

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

49

Vragen van de leden **Leijten** en **Van Gerven** (beiden SP) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht «Geen tijd meer voor gewone darmpatiënt»* (ingezonden 14 augustus 2015).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 18 september 2015). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2014–2015, nr. 3126.

Vraag 1

Wat is uw reactie op het artikel «Geen tijd meer voor gewone darmpatiënt»?¹

Antwoord 1

Ik heb met enige verbazing kennis genomen van het artikel, omdat een tijdige(r) verwijzing door de oorspronkelijke zorgverlener naar een ander centrum hier vanuit het perspectief van verantwoorde zorgverlening logisch zou zijn geweest.

Vraag 2

Hoelang bent u er al van op de hoogte dat de wachtlijsten voor darmpatiënten in de academische centra het afgelopen jaar flink langer zijn geworden, tot een gemiddelde wachttijd van wel negen weken? Wat vindt u van deze ontwikkeling?²

Antwoord 2

De signalen over toegenomen druk op darmoperaties zijn voor mij nieuw. De reacties vanuit de verschillende beroepsgroepen maken duidelijk dat er verschillende mogelijke oorzaken zijn voor een eventuele toename.

Vraag 3

Is het voorzien dat de wachtlijsten voor darmpatiënten langer zouden worden door de darmkankerscreening? Zo ja, was daarop geanticipeerd? Zo nee, waarom is dit geen onderdeel geweest van de introductie van de darmkankerscreening?

¹ <http://www.trouw.nl/tr/nl/4516/Gezondheid/article/detail/4118790/2015/08/12/Geen-tijd-meer-voor-gewone-darmpatiënt.dhtml>

² <http://medischcontact.artsennet.nl/Actueel/Nieuws/Nieuwsbericht/150640/Wachttijd-benigne-darmoperaties-groeit.htm>

Vraag 4

Onderschrijft u de stelling dat ook al gaan er door de darmkankerscreening meer mensen naar het ziekenhuis, dit geen reden mag zijn voor (langere) wachtlijsten voor andere patiënten? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 3 en 4

Uit de monitor van het bevolkingsonderzoek darmkanker (u toegezonden bij brief van 8 juli 2015, Kamerstuk 32 793, nr. 195) blijkt dat er door het bevolkingsonderzoek in het eerste jaar 2500 mensen zijn opgespoord die darmkanker hebben. Hoewel niet bij al deze patiënten een chirurgische ingreep plaatsvindt, is het wel denkbaar dat er meer ingrepen plaatsvinden dan vóór de invoering van het bevolkingsonderzoek. Er zijn hierover geen exacte cijfers beschikbaar, en uit het artikel in Medisch Contact blijkt dat de meningen over de oorzaak van de oplopende wachttijden voor chirurgische ingrepen tussen de beroepsgroepen verschillen.

Bij de uitvoeringstoets die is gedaan voorafgaand aan de invoering van het bevolkingsonderzoek, is er onderzoek gedaan naar het op dat moment bestaande vraag naar en aanbod van chirurgie. Hierin werden destijds geen knelpunten voorzien.

Het gaat hier echter om reguliere zorg voor patiënten ongeacht of deze zijn doorgeleid vanuit het bevolkingsonderzoek en aanvullende coloscopie-diagnostiek in een ziekenhuis, of om andere reden chirurgische zorg nodig hebben.

Het is aan zorgaanbieders om bij de planning rekening te houden met de hiervoor benodigde capaciteit. Zorgverzekeraars dienen betreffende zorg zodanig in te kopen dat zijn hun zorgplicht adequaat kunnen nakomen.

Vraag 5

Hoe reageert u op het feit dat de 26-jarige patiënte uit dit artikel dringend een operatie nodig had, maar deze operatie telkens werd uitgesteld? Erkent u dat uitstel voor deze patiënten levensbedreigend kan zijn? Zo ja, vindt u het toelaatbaar dat dergelijke operaties keer op keer uitgesteld worden?

Vraag 6

Waarom werd deze patiënte telkens op een wachtlijst geplaatst en werd zij voor haar operatie niet doorverwezen naar een ander ziekenhuis? Bent u bereid dit uit te zoeken?

Vraag 7

Worden patiënten wel voldoende doorverwezen? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 5, 6 en 7

Het is de plicht van de zorgverlener om verantwoorde zorg te leveren. Zeker in geval van een levensbedreigende situatie is doorverwijzing naar een ander centrum aangewezen. De zorgverzekeraar kan zonodig helpen bij het vinden van een zorgaanbieder, desnoods in het buitenland. Zie ook mijn antwoord op de vragen 1 en 12. Zorgverzekeraars Nederland geeft overigens aan geen signalen over toegenomen wachttijden van darmoperaties te hebben ontvangen.

Vraag 8

Hoe reageert u op het vermoeden van de artsen Oldenburg en Van Bodegraven dat naast de darmkankerscreening, ook scherpere eisen van verzekeraars aan ziekenhuizen over de hoeveelheid operaties ook een reden zijn voor de wachtlijsten? Zo ja, wat gaat u hieraan doen? Zo nee, waarom niet?^{3 4}

³ <http://medischcontact.artsennet.nl/Actueel/Nieuws/Nieuwsbericht/150640/Wachttijd-benigne-darmoperaties-groeit.htm>

⁴ Brief van MDL-artsen over wachttijden voor chirurgische ingrepen bij IBD-patiënten: <http://medischcontact.artsennet.nl/web/file?uuiid=10dad331-a193-42b9-a7c3-b592486b0e1e&owner=1f7fe001-f4df-45de-90de-19f2865d754f>

Antwoord 8

Als wachtlijsten ontstaan door afspraken in inkoopcontracten, dan vind ik dat een ongewenste ontwikkeling. Zorgverzekeraars moeten te allen tijde aan hun zorgplicht voldoen. Dat betekent dat zij gehouden zijn ervoor te zorgen dat hun verzekerden de (vergoeding van) zorg krijgen waaraan zij behoefte hebben en waarop zij wettelijk aanspraak kunnen maken. Het gaat hierbij niet alleen om de inhoud en omvang van de zorg, maar ook om de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de verzekerde zorg. Het is van belang dat zorgverzekeraars bij de zorginkoop de gezamenlijk vastgestelde kwaliteitscriteria en richtlijnen hanteren, daar waar ze beschikbaar zijn. Indien die criteria en richtlijnen er niet zijn – zoals voor patiënten met chronische darmontsteking – terwijl hieraan wel behoefte bestaat, dan is het aan het veld om zich hiervoor in te spannen.

Uit de berichtgeving blijkt overigens dat de chirurgen de situatie anders beoordelen dan de MDL-artsen.

Vraag 9

Acht u net als de artsen de tijd rijp om ook voor chirurgische ingrepen voor IBD-patiënten (IBD = Inflammatory bowel disease) richtlijnen voor wachttijden, volumes en beschikbaarheid van maag-, darm- en leverartsen (MDL-artsen) en chirurgen met relevante expertise op te stellen? Zo ja, welke acties gaat u ondernemen? Zo nee, waarom acht u de tijd (nog) niet rijp?

Antwoord 9

Op het moment dat MDL-artsen, samen met de chirurgen tot richtlijnen voor volumes en beschikbaarheid van behandelaars komen, zullen zorgverzekeraars die kunnen gebruiken bij de zorginkoop. Mogelijk dat zich als gevolg van de richtlijnen en de daarop gebaseerde zorginkoop een herschikking van het noodzakelijke zorgaanbod voordoet. De beroepsgroepen zijn hier aan zet.

Vraag 10

Erkent u dat het zonder richtlijnen voor wachttijden, volumes en beschikbaarheid voor IBD-behandelingen lastig is om vast te stellen of zorgverzekeraars aan hun (inkoop)zorgplicht voldoen?

Antwoord 10

Zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol bij de borging van een tijdige levering van zorg. Zij moeten ervoor zorgen dat hun verzekerden op tijd de zorg krijgen waar zij recht op hebben. Over maximaal aanvaarbare wachttijden in de zorg hebben zorgaanbieders en verzekeraars gezamenlijk afspraken gemaakt. Dit worden de «treeknormen» genoemd. Om te voldoen aan hun zorgplicht dienen zorgverzekeraars minimaal de huidige treeknormen in acht nemen. De NZa gaat bij haar toezicht op het naleven van de zorgplicht uit van deze normen.

Vraag 11

Is er op dit moment voldoende capaciteit aan maag-, darm- en leverartsen? Is het tekort aan MDL-artsen inmiddels opgelost? Zo nee, worden er voldoende nieuwe MDL-artsen opgeleid? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 11

In het meest recente capaciteitsplan uit 2013⁵ werd gesignaleerd dat er te lange wachttijden zijn bij maag-darm- en leverziekten en veel openstaande vacatures voor mdl-artsen. Dit duidt nog steeds op een landelijk tekort aan mdl-artsen. De afgelopen jaren zijn al flink meer nieuwe opleidingsplaatsen voor dit specialisme beschikbaar gekomen. Bij de start van het Opleidingsfonds in 2007 waren dat ongeveer 28 plaatsen per jaar. Inmiddels is dat aantal flink gestegen: voor 2015 en 2016 heb ik rond de 40 nieuwe opleidingsplaatsen voor mdl-artsen beschikbaar gesteld. Dit aantal ligt zelfs hoger dan het maximumaantal waarvan het Capaciteitsorgaan in zijn advies uitgaat. Juist vanwege de tekorten aan mdl-artsen heb ik in overleg met de sector hiertoe besloten. Vanwege de lange opleidingsduur van medisch specialisten,

⁵ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2014/06/12/aanbiedingsbrief-capaciteitsplan-2013>

vertaalt de extra opleidingsinspanning zich pas na een aantal jaren in een toename van het aantal geregistreerde mdl-artsen. Op 1 januari 2007 waren 288 mdl-artsen geregistreerd; op 1 januari 2015 was dit aantal gestegen naar 493. De komende jaren zal deze stijgende trend aanhouden.

Vraag 12

Heeft u signalen dat ziekenhuizen minder lucratieve operaties (waar een lagere declaratie tegenover staat) uitstellen ten faveure van lucratievere operaties? Garandeert u dat dit niet plaatsvindt? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 12

Het is aan de professionaliteit van de beroepsgroepen om goede zorg te bieden. Daarnaast zijn zorgverzekeraars gehouden om zodanige zorg in te kopen, dat zij kunnen voldoen aan hun zorgplicht. Indien het zich zou voordoen dat ziekenhuizen uit financieel oogpunt de voorkeur geven aan darmkankeroperaties, dan is het de rol van de zorgverzekeraar om die ontwikkeling bij te sturen. Indien patiënten worden geconfronteerd met een lange wachttijd, dan kan de zorgverzekeraar bijstaan bij het vinden van een zorgaanbieder die de behandeling sneller uitvoert. De IGZ houdt toezicht op kwaliteit van zorg, de NZa op de zorgplicht van verzekeraars.