

Aan de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Uw brief van

Uw kenmerk

Datum
19 september 2006

Ons kenmerk
PAK/26066243

Behandeld door
mw. mr. P.C. Staal

Doorkiesnummer
(020) 797 87 33

Onderwerp
Wachttijden levende donor niertransplantaties

Geachte heer Hoogervorst,

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft signalen uit het veld ontvangen over (te) lange wachttijden bij levende donor niertransplantaties. Het CVZ heeft naar aanleiding daarvan nadere informatie ingewonnen bij de centra die over een vergunning beschikken voor het verrichten van niertransplantaties. De vragen die zijn voorgelegd en de reacties daarop van de centra treft u aan als bijlage 1 en 2.

Alle niertransplantatiecentra hebben gereageerd op het verzoek om informatie, behoudens het Erasmus MC. Dit centrum heeft de gevraagde informatie niet verstrekt, ook niet na ontvangst van rappelberichten daarover. Het CVZ vindt dat niet aanvaardbaar en zal het Erasmus MC hier nog formeel over aanspreken. Het CVZ komt binnenkort op dit punt terug.

De bevindingen en aanbevelingen van het CVZ treft u hierna aan. De Begeleidingscommissie orgaantransplantaties (BOTX) heeft het CVZ bij het opstellen van deze brief van advies gediend.

Wat is een acceptabele wachttijd?

Het CVZ gaat hierbij uit van de zogenoemde Treeknormen. Dit zijn de afspraken tussen de verzekeraars, koepels van zorgaanbieders, consumenten- en patiëntenverenigingen over streefnormen en maximale wachttijden voor zorginterventies. Voor niet-acute zorg is de Treeknorm 7 weken. Deze norm is ook van toepassing op levende donor niertransplantaties.

Het is belangrijk dat de transplantatiecentra zich aan deze norm houden. Lange wachttijden bij levende donor niertransplantaties zijn namelijk nadelig voor de nierpatiënt, maar ook uit financieel oogpunt ongunstig (namelijk niet kosteneffectief). De mogelijkheid van een preëemptieve transplantatie¹ wordt door een lange wachttijd doorkruist. De ontvanger moet in de wachtperiode toch starten met dialyse, terwijl een tijdige relatietransplantatie dit had kunnen voorkomen. Start van dialyse gaat gepaard

¹ D.w.z. een transplantatie die wordt verricht op een moment dat de transplantatie medisch gezien nog niet absoluut noodzakelijk is, maar waardoor wordt voorkomen dat de patiënt tijdelijk aangewezen raakt op dialyse.

met kosten en extra morbiditeit. In geval van een al dialyserende patiënt heeft een tijdige relatietransplantatie vooral effect op de kwaliteit van leven, maar ook op de overleving. Bovendien is een transplantatie op den duur goedkoper dan het continueren van dialyse. Te lange wachttijden kunnen er ook toe leiden dat patiënten zich genoodzaakt zien zich voor de zorg te wenden tot een buitenlands ziekenhuis, hetgeen vanwege de afstand voor de patiënten en de donoren belastend kan zijn. Het CVZ voegt hier nog aan toe dat bij de planning van de ingreep het ziekenhuis soms rekening moet houden met de wensen van de donor en/of de patiënt, waardoor de periode tussen het tijdstip van goedkeuring en het tijdstip van operatie langer wordt. Dit kan echter niet beschouwd worden als wachttijd in engere zin

Wachttijden vorig jaar en nu

De Nierpatiënten Vereniging Nederland (NVN) en de Nierstichting hebben onderzoek gedaan naar de wachttijden voor levende donor niertransplantaties. Daaruit blijkt dat in april 2005 en mei 2006 de wachttijden varieerden van 5 tot 32 weken. In bijlage 3 treft u de betreffende informatie aan. Het CVZ heeft recentelijk bij de niertransplantatiecentra navraag gedaan naar de gemiddelde wachttijd op dit moment. Het gaat hier om de tijd gelegen tussen moment van plaatsing op de operatiewachttijdlijst en de dag van transplantatie. De verkregen informatie wijst uit dat volgens de centra de wachttijd op dit moment varieert van 7 tot 52 weken. Voor de overzichtelijkheid volgt hierna een tabel waarin de gegevens zijn opgenomen.

Tabel 1: Gemiddelde wachttijden levende donor niertransplantaties:

Centrum	Meting NVN en Nierstichting april 2005 en mei 2006 (website: NVN)	Opgave centra mei 2006
Amsterdam	32 weken ²	12 weken ³
Groningen	14 weken	12 weken
Leiden	14 weken	52 weken
Maastricht	5 weken	≤ 7 weken
Nijmegen	15 weken	8 weken
Rotterdam	10 weken	? weken ⁴
Utrecht	27 weken ⁵	30 weken

Toename transplantaties met nieren levende donoren

Terwijl het aantal postmortale niertransplantaties min of meer stabiel is gebleven in de afgelopen jaren, neemt het aantal transplantaties met nieren van levende donoren in alle centra toe. Dit blijkt uit onderstaande tabel. Ook de in bijlage 4 opgenomen figuur laat dit zien.

² Het gaat hier volgens NVN/Nierstichting om de tijd gelegen tussen de goedkeuring en de transplantatie.

³ Het gaat hier om de tijd gelegen tussen moment van plaatsing op de operatiewachttijdlijst en de dag van transplantatie. Dit is vergelijkbaar met gegevens NVN/Nierstichting. Zie noot 2.

⁴ Het Erasmus MC heeft geen informatie verschaft over de actuele wachttijden.

⁵ In de informatie van NVN/Nierstichting is geen splitsing aangebracht in de voorbereidingstijd en de wachttijd na goedkeuring. Deze periodes samen bedragen 39 weken. Om een vergelijking mogelijk te maken met de gegevens van de centra uit mei 2006 is de voorbereidingstijd die het UMCU in zijn recent gegeven informatie noemt (namelijk 12 weken) in mindering gebracht op de 39 weken. De wachttijd 2005/2006 (NVN/Nierstichting) komt dan uit op 27 weken.

Tabel 2: Aantallen levende donor niertransplantaties/jaar per centrum in 1996-2005

centrum	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Amsterdam	6	6	6	13	20	18	26	25	32	34
Groningen	10	6	9	13	18	20	29	31	33	35
Leiden	5	5	9	20	24	25	24	25	27	43
Maastricht	11	10	8	10	17	15	15	11	17	18
Nijmegen	22	23	32	34	39	35	36	43	45	51
Rotterdam	18	27	28	31	39	39	55	47	72	76
Utrecht	8	12	14	9	12	14	14	15	24	18
totaal	80	89	106	130	173	166	199	197	250	275

Gegevens ontleend aan: jaarverslagen NTS

Het aandeel van de niet-verwante donoren in het totale aantal levende donor transplantaties is in alle centra gestegen. Gemiddeld in Nederland steeg het percentage van 8 % (6/80) in 1996 tot 46% (127/275) in 2005. In 2004 is het cross-over niertransplantatieprogramma opgezet. In 2004 en in 2005 zijn \pm 25 transplantaties verricht in dit programma. Dit verklaart (deels) de stijging van de niet-verwante donortransplantaties van de afgelopen 2 jaar. Gezien het succes van het cross-over programma is een verdere stijging van deze vorm van transplantatie te verwachten. De vraag naar levende donor niertransplantaties zal met name door deze nieuwe ontwikkeling toenemen. Hoe groot de vraag precies zal worden is moeilijk te bepalen. Volgens de NTS is de prognose dat het aantal zal stijgen tot \pm 400 ingrepen per jaar.

Constateringen

De op website van de NVN opgenomen gegevens over de wachttijden zijn afkomstig van de patiënten. Van de NVN is vernomen dat de respons in de afgelopen periode niet optimaal is geweest. In verband hiermee gaat het CVZ voor de actuele stand van de wachttijden af op de informatie die is ontvangen van de centra.

Vergelijking van de gegevens uit 2005 (van NVN/Nierstichting) met de recent van de centra ontvangen gegevens levert het volgende beeld op. De wachttijd bij het azM is min of meer gelijk gebleven. Bij het AMC is de wachttijd drastisch teruggelopen (van 32 naar 12 weken). Ook de wachttijden bij het UMCG en het St Radboud zijn teruggelopen (van 14 naar 12 weken respectievelijk van 15 naar 8 weken). Bij het LUMC is de wachttijd aanzienlijk gestegen, namelijk van 14 weken naar 52 weken. Bij het UMCU is ook een stijging zichtbaar, zij het een kleine stijging van 27 naar 30 weken. Voor het Erasmus MC is geen vergelijking te maken, omdat het geen informatie heeft verstrekt over de huidige gemiddelde wachttijd.

Een aantal centra heeft in de reactie aangegeven dat zij in de afgelopen jaren respectievelijk recentelijk hun capaciteit hebben uitgebreid. Opmerkelijk is dat dat bij het AMC wel tot een drastische daling heeft geleid, terwijl de capaciteitsuitbreiding bij het UMCU en het LUMC geen daling te weeg heeft gebracht⁶. Bij deze twee centra zijn de wachttijden juist opgelopen. Bij het UMCU is sprake van een lichte toename, terwijl bij het LUMC een forse stijging zichtbaar is. Het LUMC heeft naast capaciteitsuitbreiding ook nog getracht de wachttijden te verkorten door post-transplantatiezorg over te laten aan de verwijzende centra. De verkregen informatie maakt niet geheel duidelijk waarom bij het UMCU en het LUMC de wachttijden zijn opgelopen, ondanks de capaciteitsuitbreiding die heeft plaatsgevonden. Eén van de oorzaken zou kunnen zijn dat de vraag is toegenomen, maar dat is niet geheel duidelijk.

Het CVZ stelt vast dat het UMCU en het LUMC, ondanks extra inzet/maatregelen, toch nog kampen met onacceptabel lange wachttijden. De wachttijden bij het AMC en het UMCG overschrijden de Treeknorm met een paar weken. De wachttijden bij het azM en het St Radboud zijn op een acceptabel niveau gebleven resp. gekomen. De

⁶ Bij het UMCU zal het aantal levende donor niertransplantaties stijgen van 18 (in 2005) naar 36 (in 2006). Voor het LUMC geldt dat er een stijging is geweest van 27 (in 2004) naar 43 levende donor niertransplantaties (in 2005).

laatstgenoemde centra geven in hun reactie echter wel aan dat de wachttijd onder druk staat in verband met beperkte capaciteit/gebrek aan capaciteit. Dat betekent dat als de vraag naar levende donor niertransplantaties zal blijven toenemen - hetgeen de verwachting is - ook deze centra (opnieuw) geconfronteerd zullen worden met oplopende wachttijden.

Verantwoordelijkheden

De vraag rijst bij wie primair de verantwoordelijkheid ligt om het probleem van te lange wachttijden op te lossen resp. zich in te spannen om een oplossing te bewerkstelligen. Naar de opvatting van het CVZ zijn dat in eerste instantie de vergunninghoudende centra zelf. Zij zijn in Nederland als enige gerechtigd om dit soort ingrepen te verrichten en dat schept dan ook een individuele, maar ook een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het creëren van een afdoende aanbod.

Dit betekent volgens het CVZ dat het volgende van een niertransplantatiecentrum mag worden verwacht:

- Een centrum moet in principe een capaciteit inzetten die recht doet aan de vraag bij het betreffende centrum, zij het dat het redelijk is dat het centrum bij het bepalen van de daadwerkelijk voor deze ingrepen in te zetten capaciteit rekening mag houden met de totale capaciteit van het centrum en de overige activiteiten die de het centrum ontplooit. De centra mogen de capaciteit in principe evenredig verdelen over de verschillende onderdelen.
- Mochten er vanuit financieel oogpunt belemmeringen worden ondervonden (bij het opvoeren van de capaciteit), dan is het aan de centra om de geëigende kanalen te benutten om de belemmeringen weg te (laten) nemen. Het CVZ doelt hiermee op het volgende. Van de zijde van de centra is geattendeerd op een in 2001 door Prof. dr. R.A.P. Koene in opdracht van de patiëntenvereniging gedane inventarisatie van logistieke en financiële knelpunten die zich voordoen bij donatie bij leven. De betreffende brief met bijlage wijst erop - kort gesteld - dat voor de niertransplantatie zelf en de donornefrectomie bij een postmortale donatie een kostendekkende vergoeding bestaat, maar dat dat niet geldt voor de donornefrectomie bij levende donatie. Deze kosten moet het ziekenhuis uit het reguliere budget voldoen. Dit zelfde geldt voor de kosten die gemoeid zijn met de voorbereiding van de (potentiële) donoren. Verder is het zo dat de donornefrectomie in toenemende mate plaatsvindt door middel van laparoscopische techniek. De kosten daarvan zijn hoger dan de kosten van een klassieke operatie, aldus de brief met bijlagen van Prof. dr. Koene. De betreffende stukken treft u aan als bijlage 5.
Het is aan de centra om, indien men de budget-parameters en/of de financieringssystematiek voor deze zorgvorm niet meer als adequaat ervaart, dit door de koepelorganisatie aan de orde te laten stellen bij de budgetonderhandelingen. Hierbij tekent het CVZ nog aan dat mocht het tot herijking komen, het aanbeveling verdient om daarbij ook de vraag te betrekken of het gewenst is budgetonderdelen te oormerken, waardoor de financiële opbrengst ook daadwerkelijk ten goede komt aan de zorg waar het om gaat (en dus te koppelen aan het transplantatietarief). Dat is ook logisch, daar de kosten worden verhaald op de ontvanger. Hierna gaat het CVZ ook nog in op het punt van de financiering van de donornefrectomie.
- Het is aan de centra om zonedig te zoeken naar creatieve oplossingen. Centra zouden kunnen nagaan of er mogelijkheden zijn om gegadigden voor een levende donor niertransplantatie van elkaar over te nemen. Centra zouden kunnen afspreken dat een centrum dat een korte wachttijd heeft (en capaciteit) inspringt voor een ander centrum met lange wachttijden. Voorts zou men kunnen overwegen om binnen de reikwijdte van de vergunning maatregelen te treffen die de productie verhogen. Het CVZ wijst er in dit verband op dat volgens het ministerie van VWS alleen het inbrengen van het donororgaan vergunningplichtig is. Het inbrengen van dit orgaan moet gebeuren in het ziekenhuis dat een vergunning heeft. Het inbrengen mag niet op een andere locatie gebeuren, ook niet met personeel van het vergunninghoudende centrum. De voor- en nazorg (vooronderzoek, intensive care zorg en verdere nazorg) zijn niet vergunningplichtig. Een ander ziekenhuis dan het vergunninghoudende ziekenhuis mag dus strikt genomen deze zorg verlenen.

Ditzelfde geldt voor de donornefrectomie; deze is niet vergunningplichtig. De donornefrectomie zou dus in een ander centrum dan het transplantatiecentrum kunnen plaatsvinden.

Het CVZ tekent hierbij aan dat een aantal centra heeft laten weten om kwalitatieve redenen niet te voelen voor het aanbrenge van een splitsing in de zorg. Verder vraagt men zich af of patiënten wel in zullen stemmen met een dergelijke werkwijze. Ook het CVZ meent dat het vanuit het oogpunt van kwaliteitsborging wenselijk is de uitname van de nier bij een levende donor en de implantatie van de betreffende nier in één hand te houden. De donornefrectomie zou daarom – anders dan nu het geval is – ook onder de vergunning moeten vallen (vergunningplichtig moeten zijn). Bijkomend voordeel daarvan is dat de mogelijkheid biedt de financiering van de donornefrectomie anders te regelen. Ook voor dat onderdeel kan dan een kostendekkende vergoeding worden gerealiseerd via 100% nacalculatie, zoals thans geldt voor de transplantatiegeneeskunde. De budgettaire beperkingen worden daarmee opgelost (zie het punt hiervoor). Het ligt in de rede de financiering op dit punt te wijzigen, nu de levende donor niertransplantaties niet meer, zoals vroeger, marginaal in aantal zijn. Levende donor niertransplantaties (verwant en niet-verwant) vormen inmiddels bijna de helft van het totaal aantal niertransplantaties en de verwachting is dat het aantal nog zal stijgen en dat deze transplantatievorm de dominante vorm van niertransplantaties zal worden. De donornefrectomie kan dus naar de mening van het CVZ niet meer blijven buiten de regulering (via vergunningen) en de speciale financiering die geldt voor de orgaantransplantaties.

Ook de verzekeraars hebben een verantwoordelijkheid als het gaat om het terugdringen van de wachttijden. Verzekeraars die de zorg in natura aanbieden zijn verplicht om voldoende zorg in te kopen. Dit betekent dat de verzekeraars in de onderhandelingen met de ziekenhuizen over productieafspraken rekening zullen moeten houden met de vraag van hun verzekerden en zullen moeten aandringen op het inzetten van voldoende capaciteit zodat de zorg tijdig kan worden geleverd. Deze zorg valt onder de reguliere budgetonderhandelingen. Verder geldt voor alle zorgverzekeraars, zowel de verzekeraars die de zorg in natura aanbieden als de verzekeraars die werken op restitutiebasis, dat zij naar hun verzekerden een bemiddelende rol hebben. Mocht een verzekerde die in aanmerking komt voor een niertransplantatie met een nier van een levende donor aangeven dat hij binnen afzienbare tijd geopereerd wil worden, dan zal een verzekeraar zich voor deze verzekerde moeten inspannen en bijvoorbeeld moeten regelen dat hij elders, in een andere regio (of in het buitenland), terecht kan voor de niertransplantatie.

Ten slotte heeft ook u, als Minister van VWS, een verantwoordelijkheid. De minister is degene die periodiek nagaat welke behoefte er is aan vergunninghoudende centra. Hij geeft dat weer in een op de Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV) gebaseerd planningsbesluit. Het Planningsbesluit orgaantransplantatie 2005 dat in dit geval van toepassing is, is per 1 januari 2005 in werking getreden. Daarin geeft de minister aan dat er niet meer centra nodig zijn dan de huidige zeven niertransplantatiecentra. Het is de taak van de minister om de vergunninghoudende centra aan te spreken op de hiervoor genoemde verantwoordelijkheden. Verder is het zijn verantwoordelijkheid om zonedig aan te sturen op de inzet van meer capaciteit door toelating van een extra centrum respectievelijk extra centra. In dit verband merkt het CVZ op dat het VU medisch centrum (VUmc) te Amsterdam een aanvraag heeft ingediend voor een vergunning voor het verrichten van niertransplantaties. Het wil zich daarbij in eerste instantie richten op transplantaties met nieren van levende donoren bij eigen patiënten en patiënten die op de wachtlijst bij het LUMC staan. U heeft het CVZ over de vergunningaanvraag advies gevraagd. Het CVZ gaat daar in een afzonderlijk rapport op in. Dat rapport, waarin het CVZ u adviseert positief te beslissen op de vergunningaanvraag van het VUmc, stuurt het CVZ u ook vandaag toe.

Aanbevelingen

Dit brengt het CVZ tot een aantal aanbevelingen aan de Minister van VWS.

- Het CVZ beveelt u aan om de centra en ook de verzekeraars te wijzen op hun verantwoordelijkheden, zoals hiervoor weergegeven.

- Meer concreet beveelt het CVZ u aan om in ieder geval bij de centra die een wachttijd hebben van meer dan 7 weken aan te dringen op een zodanige verhoging van het aantal ingrepen dat men binnen afzienbare tijd voldoet aan de Treeknorm van 7 weken. Hierbij tekent het CVZ nog wel aan dat het mogelijk is dat, gelet op de capaciteit die de betreffende centra reeds inzetten in vergelijking met de andere activiteiten die deze centra ontplooiën, van deze centra in redelijkheid niet kan worden gevergd om op dit onderdeel op korte termijn nog meer substantiële capaciteitsuitbreiding te realiseren. Mogelijk dat andere vergunninghoudende centra extra capaciteit kunnen inzetten om patiënten uit de regio's met wachttijden over te nemen. Het AMC heeft in reactie op de vergunningaanvraag van het VUmc laten weten dat het bereid is extra operatiecapaciteit in te zetten, waardoor in de nabije toekomst (2007) geen sprake meer is van enige wachttijd bij het AMC. Deze extra capaciteit zou mogelijk ook ingezet kunnen worden om verlichting elders te brengen. Het CVZ beveelt u aan om bij de centra erop aan te dringen hierover te overleggen en afspraken te maken. Toelating van een extra centrum is volgens het CVZ ook een mogelijke optie. Het VUmc heeft zich reeds aangediend als gegadigde. In een afzonderlijk rapport gaat het CVZ in op de vergunningaanvraag van het VUmc. Dat rapport, waarin het CVZ u adviseert positief te beslissen op de vergunningaanvraag van het VUmc, stuurt het CVZ u ook vandaag toe.
- Omdat vanwege de verwachte toename van de vraag naar levende donor niertransplantaties, het niet is uitgesloten dat ook de centra waarvoor thans acceptabele wachttijden gelden, (weer) te maken zullen gaan krijgen met oplopende wachttijden, verdient het aanbeveling om er bij deze centra op aan te dringen dat zij attent zijn op het oplopen van de wachttijden en zonedig tijdig passende maatregelen nemen.
- Verder meent het CVZ dat het vanuit het oogpunt van kwaliteitsborging gewenst is om de vergunningplicht ook van toepassing te laten zijn op de donornefrectomie. Een door de minister afgegeven vergunning zou dus ook op dat onderdeel betrekking moeten hebben. Bijkomend voordeel daarvan is dat de mogelijkheid biedt de financiering van de donornefrectomie op dezelfde wijze te regelen als de financiering die geldt voor orgaantransplantaties (kortgesteld: 100% nacalculatie). Een dergelijke financiering ligt ook in de rede, nu de levende donor niertransplantaties een groot aandeel en waarschijnlijk op termijn het grootste aandeel vormen van het totaal aantal niertransplantaties. De donornefrectomie kan dus naar de mening van het CVZ niet meer blijven buiten de regulering (via vergunningen) en de speciale financiering die geldt voor de orgaantransplantaties.

Het CVZ stuurt een afschrift van deze brief aan de niertransplantatiecentra, het VUmc, de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), NVZ vereniging van ziekenhuizen, de NVN en de Nierstichting.

Hoogachtend,

College voor zorgverzekeringen

Voorzitter

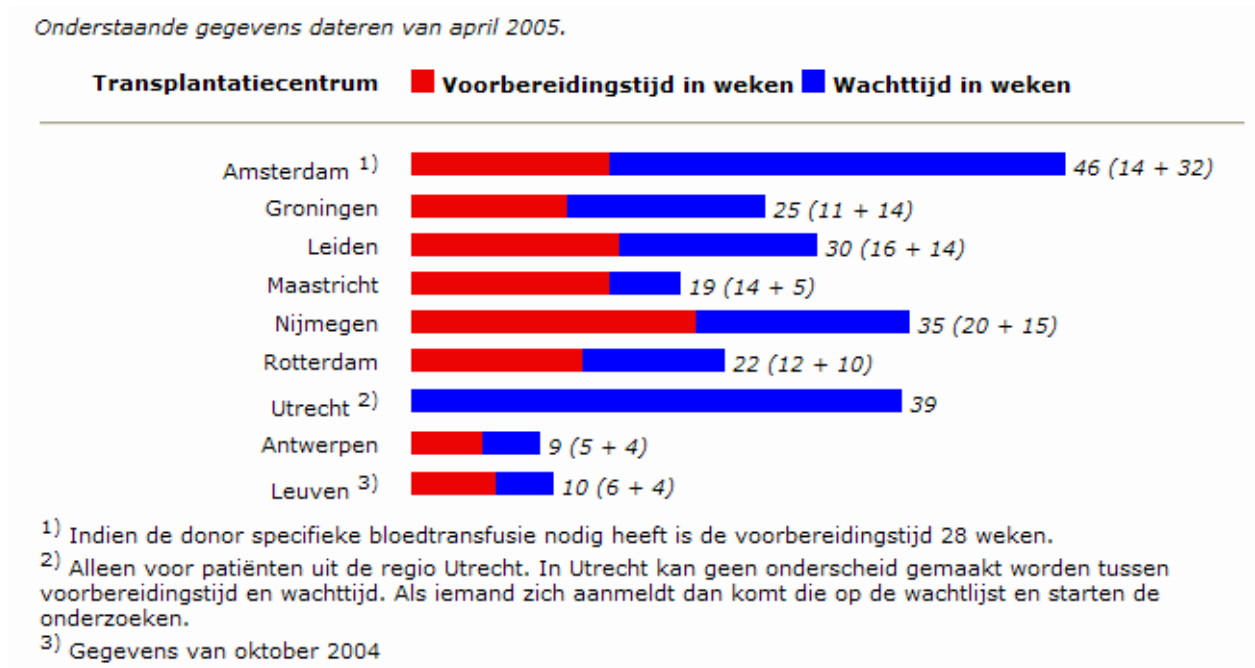
drs. J.S.J. Hillen

Plv. Algemeen Directeur

dr. A. Boer

26066243

Wachttijden levende donor niertransplantaties (ontleend aan: website NVN)



Dezelfde gegevens zijn op de website van de NVN opgenomen met de vermelding dat de gegevens dateren van mei 2006.

Aantallen niertransplantaties, aantallen niertransplantaties met postmortale nieren en aantallen levende donor niertransplantaties in 1990-2004 (ontleend aan: Website Stichting RENINE)

