

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

1874

Vragen van het lid **Hijink** (SP) aan de Minister voor Medische Zorg over *het bericht «Restcapaciteit reguliere zorg bleef lang onbenut»* (ingezonden 9 februari 2021).

Antwoord van Minister **Van Ark** (Medische Zorg) (ontvangen 2 maart 2021).

Vraag 1

Wat is uw reactie op het bericht «Restcapaciteit reguliere zorg bleef lang onbenut»?¹

Antwoord 1

Het artikel bevestigt voor mij de noodzaak om de lessen van de eerste coronagolf van maart 2020 verder te ontwikkelen en toe te passen binnen het Nederlandse zorgstelsel. Deze lessen zijn onder andere verwerkt in het tijdelijk beleidskader voor het waarborgen acute zorg in de covid-19 pandemie² dat ik op 23 oktober heb gedeeld met de Kamer. Met behulp van dit tijdelijk beleidskader beoog ik de toegankelijkheid van de acute en kritiek planbare zorg zo goed mogelijk te waarborgen, met in heel Nederland een zo gelijk en evenwichtig mogelijk niveau van toegankelijkheid van zorg voor de patiënten.

Vraag 2

Vindt u het ook schokkend dat de restcapaciteit voor reguliere zorg gedurende de eerste coronagolf vanwege strategische belangen gedeeltelijk onbenut is gebleven?

Antwoord 2

Er zijn mij geen feiten bekend over zorgcapaciteit die tijdens de eerste golf doelbewust onbenut is gebleven. Er zijn geen afspraken gemaakt tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars dat bepaalde zorg niet geleverd mocht worden en er zijn in dat kader ook geen beperkingen opgelegd in het verlenen van zorg aan individuele patiënten.

Dat er restcapaciteit voor reguliere zorg gedurende de eerste golf gedeeltelijk onbenut is gebleven komt voort uit verschillende redenen. Vanwege een zeer

¹ Skipr, 25 januari 2021, «Restcapaciteit reguliere zorg bleef lang onbenut» (<https://www.skipr.nl/nieuws/restcapaciteit-reguliere-zorg-bleef-lang-onbenut/>).

² Kamerstuk 29 247, nr. 317

plotselinge toename van patiënten op de verpleegafdelingen en de Intensive Care (IC) is in de eerste coronagolf besloten tot het nationaal afschalen van reguliere zorg om capaciteit te creëren voor de opvang of overname van patiënten. In deze acute setting waarin er per regio en zelfs per instelling verschillend was afgeschaald was het moeilijk om de restcapaciteit van de reguliere zorg in kaart te brengen.

Een andere reden dat er onvolledig gebruik is gemaakt van de beschikbare reguliere zorg is dat er minder verwijzingen hebben plaatsgevonden omdat veel mensen die niet naar de huisarts gingen dat niet durfden of de zorg niet verder wilden belasten. Daarnaast zijn er ook patiënten die niet de voorkeur hebben, met name bij complexe behandelingen of ingrepen, om verwezen te worden naar een andere zorginstelling en/of behandelend arts om eerder zorg te kunnen ontvangen.

Vraag 3

Begrijpt u de beslissing van covid-ziekenhuizen om patiënten niet door te verwijzen naar plekken waar nog wel plaats was, uit angst om deze patiënten kwijt te raken? Deelt u de mening dat deze beslissing van de ziekenhuizen veroorzaakt is door de rol van concurrentie in het zorgstelsel? Zo ja, ziet u hierin ook bewijs dat concurrentie niet thuishoort in de zorg?

Antwoord 3

Zoals in het voorgaande antwoord is toegelicht, zijn er geen feiten of signalen bekend over het (al dan niet doelbewust) onthouden van zorg aan mensen terwijl die wel beschikbaar was.

Bij het besluit om patiënten over te plaatsen spelen veel verschillende overwegingen, waaronder natuurlijk het belang van continuïteit in de behandeling en de eigen voorkeur van patiënten. Er zijn geen concrete signalen bekend dat financiële overwegingen een rol hebben gespeeld bij het besluit om patiënten al dan niet over te plaatsen of door te verwijzen.

Veldpartijen hebben aangegeven dat overwegingen rond concurrentie in sommige gevallen belemmerend hebben gewerkt bij de totstandkoming van samenwerkingsafspraken, maar er zijn ook juist in deze periode diverse nieuwe vormen van samenwerking opgezet. Zo was er een veel grotere behoefte aan samenwerking en regie, bijvoorbeeld op het gebied van coördinatie van IC-capaciteit, dan in een normale situatie en die ruimte is er ook binnen het huidige stelsel. Zorgverzekeraars hebben intensief samengewerkt om de zorg toegankelijk te kunnen houden. Ze hebben bijvoorbeeld snel samen regelingen kunnen en mogen optuigen om zorgaanbieders financieel comfort te geven. Hierin was marktwerking nadrukkelijk niet het leidende principe, maar continuïteit van zorg en hiermee zijn de randvoorwaarden geschapen waarbinnen zorgaanbieders zich maximaal konden richten op het belang van de patiënt.

Overigens zijn patiënten niet afhankelijk van een verwijzing om te wisselen van zorgaanbieder. Zij kunnen zelf contact opnemen met hun zorgverzekeraar voor zorgbemiddeling, of rechtstreeks met een andere zorgaanbieder. De NZa heeft het ontsluiten van informatie over het aanbod van reguliere zorg bevordert en ook zijn financiële afspraken gemaakt over het zo efficiënt mogelijk benutten van de beschikbare capaciteit.

Vraag 4

Heeft u enig inzicht in de omvang van de zorg die niet is doorgegaan terwijl er wel restcapaciteit beschikbaar was en wat de gevolgen zijn van deze uitgestelde zorg? Zo nee, bent u bereid dit te onderzoeken?

Antwoord 4

Gedurende de eerste coronagolf bleef de (semi-)acute en kritiek planbare zorg beschikbaar, en tevens werden manieren gevonden om zorg te vervangen zoals bijvoorbeeld het videoconsult om zorg op afstand te blijven leveren.

Wanneer

afspraken voor reguliere zorg werden uitgesteld had dit niet als gevolg dat mensen géén zorg zouden ontvangen.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft nader onderzoek gedaan naar de beschikbaarheid van zorg door de wachttijden landelijk en regionaal in kaart te brengen en te vergelijken met de treeknorm. Het aantal overschrijdingen van de treeknorm voor de polikliniek en diagnostiek lag in juni en juli van

2020 ongeveer op het niveau van begin 2020. Voor behandelingen in het ziekenhuis is er sprake van een lichte stijging van het aantal overschrijdingen van de treeknorm, waarbij er behoorlijke regionale verschillen zijn. Voor verschillende behandelingen in het ziekenhuis waren de wachttijden ook voor de corona-uitbraak al langer dan de Treeknormen.

Op basis van de gegevens van ZorgDomein kan geconcludeerd worden dat tijdens de eerste golf van de coronacrisis het aantal verwijzingen van huisartsen naar het ziekenhuis over de gehele breedte van de zorg was afgenomen. Vanaf begin april nam het aantal verwijzingen weer gestaag toe en was in augustus gestabiliseerd rond het niveau van eerdere jaren. Een deel van deze verwijzingen zullen niet ingehaald hoeven worden, omdat klachten vanzelf zijn overgegaan of op een andere manier aan de zorgvraag (bijvoorbeeld door de huisarts) is voldaan. Een deel echter zal nu een zwaardere zorgvraag zijn.

Vraag 5

Hoe beoordeelt u de opmerking dat de vangnetregeling van de zorgverzekeraars bijdraagt of heeft bijgedragen aan het feit dat covid-ziekenhuizen hun patiënten niet doorverwezen naar andere plekken waar wel capaciteit was, aangezien gesteld wordt dat «de verzekeraar niet twee keer gaat betalen en liever de wachtlijsten wat laat oplopen»? Indien u dit signaal herkent, bent u bereid zorgverzekeraars hierop aan te spreken en in te zetten op een aanpassing van de vangnetregeling?

Antwoord 5

Ik ben van mening dat het onwenselijk is als er reguliere zorg onnodig wordt uitgesteld vanwege de vangnetregeling. De vangnetregeling van verzekeraars heeft dat ook niet als doel. Ongeacht het bestaan van een vangnetregeling kunnen verzekerden die te lang moeten wachten bij een bepaalde zorgaanbieder zich melden bij hun zorgverzekeraar voor zorgbemiddeling.

Ik ken geen feiten of signalen over zorgverzekeraars die doelbewust de wachtlijsten zouden hebben laten oplopen. Met alle ziekenhuizen en klinieken zijn in 2020 continuïteitsregelingen getroffen, wat maakte dat zij gecompenseerd zijn voor productieverlies. Daarbij is steeds aangegeven dat bij het verplaatsen van patiënten naar een kliniek de financiering moet volgen en dat tussen ziekenhuis en kliniek een financiële afrekening moet plaatsvinden. Anders wordt de zorg dubbel betaald en dat is ook in een pandemie niet gewenst en verantwoord. Zorgverzekeraars werken samen met de NZa aan het inzichtelijk krijgen van de beschikbare capaciteit en nemen deze inzichten mee naar de ROAZ-tafels en zorgbemiddeling.

Het is belangrijk om te realiseren dat klinieken niet alle reguliere zorg kunnen leveren, omdat ze hiervoor niet geëquipeerd zijn. Het is daarom in een situatie als de covid-pandemie onvermijdelijk dat wachtlijsten oplopen. Zorgverzekeraars hebben op basis van hun zorgplicht ook de taak om ziekenhuizen aan te spreken als dergelijke situaties zich zichtbaar voordoen en zij monitoren hier dan ook op.