

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

1875

Vragen van het lid **Ploumen** (PvdA) aan de Minister voor Medische Zorg over *onvoldoende reguliere zorg door strategische belangen van ziekenhuizen en onvoldoende regie van zorgverzekeraars* (ingezonden 26 januari 2021).

Antwoord van Minister **Van Ark** (Medische Zorg) (ontvangen 2 maart 2021). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2020–2021, nr. 1701.

Vraag 1

Bent u op de hoogte van het feit dat de restcapaciteit van de reguliere zorg tijdens de eerste coronagolf deels onbenut is gebleven?¹ Wat is uw reactie?

Antwoord 1

Er zijn mij geen feiten bekend over zorgcapaciteit die tijdens de eerste golf doelbewust onbenut is gebleven. Tijdens de eerste coronagolf waren er ingrijpende acties nodig in de zorg om de plotselinge toename van patiënten op de verpleegafdelingen en de Intensive Care (IC). Waar deze patiëntenstroom aanvankelijk in Noord-Brabant en later ook op andere plekken een grotere zorgbelasting als gevolg had, werd nationaal gereageerd door de reguliere zorg af te schalen om de stroom covid-patiënten op te kunnen vangen of over te nemen uit andere centra. De afschaling van de reguliere zorg verschilde aanvankelijk per regio en zelfs per instelling. Dit maakte in de acute setting van de eerste covid-golf dat inzicht in de resterende capaciteit van de reguliere zorg moeilijk in kaart te brengen was. Een belangrijke les na de eerste golf was dat bij eventuele volgende golven van de pandemie zo veel mogelijk voorkomen zou moeten worden dat reguliere zorg afgeschaald wordt. Daarop zijn maatregelen genomen, zoals de uitbreiding van de covid-zorgcapaciteit met het Opschalingsplan² van 30 juni 2020 en met het tijdelijk beleidskader voor het waarborgen acute zorg in de covid-19 pandemie³ dat ik op 23 oktober heb gedeeld met de Kamer.

Vraag 2

Klopt het dat ziekenhuizen met veel coronapatiënten weigerden patiënten door te verwijzen naar ziekenhuizen die nog wel plek hadden voor reguliere zorg uit angst patiënten kwijt te raken? Zo ja wat is uw reactie hierop?

¹ Skipr, 25 januari 2021, «Restcapaciteit reguliere zorg bleef lang onbenut».

² Kamerstuk 25 295, nr. 455.

³ Kamerstuk 29 247, nr. 317.

Antwoord 2

Als gevolg van het grote aantal covid-patiënten dat in ziekenhuizen werd opgenomen en de uitval van zorgverleners, kon een deel van de reguliere zorg niet geleverd worden. 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. Door het ontsluiten van informatie over het aanbod van reguliere zorg en door het bevorderen van financiële afspraken is het zo efficiënt mogelijk benutten van de beschikbare capaciteit bevorderd.

Gedurende de eerste covid-golf 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. 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.

Vraag 3

Klopt het dat na de eerste golf aanbieders van electieve zorg patiënten die op zorg wachtten, niet mochten behandelen omdat ziekenhuizen die veel coronapatiënten behandelden, dit als oneerlijke concurrentie zagen? Zo ja, wat is uw reactie hierop?

Antwoord 3

Nee, er zijn geen afspraken gemaakt tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars dat bepaalde zorg niet geleverd mocht worden. Er zijn nooit beperkingen opgelegd in het verlenen van zorg aan individuele patiënten. De insteek vanaf die periode was juist gericht op het aangaan van diverse vormen van samenwerking.

Vraag 4

Klopt het dat het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis aanbood patiënten van omliggende ziekenhuizen over te nemen, maar dat van dit aanbod nauwelijks gebruik werd gemaakt? Hoe is dit te rijmen met het feit dat de Nederlandse ziekenhuizen vorig jaar de oncologische zorg met 70% moesten terugdraaien?

Antwoord 4

Ja, het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis heeft dit aangeboden en daar is beperkt gebruik van gemaakt. Dat betekent echter niet dat patiënten geen zorg hebben ontvangen, bijvoorbeeld omdat omliggende ziekenhuizen hun eigen patiënten hebben kunnen opereren of er minder patiënten gediagnostiseerd of verwezen waren en daarom minder behandelingen aan de orde waren. De voornaamste reden voor de afname in oncologische zorg was het stopzetten van het bevolkingsonderzoek naar borstkanker, baarmoederhalskanker en darmkanker is. Het bevolkingsonderzoek resulteert normaliter in veel verwijzingen voor oncologische zorg. Het door u genoemde percentage van 70% afschaling van de oncologische zorg in Nederland in 2020 herken ik niet; zie verder ook het antwoord op vraag 6.

Vraag 5

Klopt het dat het Alexander Monro Ziekenhuis een protocol ontwikkelde voor veilige overname van borstkankerpatiënten, maar dat hiervan onvoldoende gebruik is gemaakt? Wat is uw reactie?

Antwoord 5

Het klopt dat het Alexander Monro Ziekenhuis (AMZ) een protocol heeft opgesteld voor veilige overname van borstkankerpatiënten. De capaciteit die ter beschikking was in het AMZ is niet volledig benut, onder andere omdat er minder verwijzingen hebben plaatsgevonden bijvoorbeeld omdat mensen niet naar de huisarts durfden te gaan of de zorg niet verder wilden belasten. Daarbij zijn er ook patiënten die niet de voorkeur hadden om verwezen te

worden naar een andere zorginstelling en/of een andere behandelend arts om eerder zorg te kunnen ontvangen.

Vraag 6

Hoeveel oncologische patiënten in de regio Amsterdam hebben moeten wachten op zorg, terwijl zij wel terecht hadden gekund bij het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis? Hoeveel patiënten met borstkanker hebben moeten wachten op een behandeling terwijl zij wel terecht hadden gekund bij het Alexander Monro Ziekenhuis?

Antwoord 6

Specifiek voor de regio Amsterdam is deze informatie niet beschikbaar. Daarentegen heeft het Integraal Kankercentrum Nederland geconstateerd dat in de periode van maart 2020 tot en met mei 2020 als gevolg van de coronacrisis minstens vijfduizend kankerdiagnoses in Nederland nog niet waren gesteld. Dit is 20–25% lager dan gebruikelijk. Het aantal nieuwe kankerpatiënten in deze maanden lag duidelijk lager dan in dezelfde periode in de drie voorgaande jaren. In juni, juli en augustus was het aantal nieuwe kankerpatiënten weer vrijwel gelijk aan de voorgaande jaren. Uit de data van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) blijkt dat operaties of andere oncologische behandelingen zoals chemo- en radiotherapie niet op grote schaal voor langere tijd zijn uitgesteld. De afname in productie bij oncologische zorg was relatief beperkt en in lijn met de verwijzingen. De wachttijden voor oncologische aandoeningen zijn niet toegenomen en de NZa heeft geen aanwijzing dat patiënten langer hebben moeten wachten op oncologische zorg. Daarbij hebben patiënten zelf de mogelijkheid om te wisselen van zorgaanbieder indien zij van mening zijn te lang te moeten wachten op zorg.

Vraag 7

Hoe kan het dat volgens schattingen 2.000 patiënten met borstkanker en 1.000 patiënten met darmkanker niet geholpen konden worden, terwijl er wel een aanbod voor zorg lag?

Antwoord 7

Het is mij onbekend hoe deze specifieke schatting tot stand is gekomen. Zoals hierboven beschreven lijkt dit om patiënten te gaan bij wie de diagnose nog niet gesteld is, voor een groot deel vanwege het bevolkingsonderzoek dat stil was gezet. Momenteel gaan de bevolkingsonderzoeken ondanks de grote druk op de zorg weer door en is er zelfs sprake van inhaalzorg.

Vraag 8

Kunt u uitleggen welke rol de organisatie van de zorg en het huidige stelsel van marktwerking gespeeld hebben bij het feit dat mensen geen zorg kregen terwijl die wel beschikbaar was?

Antwoord 8

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

De coronacrisis is een ongekend ingrijpende gebeurtenis geweest in het medisch zorglandschap, waarbij zeker tijdens de eerste coronagolf moest worden gezocht naar nieuwe vormen van organisatie van zorg die aansloten bij de crisissituatie. Er was een veel grotere behoefte aan samenwerking en regie dan in een normale situatie, bijvoorbeeld op het gebied van coördinatie van IC-capaciteit, 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.

Vraag 9

Welke rol hebben zorgverzekeraars gespeeld bij de opvang van coronapatiënten en de daaruit voorkomende noodzakelijke herverdeling van de reguliere zorg?

Antwoord 9

De zorgverzekeraars vervullen een bemiddelende rol bij de herverdeling van patiënten wanneer patiënten hierom vragen. Tevens zitten zij aan de ROAZ-tafel en hebben zij hier een informerende en adviserende rol bij patiëntenspreiding. De ROAZ-vertegenwoordigers van de zorgverzekeraars zijn de marktleiders voor de desbetreffende regio en daarmee ook gemandateerd om lokale financiële issues te bespreken en tot op zeker hoogte afspraken hierover te maken, zodat er snel gehandeld kan worden.

Vraag 10

Zou het gezien de regierol van zorgverzekeraars logisch zijn van zorgverzekeraars te verwachten dat zij hun rol juist ten tijde van een pandemie waarmaken en zorgen dat zoveel mogelijk patiënten de juiste zorg krijgen door te bemiddelen in het verplaatsen van die zorg naar ziekenhuizen die wel ruimte hebben? Zo nee, waarom niet? Zo ja, waarom is dat niet gebeurd?

Antwoord 10

Net zoals in normale tijden is het ook in crisistijd het van groot belang om de juiste zorg te bieden aan zoveel mogelijk patiënten. De zorgverzekeraar zorgt voor goede afspraken met zorgaanbieders om continuïteit te waarborgen voor patiënten. De 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. De treeknorm is de maximaal aanvaardbare wachttijd waarbinnen de patiënt zorg moet kunnen krijgen, zoals afgesproken door veldpartijen in het Treekoverleg en vastgelegd in het «Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw»⁴. Deze wachttijden laten een gemengd beeld zien. 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.

Patiënten zijn zelf ook actief op zoek gegaan naar behandelingen buiten de ziekenhuizen om, in zelfstandige klinieken, of ze zochten contact met hun zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars zetten zich actief in om te bemiddelen bij wachttijden. Deze zorgbemiddeling door de zorgverzekeraars richt zich op de niet-acute zorg en heeft een hoge slagingskans. De behoefte tijdens de pandemie lag vooral op de acute zorg en het verplaatsen hiervan; hier is de spreiding van de patiënten een (meer) medische aangelegenheid en zie je dat de bemiddeling tussen ziekenhuizen onderling, in ROAZ-verband en van (huis)arts tot arts plaatsvindt. De rol voor de zorgverzekeraar is hier het creëren van het kader dat de financiering van de patiënt kan blijven volgen.

Vraag 11

Wat vindt u ervan dat zorgverzekeraars liever de wachtlijsten wat lieten oplopen dan extra te betalen voor zorg in een andere kliniek? Hoe is dit te rijmen met de wettelijke zorgplicht die zorgverzekeraars hebben? In hoeverre is die zorgplicht geschonden?

Antwoord 11

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

⁴ Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraar Zvw, beleidsregel TH/BR-018, december 2014.

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 hierbij 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 sommige wachtlijsten oplopen.

Vraag 12

Deelt u de mening dat de vangnetregeling van zorgverzekeraars niet mag betekenen dat reguliere zorg die elders geleverd kan worden, wordt uitgesteld?

Antwoord 12

Ik deel de mening dat het onwenselijk is als er reguliere zorg onnodig wordt uitgesteld, omdat er een vangnetregeling is. 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.

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.

Vraag 13

Wat zouden de kosten zijn geweest van het wel vergoeden van deze reguliere zorg in andere klinieken? Welk percentage van de reserves van zorgverzekeraars betreft dit?

Antwoord 13

Zoals toegelicht in het antwoord op vraag 1 en 2, zijn er geen feiten bekend over patiënten die tijdens de eerste golf doelbewust niet zijn doorverwezen of overgeplaatst naar een zorginstelling waar nog capaciteit zou zijn geweest. De door u gevraagde kostinschatting is derhalve niet te maken.

Vraag 14

Is er op dit moment nog steeds sprake van onbenut aanbod in ziekenhuizen? Klopt het dat daarnaast zeker 100.000 mensen wachten op een uitgestelde operatie? Wat is op dit moment de stand van zaken ten aanzien van aantallen mensen die wachten op verschillende vormen van zorg? Kunt u een overzicht geven?

Antwoord 14

In algemene zin kan gesteld worden dat de ziekenhuizen er op dit moment alles aan doen om enerzijds de voortdurende en hoge instroom van covid-patiënten zo goed mogelijk op te vangen, waarbij ook afschaling van reguliere zorg nodig is om voldoende personeelscapaciteit voor de covid-bedden vrij te spelen; en anderzijds alles op alles zetten om de reguliere zorg zo goed mogelijk doorgang te kunnen laten vinden. De NZa monitort de ontwikkelingen en rapporteert onder meer over het aantal verwijzingen dat niet heeft plaatsgevonden gedurende deze crisis. Een deel van deze verwijzingen zal niet ingehaald hoeven worden, omdat klachten vanzelf zijn overgegaan of op een andere manier aan de zorgvraag (bijvoorbeeld door de huisarts) is voldaan. Gezien de huidige ernst van covid-besmettingen en de dreiging van een eventuele nieuwe piek als gevolg van de VK-variant is de niet-kritiek planbare zorg vooralsnog nationaal afgeschaald, zoals op 12 januari is gecommuniceerd naar uw Kamer⁵. Uiteraard wordt getracht om eventuele uitgestelde zorg zo snel mogelijk weer in te halen, zodra de omstandigheden daartoe weer een mogelijkheid bieden.

⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 874.

Vraag 15

Wat is de stand van zaken van overleg tussen ziekenhuizen, zorgverzekeraars en zelfstandig behandelcentra (ZBC's) ten aanzien van het inhalen van planbare zorg en het aanbieden van reguliere zorg? Is er al een begin gemaakt met deze inhaalslag of blijft het nog bij overleg? Kunt u dit zo spoedig mogelijk inventariseren en de Kamer hierover gedetailleerd informeren?

Antwoord 15

In december is de Kamer geïnformeerd dat Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) overeenstemming hebben bereikt over een regeling inzake de contractering 2021 en specifiek over hoe om te gaan met de financiële consequenties van covid-19 in 2021⁶. Deze regeling biedt, onder andere, een passende vergoeding voor gedeelde inkomsten en de extra kosten door de uitbraak van covid. Daarnaast zijn er afspraken opgenomen over hoe om te gaan met de uitgaven met betrekking tot inhaalzorg die in 2021 zal worden verleend.

Met de zelfstandige klinieken zijn reguliere (lokale, bilaterale) inkoopafspraken voor 2021 gemaakt of is dit proces nog in de afrondingsfase. ZN overlegt periodiek met NVZ, NFU en ZKN of de huidige financiële afspraken toereikend zijn voor de situatie.

Ook is het mogelijk, na gezamenlijk overleg in het ROAZ, om personeel van zelfstandige behandelcentra (ZBC's) in te zetten in ziekenhuizen om bij te dragen aan de covid-zorg en (semi-) acute zorg. Klinieken die hun medewerkers uitlenen voor behoud van de continuïteit van de meer acute zorg (categorie 1,2,3) en de zorg voor coronapatiënten worden door de zorgverzekeraars financieel gecompenseerd als daarvoor hun eigen zorg moet worden afgeschaald.

Van deze regeling wordt vooralsnog beperkt gebruik gemaakt omdat in de praktijk blijkt dat partijen toch kiezen voor het in standhouden van zoveel mogelijk capaciteit voor juist ook de (urgentere) reguliere zorg. De concrete vraag vanuit ziekenhuizen komt nog niet op gang omdat zij nu zelf ook steeds meer kans zien de reguliere zorg weer op te pakken. Toch is het goed deze maatregel achter de hand te houden voor het waarborgen van de acute zorg zoals beschreven in het tijdelijk beleidskader.

Wanneer zorg wordt uitgesteld is het begrijpelijk dat mensen willen weten wanneer hun zorg wel door kan gaan. Hiervoor kan contact op worden genomen met de behandelaar en/of zorgverzekeraar. In zijn algemeenheid is namelijk niet te zeggen wanneer behandelingen plaats kunnen vinden, dit verschilt per individu en is afhankelijk van de aandoening. Wanneer er weer ruimte komt voor de reguliere zorg, zullen zeker ook stappen worden gezet om extra inhaalzorg te realiseren. Dit zal een geleidelijk proces zijn dat samenhangt met verschillende factoren zoals ziekteverzuim onder zorgverleners.

Vraag 16

Kunt u garanderen dat dat, wat in de eerste coronagolf gebeurde nu, niet meer kan voorkomen en dat alle plaatsen in de reguliere zorg die beschikbaar zijn, ook daadwerkelijk worden gebruikt voor patiënten? Zo ja, wat is er veranderd? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 16

De lessen van de eerste coronagolf zijn opgenomen in het «Tijdelijk beleidskader waarborgen acute zorg in de covid-19 pandemie» van 23 oktober. Met dit beleidskader wordt getracht om zoveel mogelijk reguliere zorg doorgang te laten hebben door middel van een evenwichtige spreiding van covid-19 patiënten in Nederland.

Vraag 17

Kunt u deze vragen ieder afzonderlijk beantwoorden vóór het eerstvolgende debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus?

⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 839.

Antwoord 17

De vragen afzonderlijk beantwoorden is gelukt, beantwoording voor het eerstvolgende debat helaas niet.