

Vergaderjaar 2005–2006

29 689

Herziening Zorgstelsel

30 300 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2006

Nr. 86

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 1 mei 2006

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 6 april 2006 overleg gevoerd met minister Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van VWS d.d. 5 december 2005 inzake een reactie op het rapport «Markt zorgt niet» (29 689, nr. 42);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 21 december 2005 inzake voortgang Sneller Beter 2005 (28 439, nr. 11);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 22 december 2005 inzake wachttijden ziekenhuizen (30 300-XVI, nr. 111).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

Vragen en opmerkingen uit de commissie

De heer **Buijs** (CDA) beschouwt het rapport van de SP-fractie met de titel «Markt zorgt niet» als een protest. De daarin aangehaalde argumentatie is naar zijn idee voornamelijk gebaseerd op angst voor het nieuwe stelsel in plaats van op feiten.

Hij is onder de indruk van de informatie en de resultaten op de website van het programma «Sneller Beter». Op grond van die informatie concludeert hij dat de wachttijden veel minder lang zijn geworden. Hij verzoekt de minister om die resultaten voor het zomerreces nader te inventariseren, te rubriceren en die vervolgens naar buiten te brengen.

Hoe staat het met het DBC-informatiesysteem (DIS)? Is de minister bereid om een overzicht te verstrekken van de diverse wachttijden en daarbij onderscheid te maken tussen het a- en het b-segment? Hij hecht eraan om te weten of er ook sprake is van substitutie tussen de beide segmenten.

De heer Buijs kan zich niet vinden in de Treeknormen. De periode is nog steeds te lang. Een van de oorzaken van te lange wachtlijsten is naar de mening van de NVZ dat de vraag nog steeds groter is dan het aanbod. Dat zou het gevolg zijn van het feit dat er beperkt wordt gecontracteerd. Is het de minister bekend dat er te beperkt wordt gecontracteerd en dat daardoor het risico bestaat dat de wachtlijsten weer langer worden?

De heer Buijs maakt zich zorgen over het sterk teruglopende aantal harttransplantaties in Nederland. In 2003 werden er 40 harttransplantaties uitgevoerd. In 2004 waren dat er 32 en in 2005 werden er slechts 25 harttransplantaties uitgevoerd. Momenteel staan er dan ook 50 hartpatiënten

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Vendrik (GroenLinks), Kant (SP), Blok (VVD), voorzitter, Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der Horst (CDA), onder-voorzitter, Vergeer (SP), Vietsch (CDA), Joldersma (CDA), Varela (LPF), Van Heteren (PvdA), Smilde (CDA), Nawijn (LPF), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Kraneveldt (LPF), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA), Azough (GroenLinks), Koşer Kaya (D66) en Van der Sande (VVD).
Plv. leden: Rouvoet (ChristenUnie), Verdaas (PvdA), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Halsema (GroenLinks), Gerkens (SP), Veenendaal (VVD), Hamer (PvdA), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Koomen (CDA), Van As (LPF), Waalkens (PvdA), Mosterd (CDA), Bussemaker (PvdA), Heemskerk (PvdA), Oplaat (VVD), Hermans (LPF), Hirsi Ali (VVD), Eski (CDA), Van Gent (GroenLinks), Bakker (D66) en Nijs (VVD).

op de wachtlijst voor een donorhart. De oorzaken zijn de te strenge acceptatiecriteria en capaciteitsgebrek in harttransplantatiecentra. Hij verzoekt de minister om dat probleem aan te pakken en op korte termijn met een plan van aanpak te komen.

De KWF-werkgroep heeft in maart jongstleden een rapport over wachttijd-normen in de kankerzorg uitgebracht. De werkgroep trekt de conclusie dat de Treeknormen niet toereikend zijn voor levensbedreigende ziekten als kanker. Daarmee is de heer Buijs het eens. Hij verzoekt de minister voor het zomerreces een schriftelijke reactie te geven op het rapport van de werkgroep KWF. De aanbevelingen van die werkgroep sluiten goed aan bij het programma «Sneller Beter».

Mevrouw **Arib** (PvdA) zegt dat in november 2005 in de Volkskrant een artikel is verschenen met de mededeling dat 3,3 miljoen mensen te lang op zorg moeten wachten en dat de wachttijden onaanvaardbaar lang zijn. Zij is niet onder de indruk van de werkwijze van de minister op dit punt, want er lijkt niet bijster veel te zijn veranderd. In de brief van de minister staat dat de cijfers in dat artikel van de Volkskrant zijn gebaseerd op de cijfers van het CTZ van 2004. Hij baseert zich in zijn brief tot haar teleurstelling op databasegegevens van een jaar geleden, op contacten met het veld en op de stelling dat door verzekeraars «zorgbreed» is gecontracteerd. Wat verstaat de minister onder «zorgbreed»? Graag wil zij inzicht in de huidige wachttijden.

De NVZ heeft bij ongeveer 55% van de ziekenhuizen geïnformeerd naar de actuele wachttijden bij verschillende specialismen. Uit dat onderzoek blijkt dat binnen de Treeknormen 80% van de zorg kan worden gegeven. Wat dat betreft is er sinds 2004 dus niet veel veranderd. Er zijn weliswaar verschillen tussen specialismen, maar over het algemeen zijn de wachttijden te lang. Naar de mening van de NVZ zijn onvoldoende capaciteit en gebrek aan geld daarvan de oorzaak. Is de minister het daarmee eens en kan hij daarin verandering brengen? Wat zijn de gevolgen voor het percentage patiënten dat niet binnen de gestelde tijd kan worden geholpen? Is bekend of lange wachttijden tot extra schade en kosten leiden? Hoe kunnen wachttijden landelijk inzichtelijk worden gemaakt? Is de minister bereid om landelijke normen op te stellen in plaats van de Treeknormen en die ook te handhaven?

Het Medisch Centrum Alkmaar verleende in 2005 eigen personeel voorrang ten opzichte van patiënten. Het VU Medisch Centrum heeft een overeenkomst gesloten met KLM en ABN/AMRO om die personeelsleden met voorrang te behandelen. Is het de minister bekend of ook andere ziekenhuizen voorrangmethodes hanteren? Zorgverzekeraars sluiten contracten met zorginstellingen om af te dwingen dat hun verzekerden voorrang krijgen, de zogenaamde voorkruipzorg. Welke maatregelen is de minister van plan te nemen om dit een halt toe te roepen? Is hij nog steeds van mening dat verzekeraars geen misbruik maken van hun macht?

Dankzij het DBC-systeem zou er inzicht zijn in de wachttijden voor MRI-onderzoek. Er is echter alleen duidelijkheid over de doorlooptijd. Er is niets bekend over de tijd die verstrijkt tussen de aanvraag van de arts en het doen van MRI-onderzoek. Patiënten zouden moeten shoppen als blijkt dat de wachttijd voor een MRI-onderzoek in het behandelende ziekenhuis te lang is. Hoe komt de patiënt te weten dat de wachttijd in een ander ziekenhuis korter is en of zijn verzekeraar die behandeling vergoedt? Kankerpatiënten moeten zo snel mogelijk worden geholpen. Zij maakt zich ook zorgen over het feit dat er een lange wachtlijst is voor hartpatiënten die afhankelijk zijn van een donorhart.

Mevrouw **Schippers** (VVD) is er voorstander van om af te rekenen op kwaliteit en dus ook op wachttijden. Prestatieprikkelers leiden immers voor iedereen tot een aanzienlijke vermindering van de wachttijden. Dat is nu al zichtbaar in het b-segment van ziekenhuizen. Zij geeft niet de voorkeur

aan de optie dat iedereen even lang maar allemaal wel langer moet wachten. Het is niet bezwaarlijk dat de wachttijden verschillend zijn op basis van afspraken met de verzekeraar zolang de medische indicatie doorslaggevend blijft en er moeten geen onoorbare afspraken worden gemaakt tussen een verzekeraar en een dominante aanbieder in de regio. Wat precies gebeurt moet transparant zijn en de zorgverzekeraar houdt zijn zorgplicht. Bij de behandeling van de WMG zijn daarover specifieke afspraken gemaakt en de Zorgautoriteit moet erop toezien dat die worden nagekomen.

Onder andere door de NPCF wordt aangedrongen op het wettelijk vastleggen van de Treeknormen. Dat kan er echter toe leiden dat een aanbieder die onder de Treeknorm zit niet een extra tandje bij zet om die wachttijd verder te verkorten. Daarbij komt dat de wettelijke norm nooit scherp kan worden gesteld, omdat veel aanbieders vooraf zullen aankondigen dat zij daaraan niet kunnen voldoen. Zij beschouwt de prikkels die van het nieuwe systeem uitgaan als een betere waarborg voor kortere wachttijden dan symbolische wettelijke normen. Het programma «Sneller Beter» is daarbij een enorme stimulans. Dat laat al goede resultaten zien. Met name het enthousiasme van de zorgaanbieders werkt daarbij stimulerend.

Er zijn geen algemene gegevens over de wachttijden voorhanden. Wanneer zal dat wel het geval zijn? De NVZ spreekt over de relatie tussen de wachttijden en de beperkte contractering. Dat is vreemd, want de minister heeft gezegd dat er breed is gecontracteerd.

Zij vraagt aandacht voor levensbedreigende ziekten als kanker waarvoor geldt dat tijdig ingrijpen enorm belangrijk is. De eerste jaren heeft de minister zich ingezet om vooral die wachttijden te verkorten. Hoe staat het daarmee en wat is zijn inzet vandaag de dag?

Zij deelt de reactie en de conclusies van de minister op het SP-rapport met de titel «Markt zorgt niet». Er worden goede stappen gezet, maar het eind is nog lang niet in zicht. Het CBS heeft gegevens verstrekt over de overheid in relatie tot het extra personeel in ziekenhuizen. Dit ziet er niet goed uit. De Kamer heeft de minister om een schriftelijke reactie gevraagd en ook om een plan van aanpak om het tij te keren. Is er wat dat betreft sprake van grote verschillen tussen ziekenhuizen? Zo ja, waardoor worden die veroorzaakt? Mevrouw Schippers pleit voor terugdringing van de administratieve lasten. Misschien is het mogelijk om dat te koppelen aan het programma «Sneller Beter». Het is overigens te gemakkelijk om te mopperen op de administratieve lasten en met hetzelfde gemak inzicht te willen in de wachttijden binnen lopende behandelingen.

Mevrouw **Azough** (GroenLinks) verwijst naar het artikel in de Volkskrant waarin cijfers over de wachttijden zijn opgenomen. Uit de brief van de minister blijkt niet hoe lang mensen op een bezoek aan de specialist of op een behandeling moeten wachten. Dat is teleurstellend.

De NVZ stelt dat de wachttijden worden veroorzaakt door onvoldoende capaciteit en een beperkt budget. Een en ander zou voortvloeien uit een beperkte contractering. Kan de minister een toelichting geven? Als die wachtlijsten onder andere zijn te wijten aan een beperkt budget, wat is de minister dan van plan om te doen?

Uit het signaleringsrapport van de KWF-werkgroep blijkt dat de normen nadrukkelijk zijn opgesteld op basis van maatschappelijke aanvaardbaarheid in plaats van op grond van medische urgentie. Dat is vreemd. Voor kankerpatiënten zijn die normen naar het oordeel van de KWF-werkgroep niet toereikend.

De minister wil dat de patiënt meer macht krijgt. Naar aanleiding van het signaleringsrapport van de KWF-werkgroep komt de NPCF met een plan dat onder andere tot doel heeft om de patiënt meer macht te geven. Zij kan zich daarin vinden. Wat is de mening van de minister daarover? De

NPCF merkt op dat de Treeknormen voor het b-segment niet gelden. Is dat juist? Zo ja, waarom is dat niet het geval?

Mevrouw Azough deelt de zorgen van de NPCF over de voorkruipzorg. Verzekeraars kopen voor hun verzekerden extra productie in. Waarom is dat toegestaan? Waarom staan operatiekamers leeg, terwijl er wachtlijsten zijn? Medische indicatie dient als uitgangspunt te worden genomen voor een snelle behandeling in plaats van de zorgverzekering.

Een goede definitie van wachttijd ontbreekt. Zij pleit voor een verdeling in drie categorieën in plaats van twee.

Er moet snel een eind komen aan de lange, bureaucratische machtigingsprocedures voor specialisten. Als dat niet gebeurt, lijkt het haar goed om de volgende methode te hanteren: de verzekeraar moet binnen een week reageren. Anders mag de behandelaar ervan uitgaan dat er toestemming wordt gegeven.

Mevrouw **Kant** (SP) is de minister erkentelijk voor het feit dat hij heeft gereageerd op het rapport van het meldpunt Zorg geen markt. Zij heeft niet de illusie dat zij het met hem eens zal worden over de gevolgen van het nieuwe zorgstelsel.

Er zou onderzoek worden gedaan naar de plastische chirurgie. Hoe staat het daarmee? De minister heeft een brief toegezegd over de invulling van de polisvoorwaarden die zorgverzekeraars opstellen en de wijze waarop zij daaraan in de praktijk invulling geven. Komt die brief nog? Ook heeft de minister een toezegging gedaan ten aanzien van de reductie van de machtigingsprocessen. Wat is de stand van zaken?

Onduidelijk is hoe het staat met de wachtlijsten. Wel zijn er helaas signalen afgegeven dat het lang niet overal goed gaat. De NVZ heeft veel ziekenhuizen benaderd met de vraag hoe het met de wachtlijsten is gesteld en komt tot de conclusie dat er problematisch lange wachttijden zijn voor orthopedie, plastische chirurgie en oogheelkunde. De oorzaak daarvan zou zijn dat er te weinig wordt gecontracteerd. Dat begrijpt zij niet. Zij noemt het ziekenhuis in Winschoten als voorbeeld. Daar zijn de wachtlijsten verdwenen. Dat ziekenhuis kan aantonen dat het meer budget nodig heeft om die situatie in stand te houden, maar dat probleem wordt niet opgelost. Dat zal waarschijnlijk tot gevolg hebben dat er op den duur weer wachtlijsten ontstaan. Dat ziekenhuis heeft een uitgebreid rapport opgesteld en dat naar het ministerie van VWS gestuurd. In reactie daarop heeft het een kort briefje ontvangen. Mevrouw Kant is van mening dat de minister inhoudelijk op dat rapport had moeten reageren. In sommige gevallen wordt er te weinig gecontracteerd en in andere gevallen sluiten de ziektekostenverzekeraars contracten met ziekenhuizen om af te dwingen dat hun verzekerden voorrang krijgen. Voorkruipzorg wordt dus geaccepteerd. De norm is echter dat alleen de medische indicatie bepaalt wie het eerst wordt geholpen en dat moet niet veranderen. Zij hecht eraan dat de minister dat beaamt.

Hoe wil de minister het probleem van de lange wachtlijsten voor MRI-onderzoek oplossen? Voor mensen met een levensbedreigende ziekte moeten inderdaad andere normen gelden. Misschien is het mogelijk om voor een AMvB te kiezen om die normen vast te leggen. Mevrouw Kant wil inzicht in de wachttijden voor die patiënten.

Antwoord van de minister

De **minister** antwoordt dat het inderdaad goed gaat met het programma «Sneller Beter» en dat veel zorginstellingen daaraan met veel enthousiasme werken. De resultaten zijn dat er logistieke verbetering optreedt, dat patiënten vriendelijker worden benaderd en dat de wachttijden snel korter worden. Eindelijk is een begin gemaakt met het transparant maken van de kwaliteit van de ziekenhuiszorg. Gisteren heeft hij de tweede set prestatie-indicatoren van de IGZ ontvangen waaruit onder andere blijkt

dat het aantal gevallen van decubitus binnen een jaar van 11% naar ongeveer 6% is teruggelopen. Het is inderdaad goed om de cijfers naar buiten te brengen, omdat er dan een beter beeld ontstaat van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Bovendien werkt dat aanmoedigend. Hij zegt toe dat er binnenkort een folder zal verschijnen met de resultaten van het programma en het gevoerde beleid. Ook zal er een wetenschappelijke studie worden uitgebracht. De minister zegt dat het hem opvalt dat het lastig is om ervoor te zorgen dat journalisten op een positieve manier over dit onderwerp schrijven.

Het is juist dat tussen 1994 en 2004 het aandeel van administratief personeel is toegenomen van 15% naar 17%. Tot 2003 is het aandeel patiëntgebonden personeel gestabiliseerd op 58%. In 2004 is dat zelfs gestegen tot 60%. Het aandeel facilitair personeel is gedaald. Per saldo wordt er dus efficiënter gewerkt en daardoor kunnen er meer handen aan het bed komen. De minister geeft toe dat er op het punt van de administratieve lasten nog veel werk moet worden verzet. Daarvoor is dan ook een apart traject ingezet. Er moet eenheid komen in de jaarverantwoording van de ziekenhuizen en alle indicatoren die broodnodig zijn om de kwaliteit te verbeteren.

De minister benadrukt dat de netto productietoename in de ziekenhuissector in de afgelopen jaren enorm is geweest. Daaraan zijn vele miljarden besteed. Alleen al in de huidige kabinetsperiode is voor de ziekenhuiszorg een bedrag van 2,7 mld. voor groeiruimte beschikbaar gesteld. Dat is meer dan voldoende om de demografische groei op te vangen. Als er geen wachtlijsten zouden zijn, was er sprake van een ongeloflijk groot probleem. Dan zou de capaciteit immers niet optimaal worden benut. De verwachting is dat het DIS voor de zomer van 2006 zal draaien. Uit het DIS kan naar alle waarschijnlijkheid meer specifieke informatie worden verkregen over de verschillende wachttijden. Het ministerie van VWS heeft aan de hand van de verschillende webpagina's een overzicht gemaakt. Zijn indruk is dat de wachttijden ten opzichte van december 2004 verder zijn teruggebracht, namelijk van 5 weken naar 4,7 weken. Voor dagopname is de wachttijd verminderd van 4,3 weken naar 4 weken. Gemiddeld zit men dus ruim onder de Treeknormen. Op het punt van de efficiency is er wel sprake van een enorme spreiding bij plastische chirurgie en oogheelkunde. Toch worden alle ziekenhuizen volgens dezelfde objectieve parameters gebudgetteerd. Hij is er geen voorstander van om die verschillen weg te nemen door de sector met geld te besproeien, omdat daarmee geen efficiencywinst is te behalen. Bovendien kunnen patiënten en hun verzekeraars shoppen. Voor veel operaties, bijvoorbeeld staaroperaties, geldt immers dat het niet zo erg is om een paar maanden te wachten. Voor zeer urgente zorg is het uiteraard niet mogelijk om bijvoorbeeld 23 weken te wachten. Ziekenhuizen hebben alle ruimte om urgente zorg voorrang te geven. De minister heeft geen reden om aan te nemen dat dit niet gebeurt.

Als er meer wordt gecontracteerd, is dat voor een ziekenhuis natuurlijk altijd beter. Hij spreekt de hoop uit dat de verzekeraars zuinig zijn en dat zij nagaan wat werkelijk nodig is. Het is immers de rol van de zorgverzekeraar om niet klakkeloos in te gaan op de wensen van de ziekenhuizen. Het ministerie van VWS heeft een gesprek gevoerd met een vertegenwoordiging van het ziekenhuis in Winschoten en was niet onmiddellijk overtuigd van alle aangedragen argumenten.

In het a-segment is heel ruim gecontracteerd, namelijk voor 100%, en in het b-segment is dat voor 95% gedaan. Met name in het b-segment zijn de wachttijden pijlsnel afgenomen.

De NVZ stelt dat de wachttijden worden veroorzaakt door onvoldoende capaciteit en een beperkt budget als gevolg van een beperkte contractering. De Kamer vreest dat de wachttijden daardoor weer zullen oplopen, maar uit de brief van de NVZ blijkt dat niet. De minister zegt toe dat hij de

Kamer binnen een week nadere informatie over dit onderwerp zal verstrekken.

Er is inderdaad geen sprake van volledig gelijke rechten voor alle patiënten. Dat is overigens niets nieuws, maar dat valt meer op omdat sommige ziekenhuizen de wachtlijsten nagenoeg hebben opgelost en andere zijn achtergebleven. Inmiddels vindt er meer concurrentie tussen ziekenhuizen plaats. Dat is een gezonde zaak, want daardoor hebben ziekenhuizen het initiatief genomen om de wachttijden terug te brengen. Verzekeraars hebben de mogelijkheid om afspraken te maken met de ziekenhuizen voor extra productie waarbij de eigen verzekerden sneller worden geholpen. Dit is het geval bij de afspraak tussen het Diaconessenhuis Leiden en Zorg en Zekerheid. Overigens geldt daarbij dat medische noodzaak altijd bepalend is of een patiënt wordt geholpen ongeacht waar deze is verzekerd.

De Begeleidingscommissie Orgaantransplantatie van het College voor Zorgverzekeringen werkt momenteel aan een eindrapportage over de capaciteit van de Nederlandse hartcentra. Dat zal binnenkort worden uitgebracht. Aan de hand daarvan zal de minister rond de zomer van dit jaar een standpunt innemen en indien nodig zal hij dan gepaste maatregelen aankondigen.

In de vorige kabinetsperiode was er sprake van een geringe capaciteit bij de radiotherapie. Daardoor ontstond er een grote vertraging op het terrein van de behandeling van kanker. Het vorige kabinet heeft extra middelen ingezet om het capaciteitsgebrek bij de radiotherapie op te heffen. De werkgroep van het KWF concludeert dat het lastig is om op basis van wetenschappelijk onderzoek aan te geven wat aanvaardbare wachttijden zijn. Die pleit voor striktere normen voor de kankercare. De minister ondersteunt dat en erkent dat er een gebrek aan houvast is om duidelijke criteria op te stellen voor wachttijden voor het onderzoeken en behandelen van mensen met levensbedreigende ziekten. Hij zegt daarom toe dat er scherpere criteria zullen worden geformuleerd en dat hij daarop schriftelijk zal ingaan nadat hij met het veld heeft overlegd. Aan de vastgestelde normen dient iedereen zich te houden en de IGZ zal inspecteren. Verzekeraars hebben een zorgplicht en als zij niet voldoende geld verschaffen om aan die normen te voldoen, worden zij daarop afgerekend. Aan de hand van de kwaliteitsbrief van de minister zal daarover een discussie plaatsvinden. In die discussie kan ook aandacht worden besteed aan de vraag of het wenselijk is om wettelijke normen op te stellen. Hij is daarvan vooralsnog geen voorstander. De minister zegt toe dat hij ook op de andere punten en suggesties in het rapport van de werkgroep van het KWF zal reageren. Tevens zal hij nagaan in hoeverre een en ander is in te passen in het programma «Sneller Beter».

Binnen enkele weken zal hij naar aanleiding van het rapport over de plastische chirurgie een brief aan de Kamer sturen. Daarin zal hij tevens ingaan op de harmonisering van de machtigingsprocedures.

De minister heeft aan de hand van de cijfers niet geconstateerd dat er problematisch lange wachttijden zijn voor MRI-onderzoek.

Nadere gedachtewisseling

De heer **Buijs** (CDA) roept de minister nogmaals op om het positieve nieuws over de wachttijden in de ziekenhuiszorg naar buiten te brengen. Is met het DIS ten aanzien van de wachttijden eventuele substitutie tussen het a- en b-segment aan te tonen?

Voor de begroting wil hij duidelijkheid over de wachttijden voor harttransplantaties.

De gekozen aanpak lijkt hem positief.

Mevrouw **Arib** (PvdA) vindt het een probleem dat de Treeknormen niet wettelijk verankerd en dus evenmin afdwingbaar zijn. Wat gebeurt er als

de zorgverzekeraar er niet voor kan zorgen dat de benodigde zorg tijdig wordt aangeboden?

Mevrouw **Schippers** (VVD) vraagt naar de wachttijden voor het onderzoeken en behandelen van mensen met een levensbedreigende ziekte. Onderneemt de minister wat dat betreft specifieke acties? Zij heeft veel vertrouwen in de nieuwe aanpak.

Mevrouw **Azough** (GroenLinks) vraagt wanneer er duidelijkheid kan worden gegeven over de huidige wachtlijsten. Is het juist dat voor het b-segment de Treeknormen niet gelden? Zij maakt zich nog steeds zorgen over de voorkruipzorg.

Mevrouw **Kant** (SP) zegt dat haar niet duidelijk is wanneer de Kamer inzicht krijgt in de wachttijden. Het lijkt haar goed om de Zorgautoriteit te laten onderzoeken hoe de marktwerking, de concurrentie tussen ziekenhuizen en het contracteren met zorgverzekeraars uitpakt. De minister doet laconiek over de voorkruipzorg. Het hangt momenteel onder andere van de ziektekostenverzekeraar af of mensen al dan niet sneller worden geholpen. Als de minister dat tegenspreekt, betekent dit dat de informatie op de website niet correct is. Zij verzoekt hem om dat na te gaan.

De medische indicatie moet bepalend zijn voor het al dan niet met voorrang behandelen. Mensen, en dus ook patiënten, zijn gelijkwaardig. De minister heeft gezegd dat de zorgverzekeraars een zorgplicht hebben en dat zij zich dus aan de gestelde normen moeten houden, maar dat is in de wet niet geregeld.

De **minister** zegt dat hij de vraag van de heer Buijs over de substitutie pas kan beantwoorden op het moment dat het DIS goed draait. De gegevens over de wachttijden voor harttransplantaties zullen voor de begroting beschikbaar zijn.

De kwaliteitsnormen zijn niet wettelijk verankerd. Soms is het beter om niet alles vast te leggen. Op niet al te lange termijn zullen de kwaliteitsnormen beter worden geëxpliciteerd dan ooit tevoren. Hij staat er echter huiverig tegenover om al die normen wettelijk vast te leggen, met uitzondering van een paar veiligheidseisen voor patiënten. Als alles in wetten wordt vastgelegd, moeten er steeds wijzigingen plaatsvinden. De zorgsector is immers in ontwikkeling.

Er is geen inzicht in de wachttijden voor onderzoek en behandeling van mensen met levensbedreigende ziekten, maar waarschijnlijk is dat er wel zodra het DIS goed functioneert. Er is, zoals gezegd, geïnvesteerd in radiologie en in hart- en vaatziekten. Daardoor is er verbetering opgetreden. Momenteel wordt er niet extra geïnvesteerd in de behandeling van levensbedreigende ziekten, maar daarin kan verandering komen als er meer inzicht is in de wachttijden op dat terrein.

In ziekenhuizen is veel overcapaciteit. Productiemiddelen worden niet optimaal benut. Als het proces van marktwerking daarin verandering kan brengen, is dat heel positief. Het proces van marktwerking mag er niet toe leiden dat mensen geen adequate zorg krijgen of dat die te laat komt. Dat neemt niet weg dat er wat verschillen mogen zijn binnen de normen van adequate zorg.

De minister zal nagaan welke gegevens op de website staan waarop de Kamer doelt in relatie tot de voorkruipzorg en zegt daarop terug te komen.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Blok

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen