

Vergaderjaar 2002–2003

25 170

Wachttijden in de curatieve zorg

28 600 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2003

Nr. 31

BRIEF VAN DE MINISTER EN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 31 maart 2003

Aanleiding

In november 2002 hebben wij u zowel over de cure als over de care een beleidsbrief (kamerstuk 25 170, nr. 30) inzake wachtlijsten/tijden toegezonden. Voor de cure ging het om een rapport over de aanpak van wachtlijsten voor levensbedreigende ziekten en een nulmeting van de wachtlijsten voor reguliere curatieve basiszorg. In de care ging het om de aanpak van de wachtlijsten in de care en een verwijzing naar een nulmeting in de brancherapporten. Bij de behandeling van de VWS-ontwerpbegroting 2003 in de Tweede Kamer is door de leden Wilders, Buijs en De Graaf mede naar aanleiding daarvan een motie ingediend (Kamerstukken II 2002/03, 28 600 XVI, nr. 68) die verzoekt zo spoedig mogelijk concrete en kwantitatieve doelstellingen te formuleren met betrekking tot de reductie van wachttijden. Wij hebben toegezegd u uiterlijk 1 april 2003 hierover nader te informeren. Deze toezegging doen wij door middel van deze brief gestand.

Treeknormen

In de motie wordt een koppeling gelegd tussen de zgn. Treeknormen en de te formuleren doelstellingen met betrekking tot vermindering van wachttijden. De Treeknormen zijn door aanbieders en verzekeraars geformuleerd als zijnde de streefnormen waarbinnen verzekerden de zorg (waarop zij recht hebben) dienen te krijgen. Genoemden hebben deze normen gebaseerd op wat medisch en – in hun opinie – maatschappelijk aanvaardbaar is. De ZFW en de AWBZ geven echter recht op zorg en niet: recht op zorg binnen een bepaalde periode. Deze normen zijn dan ook nooit geformaliseerd of opgenomen in het wachtlijstbeleid. Wel merken wij dat de Treeknormen in de ca. 2,5 jaar dat deze bestaan, voor de professionals in de zorg een ijkpunt voor hun handelen zijn geworden. Ons zijn diverse voorbeelden bekend van zorginstellingen die er in hun beleid naar streven om de wachttijden voor «hun» patiënten/consumenten tot de

Treeknormen terug te brengen. Aangezien de Treeknormen voor de zorgaanbieders en zorgverzekeraars een praktisch ijkpunt vormen voor hun inspanningen om wachttijden te verminderen, ligt het in de rede om ook als overheid de Treeknormen als ijkpunt te nemen. Volledigheidshalve treft u als bijlage de Treeknormen aan.

Overheidsdoelen in de zorg

In de motie Wilders wordt het kabinet aangesproken op de resultaten van de maatregelen voor wachttijdreductie. In feite gaat het daarbij om de verantwoordelijkheid van de overheid voor een goede werking van het systeem van gezondheidszorg met als resultaat tijdige zorgverlening. Het wachttijdenvraagstuk speelt zich af in een complexe omgeving met verschillende spelers (patiënten/consumenten, aanbieders, verzekeraars, toezichthouders, minder direct partij maar ook nadrukkelijk aanwezig zijn media, onderzoeksinstellingen, enz). Deze partijen hebben elk eigen belangen en eigen verantwoordelijkheden.

De overheid is verantwoordelijk voor de borging van de publieke belangen van de zorg: bereikbaarheid, kwaliteit en betaalbaarheid. Daarom heeft de overheid in de Ziekenfondswet en de AWBZ de zorgaanspraken geformuleerd, met andere woorden: de overheid heeft aangegeven waarvoor Nederlanders verplicht zijn verzekerd. Hieruit vloeit een recht op zorg voort. De overheid zorgt via het verzekeringsstelsel en bestuursarrangementen (zoals: regelgeving, vormgeving van geldstromen, flankerend beleid) voor de randvoorwaarden om de aanspraken van verzekerenden gestalte te geven. Een belangrijk voorbeeld is het Actieplan Zorgverzekerd. Daarmee wordt uitoefening van het recht op zorg geborgd.

De feitelijke uitvoering van deze wetten is niet in handen van de overheid, maar vindt plaats door de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht en zijn verantwoordelijk om voldoende zorg in te kopen bij zorgaanbieders. Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor het leveren van deze zorg. Deze partijen hebben een eigen rol en een eigen verantwoordelijkheid die naast reductie van wachtlijsten/tijden ook andere aspecten kent zoals kwaliteit, doelmatigheid, enz. Deze partijen voeren eigen beleid en maken eigen afwegingen, deze partijen worden als zodanig dan ook niet door VWS aangestuurd. Toezichtsorganen zoals het CTG, het CVZ, het CTZ en de IGZ zien toe op de juiste uitvoering en handhaving van de wetten (en daaruit voortvloeiende regelgeving). De overheid monitort en stuurt waar nodig bij door een aanpassing van de bestuursarrangementen.

Zonder te willen afdoen aan het belang van duidelijke meetbare doelstellingen voor beleid, merken wij op dat de resultaten van beleid op het gebied van wachtlijsten door de vele factoren die daarop in het veld van de gezondheidszorg van invloed zijn, moeilijk geïsoleerd zijn in te schatten. De door de rijksoverheid geformuleerde doelstellingen moeten in het licht van deze complexe omgeving worden gezien.

Doelstellingen wachtlijsten/tijden en het «Rapport Financiële Bouwstenen Zorg»

Om te kunnen aangeven wat het realiseren van de Treeknormen vergt, dienen wij enkele uitgangspunten te formuleren. Belangrijk daarbij is de trend die sinds Actieplan Zorgverzekerd is ontstaan. Vóór Actieplan Zorgverzekerd namen de wachtlijsten/tijden toe. Sinds de mogelijkheden van het actieplan zijn aanzienlijke hoeveelheden extra zorg geleverd waardoor de wachtlijsten/tijden zijn afgenomen. Van dit en het verdere bestaande

wachttijstbeleid moet worden uitgegaan. Belangrijk is uiteraard ook de beschikbaarheid van voldoende personeel (medisch specialisten, verpleegkundigen, enz.) en tijdige realisatie van infrastructuur. Voor de AWBZ-zorg is van belang dat voldoende woningen e.d. beschikbaar zijn. De gehanteerde veronderstelling is dat deze mogelijke belemmering wordt overwonnen.

Om het recht op zorg te kunnen effectueren, zijn meer financiële middelen noodzakelijk dan in de Zorgnota 2003 opgenomen. Daarvoor wordt verwezen naar het rapport «Financiële Bouwstenen Zorg» van de werkgroep «Productie en Wachttijden Zorg» waarin capaciteitsbevorderende maatregelen zijn opgenomen. Vanuit deze veronderstellingen kan een technische extrapolatie van de effecten van het huidige beleid worden gemaakt.

Als besloten wordt genoemd rapport uit te voeren, wijzen behoedzame analyses uit dat in dat geval aan het einde van de volgende Kabinetsperiode (2007) de wachttijsten/tijden voor zowel de ziekenhuiszorg als de care (V&V, GGZ en gehandicaptenzorg) gehalveerd kunnen zijn en dat grosso modo gemiddeld in alle gevallen binnen de Treeknormen zorg is te realiseren. Dit komt overigens overeen met hetgeen in § 3.5 van het rapport «Financiële Bouwstenen Zorg» is verwoord.

Aangezien het niet aan huidige demissionaire Kabinet maar aan het volgende Kabinet is om te besluiten over het rapport «Financiële Bouwstenen Zorg», is het nu niet mogelijk om politieke en maatschappelijke ambities met betrekking tot vermindering van de wachttijsten/tijden te formuleren. In die zin moeten wij de daadwerkelijke uitvoering van de motie overlaten aan onze opvolgers.

Tot slot

Wij zijn ingegaan op de Treeknormen en hebben een schets gegeven van de complexiteit van de zorgsector waarbinnen het vraagstuk van de tijdige zorgverlening zich afspeelt. Tevens hebben wij de relatie gelegd tussen het invullen van de motie Wilders en het rapport «Financiële Bouwstenen Zorg». Gegeven de demissionaire status van dit Kabinet is dit het maximaal mogelijke.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. J. de Geus

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
C. I. J. M. Ross-van Dorp

De Treeknormen

De Treeknormen Gehandicaptenzorg

In de GZ worden onderstaande normen gehanteerd:

Treeknorm zorgrealisatiefase	Treeknorm
Crisisplaatsing/interventie acuut	24 uur
Crisisplaatsing/interventie subacuut	7 dagen
Ambulante zorgvormen	6 weken, 80% in 4 weken
Dagbesteding	6 weken, 80% in 4 weken
Begeleiding bij wonen	13 weken, 80% in 8 weken

De treeknormen voor GZ zijn opgenomen in de notitie streefnormstelling wachttijden care (TR-070, 03-04-2000).

De Treeknormen V&V

	Treeknormen
Acute situaties	direct
Thuiszorg	6 weken, 80% in 4 weken
Verpleeghuiszorg	6 weken, 80% in 4 weken
Verzorgingshuis	13 weken, 80% in 8 weken

De Treeknormen GGZ

In de GGZ worden drie wachtfasen onderscheiden:

Wachtfase / zorgsoort	Treeknorm
Wachtfase A: aanmelding	4 weken, 80% binnen 3 weken
Wachtfase B: intake	4 weken, 80% binnen 3 weken
Wachtfase C: behandeling – extramuraal	6 weken, 80% binnen 4 weken
Wachtfase C: behandeling – semimuraal	6 weken, 80% binnen 4 weken
Wachtfase C: behandeling – intramuraal	7 weken, 80% binnen 5 weken
Wachtfase C: behandeling – beschermd wonen	13 weken, 80% binnen 8 weken

De treeknormen voor GGZ-cure zijn opgenomen in de notitie streefnormstelling wachttijden curatieve zorg (TR-039, 2901-2000). De treeknormen voor GGZ-care zijn opgenomen in de notitie streefnormstelling wachttijden care (TR-070, 03-04-2000).

De Treeknormen Curatieve Zorg

Streefnormen en maximale wachttijden voor niet- (sub)acute zorg¹

	Treeknorm
Toegangstijd huisarts	3 werkdagen, 80% binnen 2 werkdagen
Toegangstijd apotheek	1 werkdag
Toegangstijd paramedische zorg	1 week
Toegangstijd ziekenhuizen/ specialist en RIAGG	4 weken, 80% binnen 3 weken
Wachttijd diagnostiek/ indicatiestelling	4 weken, 80% binnen 3 weken
Wachttijd poliklinische behandeling	6 weken, 80% binnen 4 weken
Wachttijd klinische behandeling	7 weken, 80% binnen 5 weken

Daarnaast zijn separate normen voor hartchirurgie (12 weken) en voor radiotherapie², nl:

Acuut (b.v. dreigende dwarslaesie): 100% < 1 dag;

Sub-acuut (b.v. botmetastasen met ernstige pijnklachten): 80% < 7 dagen;

Overige indicaties (planbare behandeling): 80% < 21 dagen.

¹ Bron: TR-039, notitie streefnormstelling wachttijden curatieve sector, Treekoverleg.

² Algemene normstelling voor wachttijden in de radiotherapie, opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO), die in alle afdelingen voor radiotherapie in Nederland van toepassing zou moeten zijn. Deze norm geldt niet voor patiënten waarbij radiotherapie electief wordt uitgesteld.