

Vergaderjaar 2008–2009

29 282

Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector

Nr. 76

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 17 november 2008

U hebt mij gevraagd (2008Z00524/2008D05769) te reageren op de samenvatting van het beleidsplan 2008–2012 van de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (MDL artsen). Dit document beschrijft het kennisdomein van de MDL artsen en de ontwikkelingen die zij daarbinnen voorzien respectievelijk nastreven. Het document is daarmee natuurlijk primair gericht op de beroepsgroep zelf. Er zijn terreinen waar het beleidsplan van de MDL artsen raakt aan beleidsterreinen van mijn departement. Op een aantal van die beleidsterreinen zal ik onderstaand ingaan.

Opleidingscapaciteit

De Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen stelt als één van de twee prioriteiten dat zij «voorzien in voldoende instroom van nieuwe MDL-artsen om te kunnen voldoen aan de snel groeiende vraag. Beschikbaarheid van gekwalificeerde MDL-artsen in het hele land is een conditio sine qua non voor optimale zorg.»

In reactie daarop wil ik allereerst uiteenzetten hoe een advies van het Capaciteitsorgaan over de opleidingsbehoefte tot stand komt. Bij de voorbereiding van een advies wordt alle wetenschappelijke verenigingen gevraagd om input te leveren: wat verandert er in hun vakgebied? Is er onderzoek gedaan? Met alles wat van invloed is op vraag en aanbod (voor zover de factoren objectief dan wel aannemelijk zijn) houdt het Capaciteitsorgaan rekening bij de totstandkoming van het advies. De weging van alle factoren wordt voorgelegd aan de Kamer medisch specialisten. Die moet beoordelen of het bureau van het Capaciteitsorgaan de gegevens juist heeft verwerkt. Vervolgens beslist het plenair orgaan, waarin naast medisch specialisten ook verzekeraars en ziekenhuizen zijn vertegenwoordigd, of het advies juist is.

Als minister ben ik terughoudend in het beoordelen van standpunten van wetenschappelijke verenigingen. In de procedure hebben zij immers een

prominente rol. Wel is er te allen tijde de afspraak dat het Capaciteitsorgaan een monitoringsfunctie heeft. Mocht er op basis van voortschrijdend inzicht een ander beeld ontstaan, dan adviseert het Capaciteitsorgaan mij daarover. Ik zal mij dan beraden of ik het advies over neem. Een aantal zaken dat door de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen wordt genoemd, is meegewogen in het advies van het Capaciteitsorgaan. De vacatures bij de MDL-artsen en de epidemiologische ontwikkelingen (waaronder colonkanker) zijn hier een voorbeeld van. Het huidige advies van een instroom van 29 MDL-artsen impliceert daarom ook een forse stijging ten opzichte van het voorgaande advies (19) van het Capaciteitsorgaan. Voor zover het advies van het Capaciteitsorgaan nog enige terughoudendheid betracht, vloeit dat voort uit de wellicht stijgende zorgvraag als gevolg van de eventuele invoering van het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker. Hierover is immers nog geen besluit genomen.

Dat brengt mij op het volgende punt. Ook al wordt er in de toekomst een positief besluit genomen over het bevolkingsonderzoek, dan wil dat nog niet zeggen, dat de MDL-arts de enige zorgverlener is die onderzoek zou kunnen uitvoeren. Ik zal dit toelichten.

Ten eerste wordt de methodiek van een dergelijk onderzoek nog bestudeerd. ZONMW heeft recentelijk het rapport «Dikkedarmkankerscreening onder de loep» uitgebracht (<http://www.zonmw.nl/nl/organisatie/nieuws/nieuws/item/dikkedarmkankerscreening-onder-de-loep/>), waarin is onderzocht of andere technieken zoals CT-scans ingezet zouden kunnen worden in plaats van een endoscopie. Dit zou de vraag naar zorgverleners veranderen. Ten tweede verschillen de meningen over de uitvoering van een dergelijk onderzoek. Naast de MDL-artsen zien ook de internisten een rol voor zichzelf bij het darmonderzoek, juist omdat zij breed inzetbaar zijn en menen dat deze handelingen niet uitsluitend door MDL-artsen moeten worden verricht, zodat ook de internist deze vaardigheid behoudt. Hier is sprake van substitutie tussen MDL-arts en internist. In het buitenland wordt bij dit vakgebied ook vaker niet zeker welke gevolgen een eventuele uitrol van een bevolkingsonderzoek heeft voor de benodigde capaciteit van zorgverleners. De samenstelling van het Capaciteitsorgaan en de werkwijze is juist om die reden zodanig ingericht dat een dergelijke discussie daar kan worden gevoerd. Ik betreur het dan ook dat de vereniging van MDL-artsen geen afschrift van het beleidsplan heeft gestuurd aan het Capaciteitsorgaan. Dat is immers de plaats waar deze discussie moet worden gevoerd. Gezien deze discussie heb ik het Capaciteitsorgaan op 21 oktober 2008 verzocht na te gaan of er aanleiding is om het advies inzake capaciteit van MDL-artsen te herzien.

Transparantie en verantwoording

Het is belangrijk dat patiënten en zorgverzekeraars een goed beeld krijgen van de prestaties van de MDL-vakgroepen en specialisten, zodat zij gemotiveerd keuzes kunnen maken of contracteren. Het is dan ook vanzelfsprekend dat de MDL-artsen zich toetsbaar willen opstellen en bereid zijn verantwoording af te leggen over de geleverde prestaties en deze ook openbaar maken. Ook de koppeling die de vereniging legt met het doorvoeren van verbeteringen en het interne kwaliteitsbeleid is positief. Daarmee sluiten de MDL-artsen aan bij het beleid om de kwaliteit van zorg zichtbaar en meetbaar te maken. Zoals bekend heb ik de Inspectie voor de Gezondheidszorg gevraagd hiervoor het programma Zichtbare Zorg uit te voeren. De voornemens van de MDL-artsen sluiten aan bij dit beleid. Wel zijn daarbij de volgende onderwerpen van belang, die ik de MDL-artsen dan ook wil voorhouden:

- Het is van belang dat de MDL-artsen aansluiten bij de lopende ontwikkeling in de ziekenhuissector om voor 80 aandoeeningen prestatie-indicatoren te ontwerpen.
- Het is eveneens van belang, dat bij het ontwikkelen van indicatoren de andere belanghebbenden – patiënten/consumenten, verzekeraars en IGZ – worden betrokken.
- Naast het zichtbaar maken van de prestaties aan de hand van beroepsinhoudelijke indicatoren is het ook van belang het oordeel van patiënten over de verleende zorg te meten en hiervoor een CQ-index te ontwikkelen.

Bevolkingsonderzoek darmkanker

Zoals ik in mijn kaderbrief screening aan de Tweede Kamer van 4 juli jl. (kamerstukken 2007–2008 22 894, nr. 179) heb gemeld, wacht mijn beslis-sing over de invoering van een bevolkingsonderzoek naar darmkanker nog op de afronding van enkele pilots dit jaar. De Gezondheidsraad zal mij hierover adviseren. Binnen het Nationaal Programma Kankerbestrijding (NPK) waar VWS één van de partners is, wordt op dit moment door een werkgroep de eventuele uitvoering van het darmkankeronderzoek vertaald uit de «lessons to be learned» van bestaande bevolkingsonderzoeken.

Samenwerking met andere beroepsgroepen

Het beleidsplan is primair vanuit een monodisciplinair perspectief geschreven. Hierdoor krijgt het transmurale en multidisciplinaire aspect van kwaliteit en transparantie minder de aandacht. Ook geeft het beleidsplan weinig inzicht in de samenwerking en afstemming met andere beroepsgroepen terwijl juist dat cruciaal is voor het bereiken van de beleidsprioriteiten preventie, veiligheid, transparantie en kwaliteit. In het verlengde daarvan is ook de passage met het deel «gereedschap voor de huisarts» summier te noemen. De beweging om richtlijnen en protocollen voor behandeling, diagnostiek en verwijzing te willen verbeteren is toe te juichen, maar de uitwerking is erg éénzijdig en gaat voorbij aan een dialoog met de huisartsen en andere medici. Ik hoop dan ook dat dit beleidsplan aanleiding zal zijn voor het starten van een vruchtbare dialoog met, onder andere, huisartsen en internisten over die samenwerking.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink