

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

1173

Vragen van het lid **Leijten** (SP) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de forse toename van wachttijden in ziekenhuizen en poliklinieken* (ingezonden 5 januari 2017).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 9 februari 2017). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2016–2017, nr. 1056.

Vraag 1, 2 en 3

Wat vindt u van het onderzoek van Mediquest waaruit blijkt dat de wachttijden in ziekenhuizen en poliklinieken van 2014 tot en met 2016 fors zijn toegenomen?¹ Wat zijn volgens u de oorzaken van de groei van de wachttijden?

Hoe verhoudt het onderzoek van Mediquest zich tot uw uitspraak dat er geen sprake is van een structureel probleem ten aanzien van de wachttijden bij ziekenhuizen?² Erkent u dat u uw standpunt moet herzien, aangezien het onderzoek van Mediquest aantoont dat wachttijden wel degelijk een structureel probleem zijn?

Acht u het wenselijk dat het verschil in wachttijd tussen ziekenhuizen van een week naar twee weken is toegenomen vanwege concurrentie, spreiding en teruglopende investeringen door ziekenhuizen, zoals blijkt uit het Mediquest onderzoek? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 1, 2 en 3

De NRC baseert zich in het bericht op analyses van Mediquest over de gemiddelde ontwikkeling van de wachttijden voor polikliniekbezoek in de periode 2014 tot en met 2016. De Mediquest analyses laten zien dat de gemiddelde wachttijd is toegenomen van 2,95 weken in 2014 tot 3,52 weken in 2016. De gemiddelde wachttijd voor de polikliniek ligt daarmee onder de Treeknorm. De Treeknorm is de door de branchepartijen uit de sector zelf vastgestelde norm waarbinnen wachten aanvaardbaar is. Mediquest heeft geen onderzoek gedaan naar mogelijke oorzaken van de oplopende wachttijden.

¹ <https://www.nrc.nl/nieuws/2017/01/02/wachttijden-ziekenhuis-en-poliklinieken-fors-langer-5998403-a1539400>

² Kamerstuk 29 689, nr. 646

Uit de meest recente cijfers van de NZa blijkt dat de wachttijd voor de polikliniek bij sommige specialismen waaronder allergologie, kaakchirurgie, oogheelkunde en maag-, darm en leverziekten (MDL) in 2016 zijn toegenomen ten opzichte van 2015 en de Treeknorm overschrijden. De gemiddelde wachttijd voor bezoek aan de polikliniek blijft onder de Treeknorm. Aan de wachttijd kan ook een logische verklaring ten grondslag liggen. Zo is de toename van de wachttijd voor MDL te verklaren door het bevolkingsonderzoek darmkankerscreening dat in 2014 gestart is.

Dat de gemiddelde wachttijd onder de Treeknorm ligt komt overeen met de resultaten van de marktscans van de NZa naar wachttijden die de afgelopen jaren zijn uitgevoerd. Daaruit blijkt dat de wachttijden in de medisch-specialistische zorg in de afgelopen jaren fors lager zijn dan vóór de invoering van de Zorgverzekeringswet. De laatste marktscan van de NZa van eind 2015 laat ook zien dat de wachttijden voor de polikliniek bij het overgrote deel van de specialismen binnen de Treeknorm blijven. In de periode tussen 2010 en 2013 zijn de wachttijden voor de polikliniek die de Treeknorm overschrijden sterk afgenomen en daarna stabiel gebleven³. In de periode 2005–2007 constateerde de NZa al een afname van de wachttijden.⁴ In de jaren 1997 tot 2000 waren de wachttijden voor orthopedie bijvoorbeeld meer dan 12 weken⁵. Momenteel liggen de wachttijden hiervoor onder de Treeknorm van 4 weken. Ook uit verschillende internationale vergelijkingen waaronder de OECD uit 2016⁶ en de Euro Health Consumer Index 2016⁷ blijkt dat Nederland op het terrein van toegankelijkheid erg goed scoort.

De NZa zal een update geven van de cijfers rond wachttijdontwikkeling in de Marktscan Medisch Specialistische zorg die naar verwachting in het eerste kwartaal van 2017 wordt gepubliceerd. De NZa onderzoekt daarnaast in hoeverre lange(re) wachttijden problematisch zijn voor burgers en daadwerkelijk leiden tot het niet naleven van de zorgplicht door zorgverzekeraars. Dit onderzoek loopt momenteel nog en de verwachting is dat het onderzoek in het tweede kwartaal van 2017 wordt afgerond.

Overigens is in de berichtgeving over de Mediquest analyse sprake van gemiddelde wachttijden. Voor de patiënt is vooral de specifieke wachttijd per regio relevant die tussen instellingen en specialismen sterk kan verschillen. Dat bij een specifiek specialisme sprake is van een (te) lange wachttijd wil niet zeggen dat de patiënt niet op tijd geholpen kan worden. In laatste NZa-marktscan medisch specialistische zorg wordt ook aangegeven dat de reistijd voor patiënten die binnen de Treeknorm geholpen willen worden alleen in enkele regio's toenemen en dat die extra reistijd zeer beperkt is. Indien sprake is van een wachtlijst is het belangrijk dat een patiënt dit meldt bij zijn zorgverzekeraar. Deze is verplicht via wachtlijstbemiddeling te zorgen voor een aanbieder met een korte wachttijd. Volgens de NZa wordt hiervan beperkt gebruik gemaakt. Patiënten met acute zorgvragen kunnen overigens altijd direct bij een zorgaanbieder terecht.

De NZa verplicht instellingen om hun wachttijden te publiceren zodat patiënten deze informatie kunnen laten meewegen in hun keuze voor een zorgaanbieder. Daar waar de NZa signalen kreeg dat (te) lange wachttijden leidden tot problemen voor de patiënt, heeft de NZa direct actie ondernomen. De NZa heeft de betreffende zorgverzekeraars gewezen op hun zorgplicht. De zorgverzekeraars hadden overigens zelf ook al actie ondernomen. De NZa zal waar nodig handhavend optreden.

De afgelopen vijf jaar is bij het beschikbaar stellen van opleidingsplaatsen voor artsen het maximumadvies van het capaciteitsorgaan gehanteerd en soms zelfs meer dan dat maximum, bijvoorbeeld bij MDL, waar momenteel hogere wachttijden zijn door het bevolkingsonderzoek. Deze artsen ronden de komende jaren hun opleiding af en dragen bij aan de toename van de capaciteit wat bijdraagt aan een kortere wachttijd.

³ <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/wachttijd-langer-dan-treeknorm-polikliniek>

⁴ NZa, Monitor ziekenhuiszorg 2008, een analyse van de marktontwikkelingen in het B-segment in 2008.

⁵ Zorgnota 2000, Rapportage wachttijden en wachtlijsten in de care en cure in 1999

⁶ Health at a Glance: Europe 2016 State of Health in the EU Cycle, Published on November 23, 2016

⁷ http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2016/EHCI_2016_report.pdf

Vraag 4

Erkent u dat de trend van toenemende wachtlijsten bij ziekenhuizen en poliklinieken inherent is aan het huidige zorgstelsel, waarbij de opgelegde budgetten en omzetplafonds door zorgverzekeraars onherroepelijk leiden tot wachtlijsten?

Antwoord 4

Nee. Het bereiken van een budgetplafond dat is afgesproken tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar mag geen reden zijn dat wachttijden de Treeknorm overschrijden. Zorgverzekeraars moeten in het kader van hun zorgplicht voldoende zorg contracteren en afspraken maken met aanbieders. Dit kan bijvoorbeeld door de verzekerde naar een andere zorgaanbieder te bemiddelen, of door aanvullende afspraken te maken met de betreffende zorgaanbieder.

Vraag 5 en 6

Bent u het met de Algemene Rekenkamer eens dat de hoofdlijnenakkoorden enkel een financieel budgetinstrument zijn geweest, zonder dat zij via zorgvernieuwing hebben geleid tot verplaatsing van medisch specialistische zorg naar de eerste lijn, het voorkomen van heropnames, verspilling en overbehandeling? Waarom heeft het inhoudelijke gedeelte gefaald? Kunt u aangeven wat uw inzet is geweest op de inhoudelijke paragrafen van de akkoorden⁸?

Bent u het tevens met de Algemene Rekenkamer eens dat met het voortzetten van de hoofdlijnenakkoorden zonder inhoudelijke afspraken, er wachtlijsten zullen ontstaan?⁹ Zijn wij inmiddels al in die fase aanbeland?

Antwoord 5 en 6

Expliciet onderdeel van het hoofdlijnenakkoord is dat de volumebeperking niet leidt tot wachtlijsten. Uit eerdere Marktscans van de NZa is dan ook gebleken dat over het algemeen de wachttijden binnen de Treeknorm blijven. In de marktscans van de NZa worden uitzonderingen toegelicht. Met betrekking tot de hoofdlijnenakkoorden was vanaf het begin de insteek dat inhoudelijke afspraken voor kwaliteitsverbetering moesten zorgen en een bijdrage zouden leveren aan de financiële afspraken over een lagere uitgavengroei. Het is mede aan de inhoudelijke agenda te danken dat de bestuurlijke akkoorden een succes zijn. In mijn reactie¹⁰ op het rapport van de Algemene Rekenkamer ga ik nader in op de wijze waarop ik aankijk tegen de financiële en inhoudelijke afspraken in de bestuurlijke akkoorden.

Vraag 7

Deelt u de analyse dat als enerzijds uit recent onderzoek van Arcadis blijkt dat bijna 40% van de ziekenhuizen te veel geld uitgeeft aan huisvesting en anderzijds blijkt dat de wachtlijsten bij ziekenhuizen fors gestegen zijn, het beschikbare geld verkeerd verdeeld en beheerd wordt en niet goed terecht komt?¹¹

Antwoord 7

Zie mijn antwoorden op vraag 1 tot en met 3. Het is aan de ziekenhuizen zelf om binnen hun instelling de beschikbare middelen op een doelmatige en effectieve wijze in te zetten waarbij rekening gehouden wordt met de patiënt en afspraken die met de zorgverzekeraar zijn gemaakt. De uitgaven aan huisvesting zijn na het loslaten van de vergunning veel efficiënter geworden, zie hiervoor mijn antwoorden op vragen van 29 maart 2016 over stijging van

⁸ Rapport Algemene Rekenkamer, 6 december 2016, Rapport Uitgavenbeheersing in de zorg, deel 4.

⁹ Rapport Algemene Rekenkamer, 6 december 2016, Rapport Uitgavenbeheersing in de zorg, deel 4.

¹⁰ Reactie aan Algemene Rekenkamer van 24 november 2016 op het rapport van de Algemene Rekenkamer op conceptrapport «Zorgakkoorden: Uitgavenbeheersing in de zorg deel 4» kenmerk 1056003-158832-FEZ

¹¹ Het Financieele Dagblad, 3 januari 2016: Ziekenhuizen zijn te veel kwijt aan kosten voor huisvesting

kapitaallasten van ziekenhuizen¹² waarin wordt verwezen naar het rapport «Bouw en Diversiteit van Wonen»¹³ van Plexus en BKB.

Vraag 8 en 9

Kunt u verklaren wanneer uit het onderzoek van Mediquest blijkt dat er sprake is van een structureel probleem met wachtlijsten, alsmede dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) constateert dat er een probleem is met extreme wachtlijsten in 17 ziekenhuizen – olopend tot een jaar –, de NZa tevens constateert dat er géén probleem is met de invulling van de zorgplicht door de zorgverzekeraars?¹⁴

Kunt u aangeven wanneer de NZa wél tot de constatering zou komen dat de zorgplicht door zorgverzekeraars met voeten getreden wordt?

Antwoord 8 en 9, zie ook mijn antwoord op vragen 3 en 4

Zoals ik eerder aangaf is de spreiding tussen ziekenhuizen en specialismen erg groot en kunnen patiënten in de regel terecht bij een aanbieder met een korte wachttijd. Zo is het aanbod van zelfstandige klinieken sterk toegenomen. Hier kunnen patiënten vaak ook terecht voor een poliklinische behandeling. Zelfstandige klinieken hebben over het algemeen een kortere wachttijd, maar de wachttijden van zelfstandige klinieken zijn volgens Mediquest slechts beperkt meegenomen in de berekening van de gemiddelden die in de media zijn gebruikt. In het rapport van de NZa waar u naar verwijst staat ook dat de verzekeraars bij de NZa verbeterplannen voor die specifieke sector hebben ingediend.

Vraag 10, 11 en 12

Erkent u dat het een trend is dat u ontkent dat er problemen zijn met wachtlijsten of wachttijden, net als in de geestelijke gezondheidszorg het geval was, maar dat er ondertussen wel patiënten in de kou staan met ernstige gevolgen van dien? Kunt u uw antwoord toelichten?

Erkent u dat de belofte dat marktwerking een einde zou maken aan wachtlijsten niet ingelost wordt? Vindt u ook dat door het werken met omzetplafonds de zorgverzekeraar de kosten eenzijdig kan beheersen, maar tegelijkertijd het aanbod verstoort en de patiënt onnodig opzadelt met wachtlijsten? Kunt u uw antwoord toelichten?

Erkent u dat transparantie over wachtlijsten noodzakelijk is? Op welke wijze garandeert u dat iedereen in Nederland binnen de Treeknormen geholpen wordt?

Antwoord 10,11 en 12

Zorgaanbieders zijn verplicht de actuele wachttijden te melden op hun website. Transparantie over wachttijden is nodig voor de patiënt om een keuze te kunnen maken voor een zorgaanbieder, voor de huisarts als verwijzer en de zorgverzekeraar als bemiddelaar. De NZa ziet erop toe dat de regeling waarin de verplichting is vastgelegd, wordt nageleefd. Toegankelijkheid van zorg is een onderdeel van de zorgplicht waar de NZa op toeziet. Het is aan de NZa om als toezichthouder te oordelen of de toegankelijkheid van zorg in gevaar komt. De NZa rapporten laten ter zake een genuanceerd beeld zien dat niet overeenkomt met de forse stellingname in deze vragen.

¹² Antwoorden op vragen 29 maart 2016 van de Kamerleden Van Gerven (SP) en Leijten (SP) over stijging van kapitaallasten van ziekenhuizen (ingezonden 8 maart 2016) (Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2015–2016, nr. 2110).

¹³ Rapport Bouw en diversiteit van wonen, Plexus en BKB, september 2010, <http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/professionals/bouwen-datarapport.pdf>

¹⁴ NZa, Samenvattend rapport Zorgverzekeringwet 2015