde contact opnemen met zijn zorgverzekeraar en vragen om zorgbemiddeling. De verzekeraar kan dan doorverwijzen naar ziekenhuizen of zbc's waar de wachttijd korter is waardoor patiënten vaker minder lang hoeven te wachten.

Zorgverzekeraars hebben de verantwoordelijkheid om voldoende zorg in te kopen en de zorg moet binnen de daarvoor gestelde Treeknormen worden geleverd. Mocht de NZa constateren dat er problemen zijn in de toegankelijkheid van zorg, die te wijten is aan de zorgverzekeraars, dan zal de NZa indien nodig handhaven. Zij kijkt vooral of zorgverzekeraars zich voldoende inspannen. Als dat niet het geval is, spreekt de NZa hen daar op aan. Dat kan gaan van het uitspreken van verwachtingen en zorgverzekeraars daar vragen over te rapporteren tot aan het opleggen van een aanwijzing.

De NZa heeft in 2018 onderzoek gedaan naar de inspanningen die zorgverzekeraars plegen om invulling te geven aan hun zorgplicht. Daarbij keek de NZa onder andere of zorgverzekeraars inzicht hebben in wachttijden, hoe zij handelen richting verzekerden (zorgbemiddeling), hoe zij handelen richting zorgaanbieders (maken van afspraken) en hun interne organisatie (urgentie). De NZa heeft op basis van dit onderzoek ook zicht op het presteren van de zorgverzekeraars die in de in de media genoemde

⁴ <https://www.zorgvisie.nl/tarief-voor-voorkomen-van-doorverwijzingen/>

regio's de zorg inkopen. Op basis van de uitkomsten neemt de NZa waar nodig maatregelen. De NZa publiceert naar verwachting in december de rapportage hierover.

Aanpak wachttijden

De NZa heeft eerder onderzoek gedaan naar de oorzaak van wachttijden⁵. Daaruit bleek dat deze divers, regionaal en afhankelijk van het specialisme zijn. Juist omdat de oorzaken zo divers zijn, is niet één oplossing hiervoor te vinden. Een totaal-aanpak waar zorgaanbieders, patiënten zorgverzekeraars en overheid gezamenlijk op inzetten, blijft hiervoor cruciaal. Op basis van de resultaten van de uitgezette acties heeft de NZa haar toezicht toegespitst op twee punten monitoring en analyse van de wachttijden en meer richting zorgverzekeraars. Zo heeft de NZa naar aanleiding van de succesvolle bijeenkomst(en) voor oogheelkunde haar aanpak verschoven naar het oproepen en faciliteren van dit soort samenwerkingsinitiatieven van de sector zelf.

Om wachttijden in de toekomst te kunnen (blijven) verminderen is nog meer gezamenlijke inspanning nodig van partijen die zich hier nu aan gecommitteerd hebben, hierbij zijn taakherschikking, e- health en nauwere samenwerking met ketenpartners nodig. Ook de beweging die ingezet is naar de juiste zorg op de juiste plek draagt hier aan bij. Door middel van bestuurlijke akkoorden hebben partijen in de msz zich aan deze beweging gecommitteerd. De afspraken die in deze akkoorden zijn gemaakt, worden uitgewerkt en gemonitord in bestuurlijk overleggen.

Ik verwacht dat partijen zich inspannen om de afspraken die ik hierover met hen heb gemaakt in het hoofdlijnenakkoord na te komen. Daar heb ik ook met partijen afgesproken dat zij zich tot het uiterste inspannen om zorg binnen de Treeknorm te (blijven) leveren.

Voor patiënten is voor de meeste specialismen die de Treeknorm overschrijden een passend en tijdig alternatief in de regio beschikbaar. Patiënten kunnen zich ook melden bij de NZa als hun zorgverzekeraar hen niet bemiddelt. Het aantal meldingen hierover bij het Meldpunt is volgens de NZa overigens laag.

Grip op de arbeidsmarkt

Ook de beschikbaarheid van voldoende personeel speelt een rol in het vraagstuk van de wachttijden. Het Ministerie van VWS financiert de opleiding van medisch specialisten, gespecialiseerd verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel, op basis van adviezen van het Capaciteitsorgaan voor het aantal opleidingsplaatsen. Om te zorgen voor voldoende instroom van nieuwe specialisten is de afgelopen vijf jaar bij het beschikbaar stellen van opleidingsplaatsen voor artsen het maximumadvies van het capaciteitsorgaan gehanteerd en soms zelfs meer dan dat maximum.

Landelijk gezien lijken er geen tekorten van medisch specialisten. Wel zijn er met enige regelmaat signalen over specifieke ziekenhuizen of regio's met tekorten aan bepaalde specialismen. Deze hangen ook vaak samen met specifieke omstandigheden. Om hier meer grip op te krijgen, heb ik een onderzoek toegezegd en uitgezet naar regionale tekorten van medisch specialisten. Hierover zal ik u zo snel mogelijk informeren.

⁵ Kamerstuk 29 248, nr. 306

Voor wat betreft gespecialiseerd verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel geldt dat het moeilijk is om aan personeel te komen. Hoewel de instroom in de opleidingen voor deze beroepen toeneemt, hebben ziekenhuizen, ondanks kostendekkende financiering, in de afgelopen jaren te weinig opgeleid. Daarom heb ik samen met partijen via het hoofdlijnakkoord MSZ afgesproken dat ziekenhuizen in 2021 wel opleiden volgens de ramingen van het capaciteitsorgaan.

Het vraagstuk van voldoende artsen en gespecialiseerd verpleegkundigen staat niet op zichzelf. In de gehele sector zorg en welzijn is het moeilijk om voldoende personeel te vinden. Daarom werk ik samen met de Minister en Staatssecretaris van VWS aan het actieprogramma «Werken in de zorg».

Verbeteren inzicht

Zoals gezegd heeft de NZa recent de regeling wachttijden en wachttijdbeoordeling msz aangepast. Met ingang van augustus 2018 zijn zorgaanbieders verplicht om volgens een vast format hun wachttijden op de website te publiceren. Hierdoor kan de NZa het inzicht in de wachttijden verder verbeteren. De NZa voert op dit moment een kwaliteitsslag uit op de data en bekijkt de mogelijkheden voor het structureel delen van wachttijdgegevens met het RIVM met de bedoeling om dit maandelijks beschikbaar te stellen.

Ook patiënten zijn gebaat bij een beter inzicht in wachttijden. Voor de patiënt is van belang dat hij weet waar hij het beste naar toe kan in zijn omgeving. Omdat de wachttijden sterk verschillen per ziekenhuis, regio en specialismen, is een regionale wachttijd voor een patiënt belangrijker dan een landelijk gemiddelde en zegt deze meer over de individuele wachttijd. Daarom wordt momenteel gekeken naar mogelijkheden om de wachttijden van de NZa op één plek per locatie/ziekenhuis publiek te delen zodat patiënten zelf ook de wachttijd in hun omgeving kunnen raadplegen.

Tot slot

De wachttijden voor polikliniekbezoeken en behandelingen zijn de afgelopen jaren toegenomen. Daarom heb ik al eerder samen met de NZa van de aanpak van wachttijden prioriteit gemaakt. Daar wordt hard aan gewerkt en er zijn ook goede ontwikkelingen te zien, helaas is dat nog niet overal in elke regio of bij elke behandeling voor de patiënt te zien en te merken. Daarom blijf ik voortdurend inzetten op de aanpak hiervan zoals met de maatregelen en acties die in deze brief genoemd zijn. De NZa past voortdurend haar toezicht aan recente ontwikkelingen aan.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins