

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1073

Vragen van de leden **Aukje de Vries, Hermans** en **De Lange** (allen VVD) aan de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor Medische Zorg en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht «Wachttijden onacceptabel»* (ingezonden 19 januari 2018).

Antwoord van Minister **De Jonge** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport), mede namens de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Minister voor Medische Zorg (ontvangen 7 februari 2018).

Vraag 1

Wat zijn de oorzaken van de wachttijden in de verschillende sectoren?¹ In hoeverre zijn de oorzaken, zoals genoemd in het verdiepende onderzoek «Wachttijden medisch specialistische zorg» uit juli 2017 nog actueel?

Antwoord 1

Het klopt dat in verschillende sectoren sprake is van wachttijden. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft hiervoor een actieplan opgesteld met projecten in vijf sectoren: medisch specialistische zorg (msz), ambulancezorg, wijkverpleging, langdurige zorg, geestelijke gezondheidszorg (ggz). Bij de oorzaken van de wachttijden ziet de NZa een aantal overeenkomsten tussen de sectoren. Er is onder andere te weinig bekendheid bij mensen over wachtlijstbemiddeling, een gebrek aan inzicht in wachttijden en over het algemeen wordt op dit vlak te weinig samengewerkt tussen zorgverzekeraars/zorgkantoren en zorgaanbieders. Hieronder wordt ingegaan op oorzaken van wachttijden per sector.

Msz

Uit het verdiepend onderzoek van de NZa bleek dat sprake is van een veelvoud factoren die invloed hebben op de wachttijden. Deze staan beschreven in de rapportage wachttijden msz². Sinds het verdiepende onderzoek uit juli 2017 heeft de NZa acties ondernomen, vooral gericht op het aanscherpen van het inzicht in de wachttijden, het bevorderen van wachtlijstbemiddeling en het tot stand brengen van samenwerkingsovereenkomsten. De NZa richt zich hier ook op in 2018 en stimuleert dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders, en andere betrokken partijen die kunnen

¹ Telegraaf d.d. 17 januari 2018

² Kamerstuk 29 248, nr. 306

bijdragen aan het terugdringen van wachttijden, hun verantwoordelijkheid nemen. Overigens is van belang dat voor patiënten bij de meeste specialismen die de Treeknorm³ overschrijden een passend en tijdig alternatief in de regio beschikbaar is.

Ambulancezorg

De NZa heeft de verzekeraars en Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV'en) begin 2016 gevraagd naar de oorzaken voor de normoverschrijdingen van de responstijden ambulances. De oorzaken die door de gesprekspartners zijn genoemd zijn divers en kunnen worden onderverdeeld in financiële, geografische, procesmatige en productiestijgingen. Kort samengevat is genoemd een tekort aan ambulances, tekort aan goed opgeleid personeel, de mate waarin partijen gebruik maken van de bewegingsruimte in het bekostigingsmodel, belemmeringen door geografie en infrastructuur, grensregio's met België en Duitsland die minder gebruik kunnen maken van burenhulp, uitdagingen bij landelijke gebieden, de mate waarin de RIVM-modellen rekening houden met de lokale en huidige omstandigheden, de rol van de meldkamer, de organisatie en aansturing van de ambulancevoorziening, de extramuralisering van zorg in de Wlz en ggz, en onverwachte hoge productiestijgingen, die deels verkeerdt worden door demografische ontwikkelingen. De door partijen genoemde oorzaken staan uitgebreid beschreven in het rapport normoverschrijdingen responstijden ambulances⁴.

Ggz

Voor de ggz-sector geldt dat er veel verschillende oorzaken van (te) lange wachttijden bestaan. Deze staan beschreven in de Marktscan ggz 2016 van de NZa⁵.

Wijkverpleging

Voor casemanagement dementie – een onderdeel van de wijkverpleging – heeft de NZa geconstateerd dat er sprake is van wachttijden die in sommige gevallen de maximaal aanvaardbare wachttijd overschrijden. De oorzaken van deze wachtlijsten zijn vaak complex en nog altijd actueel. Zo leiden personeelstekorten maar ook verschillende visies op de uitvoering van casemanagement tot situaties waarbij extra financiering alleen niet tot de oplossing leidt. In deze gevallen moet de NZa met alle betrokken partijen in de regio in overleg, zodat zij gezamenlijk tot oplossingen komen. De eerste successen van deze methode zijn inmiddels behaald; de Gooi en Vechtstreek is hiervan een goed voorbeeld.

Langdurige zorg

De oorzaken voor wachttijden in de langdurige zorg staan beschreven in het rapport wachtenden in de langdurige zorg van de NZa⁶.

Vraag 2

Wanneer moeten de wachttijden weer voldoen aan de afgesproken maximaal aanvaardbare wachttijden (Treeknormen)?

Antwoord 2

De aanpak van wachttijden zal onverminderd aandacht nodig hebben van alle betrokken partijen. De NZa werkt en blijft werken aan een structureel, actueel inzicht van wachttijden en heeft er ook in 2018 prioriteit van gemaakt de wachttijden en responstijden terug te dringen. Ik blijf dit dan ook nauwgezet volgen.

Voor de wachttijden in de msz is het van belang te realiseren dat niet elke overschrijding van de Treeknorm direct een probleem voor de patiënt oplevert. Sommige patiënten kiezen er zelf voor om zorg uit te stellen tot een voor hen passend moment. Ook bleek dat voor patiënten bij de meeste specialismen een passend en tijdig alternatief in de regio beschikbaar is,

³ De maximaal aanvaardbare wachttijd waarbinnen de patiënt zorg moet kunnen krijgen, zoals afgesproken door veldpartijen in het Treekoverleg en vastgelegd in het «Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw» (TH/BR-018).

⁴ Kamerstuk 29 247, nr. 223

⁵ Kamerstuk 25 424, nr. 353

⁶ Kamerstuk 34 104, nr. 177

maar dat zij hier nog niet altijd actief op gewezen werden. De NZa ziet er in 2018 op toe dat zorgaanbieders hun patiënten informeren over wachttijden en wachtlijstbemiddeling.

Voor wat betreft de afspraken in de ggz heeft mijn ambtsvoorganger in de zomer van 2017 bestuurlijke afspraken met het veld gemaakt om de wachttijden in de ggz weer binnen de Treeknormen te krijgen⁷. Doel van deze afspraken is om met een gezamenlijke aanpak uiterlijk op 1 juli 2018 de wachttijden binnen de afgesproken normen te hebben teruggebracht. De NZa monitort de uitvoering van deze afspraken. De eerste tussenrapportage van de NZa is op 22 december 2017 naar de Kamer gestuurd⁸. In de begeleidende brief zijn daarnaast aanvullende acties beschreven die door partijen zullen worden ingezet om binnen de gestelde termijn aan het doel van de afspraken te voldoen.

Vraag 3

In hoeverre hebben zorgverzekeraars en aanbieders afspraken gemaakt over het terugdringen van en omgaan met wachttijden? Welke concrete afspraken zijn uit het overleg voortgekomen? Welke sanctiemogelijkheden heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in het geval dat verzekeraars en aanbieders onvoldoende afspraken hebben gemaakt dan wel deze vervolgens niet uitvoeren?

Antwoord 3

De NZa heeft mij laten weten dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars over het algemeen contact hebben als wachttijden overschreden worden en dat zij gezamenlijk naar oplossingen zoeken die passen bij die specifieke situatie. De NZa spreekt met verzekeraars over lopende alternatieven om waar mogelijk goede voorbeelden te stimuleren.

Zorgverzekeraars moeten zich inspannen om ervoor te zorgen dat hun verzekerden kwalitatief goede, bereikbare en tijdige zorg ontvangen. Dit is onderdeel van hun zorgplicht. Indien de zorgplicht niet wordt nageleefd, dan kan de NZa handhaven. De NZa maakt onderscheid tussen formele en informele instrumenten tot handhaving. Bij informele maatregelen kan gedacht worden aan voorlichting, communicatie of «wenkbrauwgesprekken». De NZa kan als formele maatregel een aanwijzing opleggen aan de zorgverzekeraar. Indien de zorgverzekeraar de aanwijzing niet of niet binnen de gegeven termijn naleeft, kan de NZa dit feit of het handhavingsbesluit openbaar maken of een last onder bestuursdwang opleggen.

Indien zorgaanbieders transparantieverplichtingen niet nakomen, kan de NZa ook handhavend optreden richting de zorgaanbieders door middel van een aanwijzing, last onder dwangsom of bestuursdwang, of via een bestuurlijke boete.

Vraag 4

Wat vindt u van de suggestie dat een van de oorzaken is dat ziekenhuizen de afgelopen jaren 1% per jaar mochten groeien? Wat is over de wachttijden afgesproken in relatie tot de hoofdlijnenakkoorden? Welke aandacht gaat er in de nieuwe hoofdlijnenakkoorden besteed worden aan de wachttijden, naast de beheersing van de kosten?

Antwoord 4

Uitgangspunt van de Hoofdlijnenakkoorden is dat partijen zich tot het uiterste inspannen om zorg binnen de Treeknormen te (blijven) leveren. Zorgverzekeraars moeten uit hoofde van hun zorgplicht zo nodig actie ondernemen. De NZa heeft verschillende verbeterpunten genoemd voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In het Addendum 2018 bij het Hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017⁹ is de aanpak van wachttijden als specifiek aandachtspunt opgenomen en zijn afspraken gemaakt over de aanpak hiervan. Eén van de oorzaken was de druk op de Spoed Eisende Hulp (SEH) en de verschuiving van planbare zorg naar acute zorg. Juist daarom heeft mijn voorganger in het Addendum 2018 bij het Hoofdlijnenakkoord medisch

⁷ Kamerstuk 25 424, nr. 369

⁸ Kamerstuk 25 424, nr. 385

⁹ Kamerstuk 29 248, nr. 304

specialistische zorg voor 2017 en 2018 € 55 miljoen extra vrijgemaakt voor het versterken van het eerstelijns verblijf. In het Addendum bij het bestuurlijk akkoord huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018 en het Addendum 2018 bij het onderhandelaarsakkoord 2014 t/m 2017 zijn ook afspraken gemaakt over het bevorderen van substitutie. De NZa monitort in 2018 of dit werkelijk leidt tot verplaatsing van de zorg van tweede naar de eerste lijn.¹ Zoals ik u eerder¹⁰ heb laten weten, streef ik ernaar ook in de nieuwe Hoofdlijnenakkoorden, te sluiten in het voorjaar van 2018¹¹, afspraken te maken over de aanpak van wachttijden.

Vraag 5

Welke acties onderneemt u richting de zorgverzekeraars om de wachttijden bij de medisch specialistische zorg terug te dringen in het kader van de zorgplicht?

Antwoord 5

Ik spreek zorgverzekeraars aan op hun zorgplicht. Dit gebeurt onder andere in de diverse bestuurlijke overleggen die ik regelmatig heb. Ook ben ik van plan hierover afspraken te maken in de hoofdlijnenakkoorden die ik met de sectoren wil gaan afsluiten, zie hiervoor ook mijn antwoord op vraag 4. Formeel is de NZa de instantie die toezicht houdt op de wachttijden. De NZa heeft een toezichtkader zorgplicht dat zij kunnen handhaven en de NZa zet actief in op de aanpak van wachttijden. Daarom vind ik het ook goed dat de NZa mij hierover regelmatig rapporteert.

Vraag 6

Wat gaat u doen om de wachttijden in specifieke regio's op te lossen, zoals in Noord-Oost-Nederland?

Antwoord 6

Vorig jaar¹² is uw Kamer geïnformeerd dat voor de opleiding van onder andere medisch specialisten voor 2018 meer plaatsen beschikbaar gesteld werden dan het maximum aantal plaatsen dat het Capaciteitsorgaan adviseert. Ook heeft mijn voorganger in het Addendum aandacht gevraagd voor knelpunten in specifieke regio's (De juiste zorg op de juiste plek). Daarnaast heeft de NZa gesprekken gevoerd met zorgaanbieders, zorgverzekeraars, brancheorganisaties en patiëntenverenigingen waarbij zij aanstuurde op het tot stand brengen van samenwerkingsverbanden. Door de maatregelen van de NZa zijn zorgaanbieders verplicht hun actuele wachttijden te registreren en publiceren en hun patiënten daarover actief te informeren en te wijzen op wachttijdbemiddeling. Dit en het in kaart brengen van het zorgaanbod van zelfstandige behandelcentra heeft een positief effect op de wachttijd. De NZa monitort deze acties.

Vraag 7

Kunt u toezeggen om medio 2018 de Tweede Kamer te rapporteren over de uitkomsten van de bijeenkomsten die NZa organiseert met onder andere zorgverzekeraars, zorgaanbieders en ketenpartners die kunnen bijdragen aan het terugdringen van wachttijden in de medisch specialistische zorg?

Antwoord 7

Ja. De NZa start op korte termijn met deze bijeenkomsten en kijkt daarbij samen met de sector hoe specialisme-specifieke problemen het beste kunnen worden aangepakt.

Vraag 8

Aangezien u ervoor wil ervoor zorgen dat ambulancediensten voldoende personeel en voertuigen kunnen inzetten en daarvoor in 2018 extra budget beschikbaar is, in hoeverre zijn daar de belemmeringen door geografie, infrastructuur en landelijke ligging ook in meegenomen? Hoe worden deze knelpunten specifiek opgelost?

¹⁰ Kamerstuk 32 620 nr. 197

¹¹ Kamerstuk 34 775 XVI, nr. 119

¹² Kamerstuk 29 282, nr. 274

Antwoord 8

In 2018 is onder andere 5,7 miljoen beschikbaar gesteld voor meer ambulances. Deze 5,7 miljoen is beschikbaar gesteld op basis van het Referentiekader Spreiding en beschikbaarheid. Dit kader definieert het aantal ambulances waarmee de ambulancezorg in Nederland kan worden uitgevoerd, gegeven een aantal randvoorwaarden. Zoals de tijd na een melding waarbinnen een ambulance ter plaatse moet zijn en de spreiding van de standplaatsen. Dit Referentiekader gaat uit van de regionaal verschillende toename in de vraag naar ambulancezorg en op basis van onder andere geografie wordt bezien of die toename noodzaakt tot extra ambulances (auto's met personele bezetting) in de verschillende regio's.

Vraag 9

Kunt u de Tweede Kamer informeren over de uitkomsten van het overleg met de voorzitter van Ambulancezorg Nederland (AZN) en de voorzitters van het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) over het verbeteren van de responstijden in de ambulancezorg?

Antwoord 9

Ik zal de Tweede Kamer in maart informeren over de uitkomsten van dit overleg.

Vraag 10

Aangezien het kabinet de intentie heeft uitgesproken de toegang tot informatie over vraag en aanbod bij zorgkantoren wie er op de wachtlijst staan en hoe dringend hun zorgvraag is te verbeteren, kunt u aangeven wat die intentie concreet betekent? Hoe gaat de uitvoering daarvan in de praktijk vorm krijgen?

Antwoord 10

Waar het om gaat is dat mensen zich eerder en beter kunnen oriënteren op het zorgaanbod, opdat het verhuizen naar een instelling meer planmatig verloopt en spoedopnames worden gereduceerd. Om goed te kunnen anticiperen, is het van belang dat er informatie beschikbaar is over wat mensen zelf willen (wens om te verhuizen, voorkeur voor een bepaalde instelling) en hoe hun sociale context is (hoe het thuis gaat, mate van urgentie). Ook informatie over het zorgaanbod is relevant, zoals beschikbare plaatsen, alternatieve mogelijkheden en verwachtingen omtrent wachttijden van locaties. Dit soort informatie is momenteel niet op een gestructureerde manier beschikbaar en er zijn geen landelijke afspraken gemaakt over de wijze waarop deze informatie wordt vastgelegd en uitgewisseld.

Ik heb het Zorginstituut, vanwege hun taak in het beheer van de landelijke standaarden van iWLZ, gevraagd na te gaan welke mogelijkheden er zijn om de informatievoorziening te verbeteren. Het Zorginstituut maakt eerst een analyse van enkele regionale initiatieven, om te bezien of daar oplossingen zijn bedacht die kunnen worden opgeschaald naar landelijk niveau. Op korte termijn stelt het Zorginstituut een plan op dat de komende jaren concrete verbeteringen gaat opleveren in de manier waarop informatie in de langdurige zorg wordt uitgewisseld.

Vraag 11

Kunt u aangeven wat er precies verstaan wordt onder de trekkersrol van de twee zorgkantoren, de zogenaamde koplopers?

Antwoord 11

De NZa heeft het afgelopen jaar haar toezicht op de zorgkantoren geïntensiveerd op de vlakken wachtlijstbeheer en zorgbemiddeling. De zorgkantoren hebben verbeterplannen moeten aanleveren. De NZa heeft deze beoordeeld en heeft onderzoek ter plaatse gedaan om de uitvoering van de verbeterplannen te beoordelen. Daarbij zijn verschillen geconstateerd tussen de zorgkantoren. Deze verschillen bieden de basis voor onze vervolgaanpak. De (twee) zorgkantoren die het volgens de NZa het beste doen, kunnen een trekkersrol vervullen: zij kunnen hun werkwijze delen met de andere zorgkantoren en hen zo nodig adviseren. Zij zijn een voorbeeld voor de andere zorgkantoren wat betreft het beheer van wachtlijsten en actieve zorgbemiddeling.

Vraag 12

Kunt u inzichtelijk maken hoe de ontwikkeling is van de wachtlijsten voor casemanagement dementie in de afgelopen paar jaar?

Antwoord 12

Vanuit het actieplan casemanagement zijn in 2016 en 2017 een tweetal wachtlijstmetingen uitgevoerd. In december 2016 stonden 1.346 mensen op de wachtlijst voor casemanagement; in juli 2017 waren dit er 1.322. De wachtlijst is in dat jaar dus vrijwel stabiel gebleven. Aangezien casemanagement – als onderdeel van de aanspraak Wijkverpleging – landelijk op verschillende manieren wordt geregistreerd, zijn deze metingen niet volledig betrouwbaar. De NZa stelt daarom een regeling op, waardoor aanbieders worden verplicht maandelijks geüniformeerde wachtlijstgegevens aan te leveren. Hierdoor zullen de wachtlijsten, inclusief wachttijden, voortaan structureel in kaart worden gebracht. Aangezien het uitvoeren van deze regeling aanpassingen vraagt in ICT- en administratie systemen – en ik wil voorkomen dat deze wachtlijstregistratie leidt tot nieuwe administratieve lasten – worden aanbieders naar verwachting vanaf juli aan deze regeling gehouden.

Vraag 13

Kunt u inzichtelijk maken welke acties door de zorgverzekeraars worden ondernomen om aan de verzekerden doeltreffender informatie te verstrekken rond wachtlijstbemiddeling in het kader van het terugdringen van de wachtlijsten binnen de verschillende sectoren?

Antwoord 13

Recent heb ik geïnventariseerd welke acties zorgverzekeraars ondernemen om hun verzekerden te adviseren over het gebruik van zorg (de zorgverzekeraar als zorgadviseur). Daarbij heb ik ook gekeken naar de acties van zorgverzekeraars op het gebied van wachtlijstbemiddeling. Alle zorgverzekeraars bieden via een zorgcoach, een zorgadviseur, een zorgconsulent of een verpleegkundige persoonlijk hulp bij het vinden van een geschikte zorgaanbieder die plaats heeft.

Vanaf januari 2018 is er een aangepaste regeling¹³ over publiceren van wachttijden en het informeren van patiënten over wachtlijstbemiddeling in de medisch specialistische zorg. De NZa ziet hierop toe.

Vraag 14

Wat is uw oordeel over de conclusie van de NZA dat niet elke zorgverzekeraar alle mogelijkheden benut om de wachttijden aan te pakken? Welke bevoegdheden heeft de NZA om op dit gebied eenduidigheid af te dwingen? Zo ja, worden die dan ook ingezet?

Antwoord 14

Ik vind dat niet goed. Zorgverzekeraars worden geacht zorg voor hun verzekerden te regelen. En zij moeten zich dus tot het uiterste inspannen om dat te doen. De NZa kan handhavend optreden richting zorgverzekeraars indien zij niet voldoen aan de zorgplicht in de Zvw. (zie ook het antwoord op vraag 3). Daarnaast heeft de NZa de bevoegdheid om transparantieverplichtingen op te leggen over de wachttijden, dit heeft zij in verschillende sectoren ook gedaan. Op deze manier verplicht zij zorgaanbieders om wachttijden eenduidig en uniform vast te leggen en kenbaar te maken aan patiënten en zorgverzekeraars. Hierdoor is het voor iedereen duidelijk hoe lang de wachttijden zijn bij een zorgaanbieder en kan eventueel ook bemiddeld worden naar een andere zorgaanbieder door de zorgverzekeraar. De NZa heeft het richtinggevend kader voor de verdere ontwikkeling op het toezien van de zorgplicht. Hierin is opgenomen dat op grond van artikel 16, b, Wmg, de NZa is belast met het toezicht op de rechtmatige uitvoering door de zorgverzekeraars van wat bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is geregeld. Op grond hiervan heeft de NZa de bevoegdheid om toe te zien op de naleving van de uitvoering van de zorgplicht door zorgverzekeraars. De NZa

¹³ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_2034_22/1/

kan een aanwijzing opleggen op grond van artikel 77 Wmg. De NZa zal dit doen indien dit nodig is.