

Vergaderjaar 2016–2017

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 353

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 31 mei 2017

Onlangs heb ik uw Kamer per brief laten weten dat ik de Marktscan medisch-specialistische zorg 2016 en de Marktscan GGZ van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) naar verwachting in mei zou aanbieden.¹ Graag geef ik met deze brief uitvoering aan deze toezegging. De beide marktscans treft u met de bijbehorende aanbiedingsbrief, bijgaand aan².

De beide marktscans geven een beeld van recente ontwikkelingen in de sector. Ik vat enkele elementen voor u samen en ik ga specifiek in op de aandachtspunten die de NZa benoemt en de acties die de NZa oppakt. Eén van deze aandachtspunten betreft de toename van wachttijden. Op 11 mei jongstleden heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een brief aan de Minister van VWS gestuurd met maatregelen hoe deze toename van de wachttijden in de msz, ggz en wlz aan te pakken. Hierbij stuur ik u ook deze brief «Actieplan wachttijden in de zorg»³ toe en geef ik hierop ook een reactie.

Marktscan msz

De NZa geeft aan dat dure geneesmiddelen een steeds groter onderdeel uitmaken van de kosten en daarmee in toenemende mate effect hebben op de verdeling en inzet van het macrobudget. De ontwikkelingen rondom dure geneesmiddelen hebben mijn volle aandacht. Met de maatregelen en acties uit de geneesmiddelenvisie wordt breed ingezet op het betaalbaar en toegankelijk houden van geneesmiddelen. Ook de komende periode blijf ik stevig inzetten op een gecoördineerde aanpak van de dure

¹ Kamerstukken 25 424 en 29 248, nr. 350.

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

geneesmiddelen. Zoals in de laatste voortgangsbrief over de geneesmiddelenvisie gemeld, informeer ik u periodiek hierover.⁴

Ook gaat de NZa in op de wachttijden en reistijden in de medisch-specialistische zorg. De landelijk gemiddelde wachttijd voor diagnostiek lag binnen de Treeknorm. Voor behandeling lagen de meeste specialismen binnen de Treeknormen.

Alleen de behandeling voor ruggenmergstimulatie, buikwandcorrectie en borstreconstructie kwam gemiddeld in 2016 net boven de Treeknorm van 7 weken uit. Bij acht van de 24 specialismen zijn de gemiddelde wachttijden voor een eerste polikliniekbezoek hoger dan de Treeknorm. Het gaat dan om de specialismen allergologie, oogheelkunde, maag, darm en leverziekten (MDL), reumatologie, revalidatiegeneeskunde, pijnbestrijding/anesthesiologie, neurologie en neurochirurgie. Voor bijna al deze specialismen geldt dat de wachttijd in 2015 ook boven de Treeknorm uitkwam. Dat bij een specifiek specialisme sprake is van een (te) lange wachttijd wil niet zeggen dat de patiënt niet op tijd geholpen kan worden. Volgens de marktscan is voor de meeste specialismen die de Treeknorm overschrijden overigens geen of weinig extra reistijd zichtbaar voor patiënten naar de dichtstbijzijnde aanbieder die wel aan de norm voldoet. Patiënten met acute zorgvragen kunnen ook altijd direct bij een zorgaanbieder terecht.

De NZa geeft een hoge prioriteit aan het verbeteren van de wachttijden en onderzoekt alle meldingen die ze krijgen van patiënten die te lang moeten wachten. Ook controleert de NZa bij zorgverzekeraars welke actie zij voor deze patiënten hebben ondernomen. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. In bijgevoegd actieplan van de NZa van 11 mei jongstleden, gericht op het terugdringen van de wachttijden, staan onder andere de volgende acties:

- Aanspreken van zorgverzekeraars en -aanbieders op het beter informeren van patiënten;
- Wegnemen van de oorzaken van de wachttijden en mogelijk oplossingen bespreken met zorgverzekeraars en -aanbieders;
- Afspraken maken over zorgbemiddeling bij wachtlijsten, zodat patiënten bij te lange wachttijden alsnog binnen de Treeknorm geholpen kunnen worden bij een andere aanbieder;
- Verbeteren van inzicht in de wachttijden door de kwaliteit van wachttijdregistratie minder omslachtig en sneller te maken.

Op dit moment voert de NZa daarnaast verdiepend onderzoek uit naar de oorzaken van de wachttijden in ziekenhuizen en komt in de zomer met een plan van aanpak met aanvullende maatregelen en verbeteracties.

De wachttijden in de zorg zijn onverminderd een doorlopend punt van aandacht aangezien deze medebepalend zijn voor de toegankelijkheid van zorg. Ik hecht dan ook veel waarde aan de acties die de NZa onderneemt en in bijgevoegd actieplan van 11 mei jongstleden heeft aangekondigd om de wachttijden in de medisch-specialistische zorg samen met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere betrokken partijen aan te pakken. In het onderhandelaarsakkoord medisch-specialistische zorg 2018⁵ hebben partijen zich er ook aan gecommitteerd zich tot het uiterste in te spannen wachttijden aan te pakken en te zorgen dat de wachtlijsten binnen de Treeknorm blijven. Ik zal hierover met de NZa en met partijen in gesprek blijven en vragen om continue alertheid.

⁴ Kamerstuk 29 477, nr. 397.

⁵ Kamerstuk 29 248, nr. 303.

In de marktscan msz constateert de NZa dat bij de contractering tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen prijsafspraken met bijbehorende plafondaafspraken de boventoon voeren. Daarnaast ziet de NZa ook contracten ontstaan waarin afspraken worden gemaakt over bijvoorbeeld kwaliteit, substitutie of verbeterde prijstransparantie.

Vaak betreffen dit contracten die voor meerdere jaren gelden en zekerheid bieden voor alle partijen over zowel de beschikbare financiële middelen als ruimte voor meerjarige kwaliteitstrajecten. Volgens de NZa kent Nederland een kwalitatief goede gezondheidzorg, maar zou de NZa graag meer nadruk zien op kwaliteitsafspraken in de contractering. De NZa geeft aan dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders hier gezamenlijk nog beter invulling aan kunnen geven. Verdere vergroting van de transparantie die aansluit op de behoeften van burgers om een goede keuze te maken in het zorgaanbod is daarbij een belangrijk aandachtspunt. De NZa constateert dat de huidige bekostiging op dit moment ruimte biedt voor verschillende initiatieven en verwacht dat de sector kan blijven innoveren binnen de ruimte die het huidige systeem biedt.

Daarnaast geeft de NZa aan dat de volumes in de medisch-specialistische zorg dalen, terwijl de prijzen licht stijgen. De omzet groeit volgens de NZa beperkt door omdat zorgverzekeraars omzetplafonds stellen vanuit het onderhandelaarsakkoord 2014–2017.

Ten slotte wijs ik op de conclusie van de NZa dat ondanks de financiële crisis, onzekerheden rondom de overgang naar prestatiebekostiging en DOT-systematiek in 2012 en de groeiafspraken uit het onderhandelaarsakkoord 2014–2017, de financiële situatie van ziekenhuizen en umc's tussen de jaren 2012 en 2015 gemiddeld genomen is verbeterd. Die verbetering geldt voor veel ziekenhuizen en de spreiding tussen de ziekenhuizen is volgens de NZa beperkt. Wel benoemd de NZa dat er ook ziekenhuizen zijn die financieel minder goed voor staan.

Marktscan ggz

Het thema «wachttijden» is ook een belangrijk thema in de Marktscan ggz. De NZa constateert voor de gespecialiseerde ggz dat de zogenaamde «aanmeldwachttijd» bij ggz-instellingen gemiddeld 6 weken is. Dat is 2 weken langer dan de norm van 4 weken. Dit is iets hoger dan in 2015, toen deze aanmeldwachttijd gemiddeld 5,7 weken was. Bij vrijevestigden in de gespecialiseerde ggz is de aanmeldwachttijd gemiddeld 8,6 weken. In de basis-ggz ligt de aanmeldwachttijd gemiddeld rond de norm van 4 weken voor zowel ggz-instellingen als vrijevestigde ggz-aanbieders. De NZa constateert dat de aanmeldwachttijd in de gespecialiseerde ggz vooral oploopt voor patiënten die een behandeling nodig hebben voor persoonlijkheidsstoornissen (aanmeldwachttijd gemiddeld 5 weken) of autisme (aanmeldwachttijd gemiddeld 7,5 week). Er zijn ook patiënten die (veel) langer of die juist korter dan de gemiddelde aanmeldwachttijd moeten wachten. De wachttijd vanaf de intake tot de behandeling (de zogenaamde behandelingswachttijd) is meestal (veel) korter dan de norm van 10 weken. Voor acute ggz zijn er geen of alleen zeer korte wachttijden.

De NZa heeft ook onderzocht of de aanmeldwachttijden tussen regio's verschillen.

Daaruit blijkt dat de aanmeldwachttijd gemiddeld het laagst is in de provincies Zeeland en Groningen: daar liggen de gemiddelde wachttijden tot de intake bij gespecialiseerde ggz-instellingen op of rond de norm. De gemiddelde aanmeldwachttijden in de provincies Drenthe (8 weken) en Utrecht (9 weken) liggen boven het landelijk gemiddelde. In Limburg (3 tot 4 weken) valt op dat er veel kleinere zorgaanbieders zijn die relatief korte

wachttijden hebben en een paar grote zorgaanbieders waar juist lange wachttijden zijn.

Volgens de NZa worden de wachttijden in de ggz veroorzaakt door een combinatie van factoren. In de Marktscan ggz en in het genoemde Actieplan van de NZa worden onder andere de volgende factoren genoemd die deels met elkaar kunnen samenhangen:

- de «verdeling van omzetplafonds en de gemiddelde prijs per patiënt» die zorgaanbieders van zorgverzekeraars krijgen»;
- zorgaanbieders melden niet altijd tijdig dat het omzetplafond bereikt is;
- het stokken van de doorstroom in de ggz-keten;
- een verkeerde verwijzing of screening;
- zorgaanbieders sturen niet altijd voldoende op tijdige afronding van de behandelingen;
- bij de behandeling van sommige diagnoses kan ook een tekort aan behandelcapaciteit een rol spelen;
- patiënten weten niet altijd dat hun zorgverzekeraar hen kan helpen bij het vinden van tijdige en passende zorg;
- zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten wijzen soms naar elkaar omdat het onduidelijk is wie de zorg financiert;
- zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken in hun contracten nog weinig specifieke afspraken over de zorg aan patiëntgroepen met complexe problematiek die langdurige behandeling nodig hebben.

De NZa heeft al verschillende maatregelen genomen om de wachttijden in de ggz te bestrijden en kondigt nieuwe maatregelen aan. De NZa heeft per oorzaak van het probleem aangewezen wie een hoofdrol heeft bij de aanpak ervan. De NZa ziet in samenwerking tussen alle verantwoordelijke partijen de sleutel tot de oplossing. De NZa neemt de regierol op zich en zal hierop sturen:

- dit betreft o.a. de screening en (door- of terug-)verwijzing van patiënten;
- zorgaanbieders moeten onnodig (lang) behandelen voorkomen en sturen op doelmatige zorg;
- bij een te lange wachttijd, moeten zorgaanbieders contact opnemen met de zorgverzekeraars. Ook patiënten moeten zij hier actief over informeren en verwijzen naar hun zorgverzekeraar voor bemiddeling.
- zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten goede en specifieke (meerjaren-)afspraken maken over de behandeling van mensen met persoonlijkheidsstoornissen en autisme.

Verder heeft de NZa een oproep gedaan aan ggz-cliënten om zich te melden bij de NZa als zij te lang moeten wachten op hun zorg. Ruim 60 mensen hebben zich gemeld bij de NZa. Op basis van deze meldingen neemt de NZa contact op met de zorgverzekeraar. Verzekeraars hebben de plicht hun verzekerden te bemiddelen naar tijdige zorg. De komende weken zal de NZa regelmatig nieuwe oproepen doen tot het doen van meldingen.

De NZa zal de wachttijden in de ggz nauwlettend blijven monitoren en handhavend optreden als de verbeteracties van de zorgverzekeraars niet spoedig leiden tot kortere wachttijden. Dat houdt in dat deze zorgverzekeraars van de NZa een aanwijzing of een last onder dwangsom kunnen krijgen. Daarnaast beoordeelt de NZa de relatie tussen de contractvoorwaarden (tarieven en de gemiddelde prijs per patiënt) en de continuïteit van zorg.

De NZa geeft ook in overweging om via een wetwijziging de Wlz eerder open te stellen voor ggz-cliënten met blijvende behoefte aan permanent toezicht en 24-uurszorg. Over dit onderwerp zal ik u een aparte brief sturen.

In de Marktscan ggz worden verder nog diverse andere ontwikkelingen inzichtelijk gemaakt, zoals op het gebied van de uitgaven aan ggz, het aantal zorgaanbieders, en het aantal ggz-patiënten en patiëntenstromen. Wat dat laatste betreft blijkt uit een analyse van de NZa dat er een verschuiving van patiënten met een lichtere zorgvraag van de gespecialiseerde ggz naar de generalistische basis-ggz en de poh-ggz zichtbaar is. Daarmee wordt de zorgvraag van patiënten die nog wel in de gespecialiseerde ggz worden behandeld, ingewikkelder en worden de gemiddelde kosten per patiënt voor de behandeling en het eventuele verblijf in de gespecialiseerde ggz hoger.

De NZa meldt dat er in de ggz op verschillende manieren gewerkt wordt om (het inzicht in) de kwaliteit van zorg te verbeteren. De NZa schrijft dat het de opdracht is voor de NZa, zorgverzekeraars en andere organisaties, zoals de IGZ, om hierbij onnodige administratieve belasting te voorkomen. Het verminderen van de administratieve lasten van de uitvraag van kwaliteitsinformatie in de ggz is een belangrijk onderdeel van de bredere aanpak van regeldruk in de zorg. Deze maand ontvangt u een nieuwe voortgangsrapportage over het verminderen van de regeldruk in de zorg.

De NZa heeft ook gekeken hoe de contractering tussen zorgverzekeraars en vrijgevestigde ggz-aanbieders verloopt. Er zijn wat dit betreft verschillen en overeenkomsten tussen vrijgevestigde ggz-aanbieders en ggz-instellingen. Zo kopen verzekeraars soms ook bij vrijgevestigden selectief in en wordt er ook bij hen gebruik gemaakt van omzetplafonds. Het belangrijkste verschil is dat er geen onderhandelingsmogelijkheden zijn voor individuele vrijgevestigden. Daarnaast worden er bij vrijgevestigde ggz-aanbieders lagere tarieven gecontracteerd dan bij ggz-instellingen. De basistarieven voor vrijgevestigde aanbieders liggen rond de 80% van het maximumtarief. Door te voldoen aan criteria die verzekeraars stellen kunnen zij een hoger tarief krijgen. De eisen die verzekeraars stellen verschillen. De gemiddelde prijs is bij ggz-instellingen 95% van het maximumtarief en bij vrijgevestigde ggz-aanbieders 84% van het maximumtarief. Vanuit de beleving van de vrijgevestigde zorgaanbieders zorgen de verschillende eisen die verzekeraars stellen bij de inkoop van ggz voor veel administratieve lasten. Zoals al aangegeven is het verminderen van de administratieve lasten van de uitvraag van kwaliteitsinformatie in de ggz een belangrijk onderdeel van de bredere aanpak van regeldruk in de zorg, waarover u deze maand een nieuwe voortgangsrapportage ontvangt.

De NZa meldt ook dat de financiële positie van geïntegreerde en ambulante zorgaanbieders van ggz van 2013 naar 2014 gemiddeld gelijk is gebleven of verbeterd. Dit geldt voor de rentabiliteit, solvabiliteit, liquiditeit en het weerstandsvermogen.

Wachttijden wlz

In de brief 3 november jongstleden zijn verschillende acties aangekondigd om de wachttijd in de Wlz te verkorten en het proces van wachtlijstbemiddeling in de Wlz te verbeteren⁶. Een van deze acties is het actiever bemiddelen van cliënten door zorgkantoren. Hiervoor hebben de zorgkantoren een apart actieplan opgesteld. Over de uitkomsten hiervan

⁶ Kamerstuk 34 104, nr. 147.

wordt uw Kamer voor het zomerreces geïnformeerd. Ook is in deze brief aangekondigd dat de NZa haar toezicht op de zorgkantoren gaat intensiveren.

De NZa heeft in bijgevoegd actieplan van 11 mei jongstleden aan de zorgkantoren verzocht om in juni verbeterplannen bij de NZa in te dienen. Ook over de voortgang hiervan wordt uw Kamer nog voor het zomerreces geïnformeerd.

Ik ga er vanuit dat ik u hiermee voldoende heb geïnformeerd,

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn