

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

2001

Vragen van het lid **Van Gerven** (SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de wachttijden van meer dan acht maanden voor operaties van jeugdige patiënten met een scoliose door de nieuwe vorm van financiering* (ingezonden 2 februari 2010).

Antwoord van minister **Klink** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 24 maart 2010).

Vraag 1

Wat is uw reactie op de uitspraak van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) dat de toegenomen wachttijd bij scoliose operaties bij jeugdigen is ontstaan door de nieuwe vorm van financiering, de diagnose behandel combinaties (DBC's)?¹

Antwoord 1

Volgens de NOV is één van de oorzaken voor de groeiende wachtlijsten de invoering van de DBC systematiek. Scolioseoperaties zijn langdurige ingrepen met dure implantaten, daardoor is deze ingreep zowel voor het ziekenhuis als voor de medisch specialist erg onaantrekkelijk volgens het NOV. In het DBC-systeem zijn langdurige en complexe ingrepen niet per se financieel onaantrekkelijk, omdat rekening wordt gehouden bij het vaststellen van het honorarium van de medisch specialist met de gemiddelde tijd die de specialist kwijt is met de behandeling. Daarnaast wordt er bij het tarief van een DBC gekeken naar de kosten van de behandeling voor het ziekenhuis. De behandeling van scoliose valt nu onder het A-segment, waardoor de bekostiging van deze zorg nog plaatsvindt op basis van het FB-budget en de huidige DBC's enkel gebruikt worden ter dekking van het budget.

Vraag 2

Is het waar dat de vastgestelde vergoeding voor de scolioseoperatie door de zorgverzekeraars volstrekt onvoldoende is? Zo ja, wat is hiervan de reden en welke maatregelen staan u dan voor ogen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 2

Zoals gemeld in mijn antwoord op uw eerste vraag is de scolioseoperatie op dit moment onderdeel van het A-segment. Dit betekent dat voor deze DBC een vast tarief geldt dat kan worden gedeclareerd bij de verzekeraar. De

¹ NOV persbericht, 21 januari 2010.

bekostiging van de zorg vindt nog plaats via het FB-budget. Hoewel in het A-segment de tarieven zo goed mogelijk worden vastgesteld, kan in het B-segment tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar het beste worden onderhandeld over de prijs en kwaliteit voor de geleverde zorg. Juist bij dit soort complexe ingrepen, zoals scoliose, is dit van belang. Ik heb navraag gedaan naar de DBC's voor scoliosebehandelingen bij DBC Onderhoud, de organisatie die het DBC-systeem ontwikkeld heeft en onderhoudt. De nieuwe zorgproducten voor DOT zijn in nauw overleg met de wetenschappelijke verenigingen van orthopeden en neurochirurgen ontwikkeld. Hierbij is extra aandacht besteed aan alle operaties van de wervelkolom. Er is bij de ontwikkeling van deze producten rekening gehouden met hele zware operaties waarbij dure implantaten worden gebruikt. Een deel van deze producten bestaat in de huidige DBC-systematiek nog niet. De signalen van de Nederlandse Orthopaedische vereniging zijn afgelopen jaar ook bij DBC Onderhoud binnengekomen en verwerkt in het nieuwe DBC-systeem.

Vraag 3

Bent u het eens met de NOV dat een wachttijd boven de 6 maanden voor scoliose operaties leidt tot nadelige gevolgen voor de gezondheid? Bent u van mening dat een wachtlijst van meer dan acht maanden voor jeugdige patiënten met een scoliose derhalve ontoelaatbaar is? Zo nee, kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 3

Ik kan niet precies inschatten in hoeverre een wachttijd langer dan zes maanden de gezondheidsuitkomst voor de patiënt beïnvloedt. Mij zijn ook geen richtinggevende normen van de beroepsgroep bekend over de maximale wachttijd bij scoliose-ingrepen. De inschatting van de noodzaak tot ingrijpen maakt de behandelend arts dus van geval tot geval. Het is uiteraard niet acceptabel dat een te lange wachttijd ertoe leidt dat de gezondheidsuitkomst van een cliënt na een behandeling aanzienlijk verslechtert. Ik vertrouw erop dat de behandelend arts het in dat geval niet zover laat komen en tijdig actie onderneemt, bijvoorbeeld door de patiënt door te verwijzen naar andere centra, of het buitenland (zie ook mijn antwoord op vraag 4).

Vraag 4

Onderschrijft u de analyse van het NOV dat de uittocht van patiënten voor een medische behandeling naar het buitenland onwenselijk is? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 4

Het overgrote deel van de Nederlandse patiënten wordt in eigen land behandeld. Voor bepaalde groepen patiënten, bijvoorbeeld bewoners van de grensstreek, biedt het in bepaalde omstandigheden voordelen om gebruik te maken van zorgaanbod in het buitenland. Daarnaast kan het voorkomen dat een instelling in het buitenland gespecialiseerd is in een behandeling, waardoor het soms vanuit het oogpunt van kwaliteit wenselijk is dat deze zorg in het buitenland plaatsvindt. Dat geldt niet alleen voor de behandeling van scoliose, maar ook voor andere behandelingen in de curatieve zorg. Daarnaast wil ik wel aangeven dat het niet wenselijk is dat vanwege wachtlijsten die zouden ontstaan door de financiering van de zorg mensen verplicht zouden worden om deze behandeling in het buitenland te ondergaan. Ik zie geen reden om te veronderstellen dat de DBC-systematiek de aanleiding is waarom patiënten in het buitenland zouden worden behandeld. Ik zie grensoverschrijdende zorg dan ook als een waardevolle aanvulling op het zorgaanbod in Nederland en onderschrijf de visie van de NOV dan ook niet.

Vraag 5

Wat is uw reactie op het feit dat bij complicaties ontstaan in het buitenland de Nederlandse ziekenhuizen voor de extra kosten moeten opdraaien?

Antwoord 5

Een verzekerde heeft aanspraak op medisch noodzakelijke nazorg als de oorspronkelijke ingreep ook verzekerde zorg betreft. Ik vind dat de initiële behandelaar in het buitenland op kwaliteitsgronden ook verstreckende

verplichtingen heeft om te borgen dat er goede nazorg wordt geleverd. Wanneer er na een behandeling in het buitenland complicaties optreden en de patiënt wil voor deze complicaties terecht bij een Nederlands ziekenhuis, dan kan voor de behandeling van deze complicaties een DBC worden gebruikt, zodat het ziekenhuis de gemaakte kosten voor deze patiënt aan de zorgverzekeraar kan declareren.

Vraag 6

Onderschrijft u de voorspelling van de NOV dat de komende twintig jaar het aantal heupoperaties met 150% zal stijgen en het aantal knieoperaties met 300%? Zo nee, kunt u dit toelichten? Zo ja, welke consequenties dient dit te hebben voor het aantal opleidingsplaatsen?

Antwoord 6

Ik verwijs u naar mijn antwoord op vraag 8.

Vraag 7

Hoe verklaart u het beperkte aantal opleidingsplaatsen voor orthopeden in relatie tot de wachtlijsten?²

Antwoord 7

Ik verwijs u naar mijn antwoord op vraag 8.

Vraag 8

Bent u bereid het aantal opleidingsplaatsen voor orthopedie te verhogen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 8

Bij de jaarlijkse vaststelling van het aantal instroomplaatsen voor orthopedie baseer ik mij op het capaciteitsplan voor de medische, tandheelkundige, klinisch technologische en aanverwante vervolgoopleidingen van het Capaciteitsorgaan. Het meest recente capaciteitsplan dateert van eind 2008. De hierin berekende gewenste instroom van orthopeden bedraagt minimaal 24 en maximaal 34 per jaar. In het kabinetstandpunt ten aanzien van dit capaciteitsplan is aangegeven dat voor het bereiken van een meer vraaggeoriënteerde zorg een ruim voldoende aanbod van zorgverleners noodzakelijk is. Om die reden heeft het kabinet besloten de bovenkant van de aangegeven marge te volgen, voor orthopedie dus 34 instroomplaatsen per jaar, met ingang van 2009.

Naar aanleiding van vergelijkbare signalen van de NOV als waarvan nu sprake is, is vorig jaar een aantal malen overleg gevoerd tussen de NOV, het capaciteitsorgaan en mijn ministerie. Daarbij is toen niet geconcludeerd dat verruiming van het aantal instroomplaatsen orthopedie nodig zou zijn. Overigens is mij gebleken dat in 2008 vijf van de beschikbare 50 plaatsen door de sector niet zijn ingevuld. Ik ben voornemens deze plaatsen voor 2011 alsnog ter beschikking te stellen.

Ik hecht eraan erop te wijzen dat het capaciteitsplan tot stand komt in nauw overleg met de wetenschappelijke verenigingen en dat – zoals ook aan de Tweede Kamer is gemeld – de Minister van VWS dus terughoudendheid past ten aanzien van individuele standpunten van wetenschappelijke verenigingen. Mede daarom zie ik op dit moment geen reden om wijzigingen aan te brengen in de instroom bij orthopedie.

Het Capaciteitsorgaan zal in de loop van dit jaar een nieuw capaciteitsplan uitbrengen. Ik ga ervan uit dat het Capaciteitsorgaan daarbij rekening zal houden met de ontwikkelingen waar de NOV op wijst.

² Opleidingsplaatsen orthopedie (gegevens NOV).

2005	2006	2007	2008	2009	2010
53	51	54	50	34	34