

Vergaderjaar 2015–2016

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 646

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 15 september 2015

Tijdens de Regeling van werkzaamheden van donderdag 3 september (Handelingen II 2014/15, nr. 108) is mij gevraagd te reageren op het artikel over wachttijden in ziekenhuizen in het NRC artikel¹ «De wachttijd bij ziekenhuizen is vaak schijn» van 3 september jl. Tevens zijn door het lid Dijkstra (D66) Kamervragen over dit bericht gesteld. Deze worden separaat beantwoord.

In het artikel wordt aangegeven dat uit onderzoek blijkt dat de wachttijden in veel ziekenhuizen worden overschreden omdat zorgverzekeraars omzetplafonds afspreken en ziekenhuizen doorleverafspraken niet nakomen. In deze brief ga ik in op de wachttijden en de verschillende rollen bij de contractering.

Wachttijden

Om te beginnen wil ik graag de suggestie wegnemen dat er sprake is van een toenemend probleem. Wachttijden in de zorg zijn voor mij een doorlopend punt van aandacht en daarom informeer ik u jaarlijks met de Marktscan medisch specialistische zorg over de wachttijdontwikkeling. Uit de laatste marktscan van december 2014 blijkt dat de afgelopen jaren de wachttijden voor sommige specialismen licht gestegen en voor andere licht gedaald zijn. De suggestie in het artikel dat het gaat om een structureel probleem zoals in het midden van de jaren negentig het geval was herken ik niet. Ondanks dat niet alle behandelingen of polikliniekbezoeken binnen de Treeknorm kunnen plaatsvinden, blijkt uit een nadere analyse van de NZa dat er geen structureel probleem voor de toegankelijkheid is aangezien er voldoende andere aanbieders zijn om deze zorg tijdig te leveren. Dit neemt niet weg dat in sommige gevallen een patiënt extra reistijd heeft om binnen de Treeknorm geholpen te worden. Voor de in het artikel genoemde voorbeelden heb ik NZa gevraagd een nadere

¹ <http://www.nrc.nl/nieuws/2015/09/03/de-wachttijd-bij-ziekenhuizen-is-vaak-schijn>.

analyse uit te voeren. Uit de analyse komt een beeld naar voren dat vergelijkbaar is met het beeld uit de Marktscan van december 2014. Eind van dit jaar zal ik u nader informeren over de landelijke wachttijdontwikkeling via de Marktscan.

In het artikel staat dat academische ziekenhuizen niet de capaciteit gebruiken voor het leveren van zorg aan patiënten met eenvoudige aandoeningen en dat ze hiervoor bewust lange wachttijden hanteren. Mijn beleid is erop gericht dat de zorg georganiseerd wordt rondom de patiënt op de plek waar dat het beste kan. De academische ziekenhuizen leveren topreferente zorg aan patiënten die zeer specialistische zorg nodig hebben waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is. Dit neemt niet weg dat voor alle academische ziekenhuizen geldt dat het leveren van basiszorg noodzakelijk is om te blijven functioneren als ziekenhuis. Het leveren van basiszorg is noodzakelijk uit financieel oogpunt, voor het behouden van de vaardigheden van de zorgprofessionals, ten behoeve van de onderzoeksprofilering en voor het leveren van volwaardig onderwijs aan studenten. Op basis van de beleidsregel transparantie zorgaanbieders (TH/BR-012) zijn ziekenhuizen verplicht om tijdig de actuele wachttijden inzichtelijk te maken.

Verder merk ik op dat de in het artikel gesuggereerde oplossing van het publiceren van wachttijden per zorgverzekeraar niet uitvoerbaar is, aangezien dit tot veel administratieve lasten bij de aanbieders leidt. In overleg met veldpartijen² heeft de NZa de regeling wachttijden aangepast voor het onderdeel behandeling (zie: circulaire (CI/15/30c³) en regeling (NR/CU-262⁴)). De wijziging komt er in het kort op neer dat per 2016 voor het onderdeel behandeling er binnen ziekenhuizen gekeken wordt naar de afgeronde behandelingen in de afgelopen drie maanden voor het berekenen van de wachttijd. Van deze Diagnose Behandel Combinaties wordt de meest voorkomende wachttijd gebruikt. Deze berekening is geheel te automatiseren, en leidt tot veel minder uitvoeringlasten voor aanbieders en een meer uniforme bepaling van de wachttijd. De wachttijden van de verschillende zorgaanbieders zijn dan beter met elkaar te vergelijken.

Rollen bij contractering

Zowel zorgverzekeraars als aanbieders zijn verantwoordelijk voor goede contractafspraken over de te leveren zorg waarbij het belang van de patiënt centraal moet staan. Het klopt dat zorgverzekeraars in veel gevallen omzetplafonds afspreken. Omzetplafonds zijn voor zorgverzekeraars een belangrijk instrument bij de contractering van zorgaanbieders. Door het afspreken van omzetplafonds kan de zorgverzekeraar de kosten beheersen door niet teveel in te kopen en het aanbod breed en divers laten zijn. Op deze wijze dragen zorgverzekeraars bij aan de betaalbaarheid en het van hoge kwaliteit blijven van de zorg. Daarbij heeft de zorgverzekeraar een zorgplicht. In het geval van een naturapolis betekent dit dat de zorgverzekeraar ervoor dient te zorgen dat de zorg binnen een redelijke termijn en op redelijke afstand beschikbaar is. De zorgplicht van verzekeraars vormt een kernprincipe van het stelsel. De verzekeraar moet vooraf de verzekerde helder informeren over de hoeveelheid zorg die hij heeft ingekocht.

² NVZ, NFU, ZKN, ZN en de NPCF.

³ http://www.nza.nl/regelgeving/circulaires/CI_15_30c__Aanpassing_regeling_wachttijden_MSZ.

⁴ http://www.nza.nl/regelgeving/nadere-regels/NR_CU_262__Regeling_verplichte_publicatie_wachttijden_somatische_zorg.

Het komt voor dat zorgverzekeraars met een zorgaanbieder een doorleverafsprak maakt. Dit betekent dat de zorgaanbieder – voor eigen rekening – zorg blijft leveren indien het omzetplafond is bereikt. Dit zijn private afspraken die partijen met elkaar maken. Het artikel maakt melding van twee gespecialiseerde klinieken die soms patiënten van verzekeraars weigeren als het budget op is. Indien aanbieders een doorleverafsprak hebben gemaakt, moeten zij zich aan deze afspraak houden en kan het dus niet zo zijn dat zij patiënten weigeren. Ook als er geen doorleverafsprak is gemaakt en het omzetplafond is bereikt dient de zorgverzekeraar te voldoen aan die zorgplicht. Dit kan bijvoorbeeld door de verzekerde naar een andere zorgaanbieder te bemiddelen of door aanvullende afspraken te maken met de betreffende zorgaanbieder. Indien de verzekerde toch kiest voor behandeling door de betreffende zorgaanbieder (en de zorgverzekeraar maakt geen aanvullende afspraken) kan dit aan het einde van het jaar voor electieve zorg betekenen dat de afspraak pas in het nieuwe kalenderjaar wordt gemaakt.

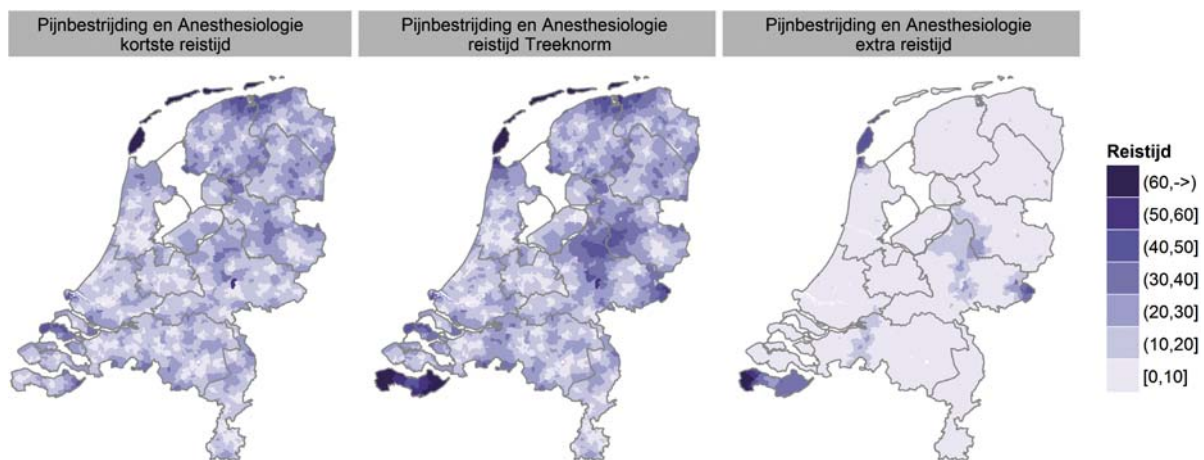
Op het moment dat een verzekerde kiest voor een zorgverzekering is het van belang dat hij weet voor welke polis hij kiest en welke afspraken de zorgverzekeraar heeft gemaakt met zorgaanbieders. Afhankelijk van de polisvoorwaarden kan het (met name aan het einde van het jaar) verschillen hoe snel de verzekerde bij een zorgaanbieder terecht kan. In de regeling «informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten» regelt de NZa welke informatie zorgverzekeraars ten minste aan consumenten moet verstrekken, zodat de informatie doeltreffend en juist is en bijdraagt aan de inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid van de aangeboden producten en diensten. Hierin is ook opgenomen welke informatie zorgverzekeraars moeten geven als het gaat om volumeafspraken en omzetplafonds. Zo moet de zorgverzekeraar op de website vermelden hoe hij omgaat met volumeafspraken en omzetplafonds en de mogelijke consequenties hiervan voor de verzekerde. De NZa ziet toe op de naleving van de zorgplicht en transparantievereisten van zorgverzekeraars.

Kortom, iedereen heeft in dit stelsel een eigen verantwoordelijkheid in het maken van afdoende afspraken over welke zorg waar geleverd kan worden. Zorgverzekeraars moeten in het kader van hun zorgplicht voldoende zorg contracteren en afspraken maken met aanbieders. Aanbieders dienen de gemaakte afspraken na te komen en verzekerden moeten zich goed informeren bij het afsluiten van hun polis en zich bij wachttijden tot hun zorgverzekeraar wenden. Uiteraard blijf ik op de hoogte van de ontwikkelingen, via de marktscans van de NZa en de reguliere bestuurlijke overleggen die ik met de veldpartijen heb waarin ook eventuele knelpunten bij de contractering aan de orde kunnen komen.

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

Analyse NZa voor de wachttijden Pijnbestrijding/Anesthesiologie en knieprothese

- De NZa geeft aan dat op basis van de wachttijdgegevens voor de toegang tot de polikliniek voor pijnbestrijding/anesthesiologie tot en met augustus de gemiddelde wachttijd in 2015 ongeveer gelijk is aan de wachttijd in 2014. De gemiddelde wachttijd ligt met 4,5 weken net iets boven de Treeknorm van 4 weken. In 2015 hebben 98 van de 182 aanbieders (locaties) een wachttijd onder de Treeknorm van 4 weken. Voor 133 van de 182 aanbieders geldt dat de wachttijd lager is dan 6 weken. In meerjarig perspectief is tussen 2012 en 2014 de gemiddelde wachttijd voor Pijnbestrijding afgenomen, van ongeveer 5 weken naar 4,5 weken.
- In onderstaand figuur is de reistijd voor pijnbestrijding/anesthesiologie weergegeven. De linker kaart geeft de dichtstbijzijnde aanbieder weer. De middelste kaart geeft de reistijd voor de dichtstbijzijnde aanbieder waar de wachttijd korter is dan 4 weken. De rechter kaart bevat het verschil tussen de eerste twee kaarten en geeft de extra reistijd weer om te komen tot een aanbieder waar de wachttijd korter is dan 4 weken.



- De NZa geeft aan dat voor knieprothese de gemiddelde landelijke wachttijd al sinds 2009 onder de Treeknorm ligt. Ten opzichte van 2014 is de gemiddelde wachttijd iets gestegen in 2015. Voor 103 van de 147 aanbieders (locaties) ligt de wachttijd onder de Treeknorm. De NZa plaatst als kanttekening dat relatief veel mensen zelf kiezen voor langere wachttijden bijvoorbeeld vanwege specifieke arts, operatie na vakantie, of een andere reden.