

Vergaderjaar 1995–1996

24 126

Volksgezondheidsbeleid 1995–1998

Nr. 12

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Rijswijk, 24 juni 1996

Tijdens het Algemeen Overleg over **wachttijden in de zorg**, dd 20 juni jl, zegde ik toe concrete vragen zoveel mogelijk schriftelijk te zullen beantwoorden.

De heer Oudkerk (PvdA) drong aan op een rol van de Wetenschappelijke Verenigingen bij het opstellen van protocollen voor indicatiestelling en voor maximaal aanvaardbare wachttijden. Ook was hij van opvatting dat sprake zou moeten zijn van tripartite afspraken waarbij dus de verzekeraar, de aanbieder en de patiënt betrokken zijn. In lijn met mijn beleidsbrief MTA en doelmatigheid van zorg (TK 24 126, nr. 9) ben ik het er mee eens dat de Wetenschappelijke Verenigingen een belangrijke initiërende rol krijgen bij het opstellen van tripartite richtlijnen. Ook deel ik de mening dat in de overeenkomst tussen verzekeraar en aanbieder het wachtlijstbeleid van de instelling een rol zou moeten spelen.

Om het kwaliteitsbeleid van de specialisten een duidelijke impuls te geven is per 1996 4,2 mln extra beschikbaar gesteld. Visitatie en richtlijn ontwikkeling zijn hierbij belangrijke elementen. Nadrukkelijk is door de specialisten gesteld dat in het kader van het kwaliteitsbeleid ook de doelmatigheid een belangrijke plaats heeft.

Ten aanzien van de hartchirurgie heb ik met brief van 1 juni 1995 de betrokken beroepsgroepen gevraagd om zo spoedig mogelijk, doch in elk geval voor 1 januari 1997, landelijke afspraken te maken over protocolering van de indicatiestelling.

Dit was voor mij een van de – belangrijkste – voorwaarden om de aanbeveling van het Landelijk Platform Hartchirurgie over te nemen, om de capaciteit voor open hartoperaties met 650 te verruimen.

Zweden kent het begrip wachtlijstgarantie. Noorwegen overigens ook. Echter hoewel de basisgedachte goed is – de instelling moet als de wachttijd is overschreden de kosten betalen voor zorg elders – blijkt de

praktijk minder gunstig. Namelijk om te voorkomen dat er betaald moet worden treedt er selectie aan de poort op. Niet alle patiënten komen op de wachtlijst. Wel heeft deze benadering er toe geleid dat de registratie van wachttijden en wachttijdverschillen in vergelijking met ons land sterk ontwikkeld is. In Zweden wordt het garantie-systeem ook mogelijk gemaakt door de decentralisatie van het gezondheidszorgsysteem, waardoor men in eerste instantie slechts toegang heeft tot zorg binnen de eigen «provincie».

In Engeland is na de teleurstellende ervaringen met een wachtlijstfonds, de wachtlijstconsulent geïntroduceerd. Deze consulent gaat bij extreem lange wachtlijsten ter plekke kijken wat de oorzaak is. In geval van ondoelmatigheid worden er geen extra middelen beschikbaar gesteld. Over dit systeem is met wél tevreden.

In de Nederlandse situatie ligt de verantwoordelijkheid voor dergelijke onderzoeken primair bij de verzekeraars. Ik zal het onderwerp wachtlijst-onderzoek ter plekke bij de stuurgroep «wachttijden in de zorg» van de KNMG extra onder de aandacht brengen. Wellicht zou in Nederland eens met een «wachtlijstbrigade» geëxperimenteerd kunnen worden.

Ten einde tot beter gebruik van wachtlijsten te komen is inderdaad een 06-regiolijn een goed idee. Consumenten zouden met verkregen informatie rekening kunnen houden bij wensen ten aanzien van verwijzingen. Mijns inziens zijn het regionale patiënten/consumenten platform en de regionale verzekeraar hierbij de direct belanghebbenden.

De afspraken in Alkmaar over de inkomensharmonisatie gaan uit van een honorarium (omzet) van f 350 000,-. Boven dit bedrag kan een toelage van maximaal 10% komen in verband met erkende werkbelasting. In het basisbedrag zitten naast het salaris, de kosten die voor rekening van de specialist komen zoals bv verslaglegging en de premies werknemers/werkgeverslasten verwerkt (waaronder pensioen en invaliditeit).

Mevrouw Van Blerck (VVD) stelde dat de kosten van de zorg al jaren lang een zelfde aandeel van het Bruto Nationaal Produkt zijn. Ik kan haar meedelen dat ik over veertien dagen de gegevens over 1995 beschikbaar heb. Volgens het CBS is in 1995 sprake van een lichte daling in dit opzicht.

Mevrouw Dankers (CDA) vroeg zich af of de nadruk op protocollen en standaarden niet zal leiden tot een te veel aan geregel. Ik denk het niet. Normeringen zijn nodig om interdoktervariaties tegen te gaan en toetsing eenduidig te maken. In ons land is het evenwel zo dat er altijd ruimte blijft voor individuele beslissingen en voor gemotiveerd afwijken van een protocol.

De heer Leerkes (Unie 55+) noemde het lange wachten voor ggz-hulp. Ik kan meedelen dat betrokken partijen voornemens zijn om in de nabije toekomst regionaal beter te gaan samenwerken. Naar ik hoop zal dat de kwaliteit en doelmatigheid van de verleende hulp doen toenemen en de wachttijden doen verminderen.

De heer Marijnissen (SP) vroeg hoe ik de huidige wachtlijstomzeilende initiatieven zal tegengaan. Zoals al eerder aan de orde gesteld, is er geen plaats voor wachtlijstomzeilende initiatieven, wel voor wachtlijstverminderende initiatieven waar iedere patiënt van kan profiteren. Dit betekent dat de initiatieven een onderdeel moeten zijn van de reguliere zorg en derhalve qua kosten een integraal onderdeel zijn van het instellingsbudget en de honorariakaders van de specialisten. Daar waar niet conform gehandeld wordt, is men op basis van de Wtg in overtreding.

De heer Van Boxtel (D66) vroeg zich af of er inzicht per regio te geven is in de verschillende wachtlijsten en de oorzaken ervan. Dat inzicht heb ik helaas niet. Zolang er geen gestandaardiseerde registratie is zullen gegevens ook moeilijk vergelijkbaar zijn. Ik zal de NVZ via de KNMG-stuurgroep verzoeken versnelt de landelijke registratie in te voeren. De NVZ komt begin 1997 met een evaluatie van het gebruik van het Handboek.

De kosten van privé-klinieken die uitgaan boven de vigerende tarieven voor medisch specialisten worden door de ziekenfondsraad niet geaccepteerd als aanvaardbare kosten. In voorkomende gevallen vindt dan ook correctie plaats.

Met de heer Van Boxtel ben ik het eens dat er meer «awareness» nodig is bij huisartsen waar het arbeidsgebonden klachten betreft. Dit geldt overigens ook voor de betrokken specialisten. Ik heb de indruk dat de beroepsgroepen zich hiervan bewust zijn geworden. In het kader van de bevordering van het kwaliteitsbeleid zal ik het ook onder de aandacht van betrokkenen brengen.

Ik hoop met deze beantwoording de verdere discussie over wachttijden in de zorg te bevorderen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers