

Vergaderjaar 1996–1997

25 170

Wachttijden in de curatieve zorg

Nr. 2

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Rijswijk, 3 maart 1997

Naar aanleiding van mijn, tijdens het AO wachttijden d.d. 20 februari 1997, gedane toezegging om nadere informatie stuur ik u hierbij **de actuele stand van zaken van de structurele aanpak van onaanvaardbare lange wachttijden.**

Hieronder worden de in de notitie «Wachttijden in de curatieve zorg» genoemde actiepunten 1 tot en met 17 langsgelopen (TK 1996–7, 25 170, nr. 1).

Punten 1, 2 en 3: Uniforme registratie, eenduidige indicatiestelling en urgentiebepaling en wachtlijstgarantie

Deze punten zijn voorwaarden bij de honorering van verzoeken om in aanmerking te komen voor een deel van de 50 mln wachtlijstgeld. Zie verder bij punt 6 (lokale initiatieven).

Punt 4: Wachtlijstbrigade

De brigade bestaat uit prof. drs. E. W. Roscam Abbing, hoogleraar Sociale Geneeskunde aan de Universiteit van Nijmegen en verbonden aan de NSPH en drs. A. P. M. G. Kroonen, deskundig op het terrein van wachtlijsten en werkzaam bij de Ondersteuningsgroep Gezondheidszorg van het Canisius-Wilhelmina ziekenhuis te Nijmegen.

Op dit ogenblik zijn zij betrokken bij de toekenning van de gelden voor de lokale initiatieven uit het tijdelijke Wachtlijstfonds 1997. Voor de zomer zullen zij, op verzoek van mij dan wel op verzoek van lokale partijen een bijdrage leveren bij de realisering van het registratiesysteem.

Begin volgend jaar zullen de lokale initiatieven bij mij een afrondende rapportage moeten inleveren waarin aannemelijk moet zijn gemaakt dat het toegekende geld uit het Wachtlijstfonds voor 1997 redelijkerwijs heeft

geleid tot aantoonbare reducties van wachttijden. Bij deze evaluatie is de brigade nauw betrokken. Valt deze evaluatie negatief uit dan zal terugvordering van de toegekende gelden plaatsvinden.

Daarnaast zal ik bij wachtlijstcalamiteiten en bij ernstige klachten over wachtlijsten gebruik van het duo willen maken. Twee uiterste situaties zijn denkbaar. Indien kwaliteit van zorg in het geding is («er vallen doden op de wachtlijst») dan kan ik op basis van mij aangeleverde signalen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg met hulp van de wachtlijstbrigade snel, nauwkeurig en zorgvuldig inzicht krijgen in de oorzaken van het probleem. De tweede situatie betreft bijv. ernstige klachten over te lange wachttijden. Dan kan ik rechtstreeks de wachtlijstbrigade er op afsturen met het verzoek mij verslag uit te brengen over de oorzaak van het probleem («visitatierapport»). Dit verslag aan mij zal openbaar zijn opdat direct betrokkenen op locatie direct aan de slag kunnen met het zoeken naar oplossingen. Ik denk dan aan oplossingen in de sfeer van interne en/of regionale samenwerking, bemiddeling, registratie, kanteling zorgproces etc. etc.

Punt 5: Bedrijfstijdverlenging

Om verdringing van de reguliere zorg tegen te gaan hecht ik aan bedrijfstijdverlenging. Bij de honorering van verzoeken om in aanmerking te komen voor een deel van de 50 mln wachtlijstgeld zal ik hier de nodige aandacht aan besteden. Zie verder bij punt 6 (lokale initiatieven).

Punt 6: Lokale initiatieven

Bij brief van 20 december jl. zijn alle lokale initiatieven uitgenodigd plannen in te dienen om een deel van de 50 mln te kunnen gebruiken voor hun wachttijdenplannen. Aanvankelijk had ik de initiatieven tot eind januari de tijd gegeven om plannen bij mij in te dienen. In de praktijk blijkt dat toch een te korte termijn te zijn geweest. Ik heb inmiddels half februari gehanteerd en ook nu komen er nog dagelijks verzoeken binnen. Wel heb ik nu de indruk dat een ieder die zich wil melden dat inmiddels gedaan heeft. Een aantal initiatieven heeft een vooraankondiging gedaan met de mededeling dat de nadere uitwerking nog komt. Bij de toekenning van de gelden zal ik daarmee rekening houden. Nu zijn er ruim 60 verzoeken binnen waarbij circa 80 ziekenhuizen zijn betrokken. Een groot aantal zal nog een nadere onderbouwing leveren. Zoals verwacht concentreren de verzoeken zich met name rond de aandoeningen staar, heupen en knieën, dus rond de oogheelkunde en de orthopedie. Verder zijn de verzoeken zeer gevarieerd.

Aan de honorering van een verzoek om een deel van de 50 mln te krijgen heb ik een aantal randvoorwaarden verbonden. Ik heb dat met name gedaan om de structurele aanpak van de wachttijden te bevorderen. Immers de 50 mln is slechts bedoeld om de huidige onaanvaardbare wachttijden weg te werken via tijdelijke capaciteitsuitbreiding. De structurele aanpak zal er vervolgens voor moeten zorgen dat het dan bereikte niveau wordt gehandhaafd.

Evaluatie zal moeten aantonen of de doelstellingen gehaald zijn. Als dat niet het geval is zal negatieve verrekening van de extra toegekende gelden plaatsvinden.

Bij de daadwerkelijke verdeling van de 50 mln, die via het reguliere premiecircuit zal plaatsvinden, zal sprake zijn een prijsstelling die gebaseerd is op marginale kosten in de economische zin, dus geen oververgoeding van bijvoorbeeld vaste kosten. Die kosten zijn immers al gedekt.

Bij de lokale initiatieven psychiaters is sprake van een andere situatie. Vrijgevestigd psychiaters vormen onderdeel van de GGZ, welke middels de AWBZ wordt gefinancierd. Op het punt van indicatiestelling lopen de vrijgevestigd psychiaters dan ook mee in het beleid dat rondom indicatiestelling in de AWBZ wordt voorgestaan: de ontwikkeling van een onafhankelijk, objectief en integraal systeem van indicatiestelling.

Alle betrokken partijen in de GGZ (waaronder de vrijgevestigd psychiaters, die in het Indicatie Overleg Ggz (IOG) zijn vertegenwoordigd) geven daaraan op dit moment uitwerking. Door het IOG is inmiddels een eerste opzet voor een indicatieprocedure ontwikkeld die dezer dagen met het veld wordt besproken.

Het Trimbosinstituut ontwikkelt tegelijkertijd in overleg met de beroepsgroep richtlijnen voor de diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van enkele vaak in de ambulante praktijk voorkomende ziektebeelden, als depressie, angst- en paniekstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen.

Op het punt van uniformering van wachttijd- en wachtlijstregistratie bij vrijgevestigd psychiaters wordt in het kader van de Landelijke Begeleidingscommissie lokale initiatieven vrijgevestigd psychiaters nog nader overleg gevoerd. Waar mogelijk zal een dergelijke registratie moeten aansluiten bij de registratiesystematiek die voor de totale ambulante ggz-zorg (RIAGG, psychiatrische polikliniek en vrijgevestigd psychotherapeut) wordt ontwikkeld.

Punt 7 en 8: Samenwerking tussen medisch specialisten, huisartsen en bedrijfsartsen

Samenwerking huisarts–bedrijfsarts

«Voor verbetering vatbaar. De samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts bij sociaal-medische begeleiding»; het rapport met deze titel werd op woensdag 12 februari door de directeur van het NIA-TNO overhandigd aan mij en aan staatssecretaris De Grave van SZW. Overheid, beroepsgroepen, werkgevers en werknemers zijn het erover eens dat de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen bij het begeleiden van zieke werknemers beter kan en beter moet. Samen met de voorzitters van de LHV, de NVAB en de KNMG hebben staatssecretaris De Grave en ik een intentieverklaring ondertekend om de knelpunten gezamenlijk aan te pakken.

De NVAGG heeft tijdens de slotconferentie van «GGZ en Arbeid» op 9 december 1996 toegezegd het initiatief te nemen tot een bijeenkomst met relevante landelijke organisaties, om te komen tot nieuwe initiatieven en activiteiten die voortbouwen op de opgedane kennis en ervaringen. Op dit moment bereidt een commissie, waarin ook VWS betrokken is, deze bijeenkomst voor. Inzet is verbreding van het traject dat gericht was op samenwerking tussen RIAGG en arbodienst. Hierbij wordt gedacht aan huisarts, Algemeen Maatschappelijk Werk, Bedrijfsmaatschappelijk Werk, eerstelijnspsychologen, bedrijfsverpleegkundigen, PAAZ, vrijgevestigd psychiaters. Ook wordt de rol van de commerciële bedrijfszorg onderzocht. Eind mei zal de landelijke bijeenkomst worden gehouden.

Punt 9: Herontwerp zorgproces

In het kader van de verbetering van de doelmatigheid zal onderzoek naar het herontwerp van het zorgproces, zoals dat onder andere in Delft, Alkmaar en Almelo plaatsvindt, worden gefinancierd.

Punt 10: Ambulante geestelijke gezondheidszorg

In januari 1997 is door VWS aan ZON opdracht verstrekt voor een vierjarig onderzoekprogramma «Doelmatigheid aggz/ambulante psychotherapie». Voor dit programma is het eerste jaar 950 000 gulden beschikbaar en de drie jaar erna 750 000 gulden.

Met betrekking tot indicatiestelling valt te melden dat het IOG eind januari 1997 een eerste voorstel heeft ingediend met betrekking tot een inhoudelijk kader voor objectieve, geïntegreerde en onafhankelijke indicatiestelling.

De NVAGG verzocht bovendien om overleg met VWS en IGZ over herziening van de normen (bv. 6 maanden voor psychotherapie).

Punt 11: WTG als stimulans

Ik zal dit onderwerp meenemen in regulier overleg met het Cotg.

Punt 12: Medewerkersovereenkomsten en goed verzekeraarschap

Vanuit de verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen ligt het in de rede dat ziekenfondsen afspraken maken met ziekenhuizen en specialisten over wachttijden. In de medewerkersovereenkomsten met ziekenhuizen zullen derhalve afspraken aan de orde dienen te komen over de procedures die gevolgd moeten worden, indien er sprake is van onverantwoord lange wachttijden. Daarbij kan worden gedacht aan aspecten als het tijdig informeren van het ziekenfonds over wachttijden, het overleggen over mogelijke organisatorische verbeteringen ter oplossing van de problemen op dit terrein, maar ook het nagaan op welke wijze elders voor de verzekerden hulpverleningsmogelijkheden kunnen worden geboden (wachttijstbemiddeling/makelaardij). Met andere woorden, ziekenfondsen hebben niet alleen mogelijkheden om bij te dragen aan het voorkomen van onaanvaardbare wachttijden; op hen rust ook de plicht om dit ook daadwerkelijk te doen. In het licht hiervan zal ik mij dan ook tot Zorgverzekeraars Nederland wenden en daarbij de nodige aandacht vragen voor dit probleem. Uiteraard verdient het aandacht dat ziekenfondsen dit ook met medisch specialisten opnemen in het kader van de lokale initiatieven.

Punt 13: Consumenteninformatie en publieksvoorlichting

Op 29 januari jl. ben ik bij de Consumentenbond op werkbezoek geweest. De gezondheidszorg vormt voor de Bond een van de topprioriteiten. De Bond is momenteel de mogelijkheden aan het verkennen om meer te gaan doen op het terrein van de zorg, waarbij met name de kennis en ervaring op het terrein van dienstenonderzoek en informatieverstrekking benut worden.

In dit kader hebben wij ook gesproken over een functie van de Bond bij het transparant maken van gegevens over ziekenhuizen en wachttijden. De noodzaak dat iedere burger moet weten waar hij het beste met zijn zorgvraag terecht kan en waar hij zonodig het snelste geholpen kan worden, wordt ook door de Bond onderschreven. Samen met de Nederlandse Patiënten/Consumentenfederatie (NPCF) is men bezig aan het inventariseren van de mogelijkheden om gezamenlijk een programma op dit terrein op te stellen; de Bond en de patiëntenorganisaties is duidelijk gemaakt, dat afstemming van activiteiten en samenwerking een belangrijke randvoorwaarde vormt voor eventuele subsidiëring.

Punt 14: Inspectie voor de Gezondheidszorg

Het Landelijk Inspectie Beraad heeft op 23 januari jl. de ontwerp-inhoudsopgave goedgekeurd van SGZ 1997. Hierin is een hoofdstuk opgenomen «kwaliteit en toegankelijkheid ggz». In dit kader wordt ook gekeken naar wachtlijsten bij de RIAGG en de beschikbaarheid van psychotherapie, specifiek wachtlijst omzeilende initiatieven en Bedrijven-RIAGG's e.d. In de komende Staat van Geleverde Zorg (SGZ) zal eveneens veel over wachtlijsten te vinden zijn.

Punt 15: Wachtlijstonderzoek

Binnen één van de onderzoeksprogramma's van Zorgonderzoek Nederland (ZoN) gaat specifieke aandacht uit naar wachtlijsten, toegankelijkheid en verdelingsvraagstukken in de zorg. Het is mijn bedoeling in overleg met IGZ en vervolgens met de ZoN het wachtlijstonderzoek een extra inhoudelijk impuls te geven. Extra geld voor wachtlijstonderzoek is niet direct nodig want een efficiënte besteding van de beschikbare budgetten voor PEO moet mogelijk zijn. Afstemming met lopend kwaliteit- en doelmatigheidsonderzoek is essentieel want binnen het PEO-thema kwaliteit en doelmatigheid is meer onderlinge afstemming en synergie mogelijk.

Punt 16: Privéklinieken

Door een uitspraak van het College van Beroep van het Bedrijfsleven in december 1996 zal het Cotg richtlijnen opstellen voor het kostendeel van extra murale praktijken van medisch specialisten. Met name geldt dit voor een aantal oogartsen-praktijken, deze zijn de procedure dan ook gestart.

Ik realiseer mij dat bedoelde tarieven er zullen moeten komen. Wel wil ik hier nadrukkelijk stellen dat ik een ontwikkeling richting meer niet-klinische behandelcentra, ook wel privéklinieken genoemd, niet wenselijk acht.

Uit oogpunt van kwaliteit en doelmatigheid hecht ik zeer aan de verdere ontwikkeling van het geïntegreerde medisch specialistisch bedrijf. De onderlinge contacten van veel verschillende specialisten en specialismen vergroten de synergie en indien nodig is er altijd op een breed terrein de beste hulp voorhanden. Uit kostenoverwegingen wil ik ook het fenomeen privéklinieken zeer beperkt houden. Hogere tarieven dan nu het geval brengen extra (macro)kosten met zich mee zonder dat elders de kosten zullen afnemen. Immers de ziekenhuizen staan er en moeten betaald worden. De vaste kosten nemen namelijk niet af. Daarom is het zaak de ziekenhuizen zo optimaal mogelijk te benutten. Overigens betekent dit niet dat er geen zorg buiten het ziekenhuisgebouw kan plaats vinden. Dat kan wel, maar dan wel onder regie van het geïntegreerde bedrijf. Het is dan ook mijn plan om de bestaande privéklinieken over enige tijd onder te brengen bij bestaande ziekenhuizen. Over de techniek van deze procedure zal het Cotg mij binnenkort adviseren.

Punt 17: Internationaal

Mijn Departement is betrokken bij het door de Raad van Europa in te stellen Committee of experts on criteria for the management of waiting lists.

Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers