

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
4071937-1079691-CZ

Bijlagen
1

Datum document
28 februari 2025

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Datum 4 april 2025
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van het lid Danielle Janssen (Nieuw Sociaal Contract) over het bericht 'Hoe lager de sociaaleconomische positie en hoe groter de reisafstand, des te kleiner de kans op het gebruik van geavanceerde oncologische behandelingen' (2025Z03669).

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Fleur Agema

Antwoorden op Kamervragen over het lid Danielle Janssen (Nieuw Sociaal Contract) bericht 'Hoe lager de sociaaleconomische positie en hoe groter de reisafstand, des te kleiner de kans op het gebruik van geavanceerde oncologische behandelingen' (2025Z03669, ingezonden d.d. 28 februari 2025).

Ons kenmerk
4071937-1079691-CZ

Vraag 1.

Heeft u kennisgenomen van het bericht 'Ongelijkheid in toegang tot immunotherapie bij longkanker: de invloed van sociaaleconomische positie en reisafstand'? 1)

Antwoord vraag 1.

Ja.

Vraag 2.

Vindt u ook dat gebruik kunnen maken van innovatieve behandelingen niet afhankelijk mag zijn van inkomen of reisafstand?

Antwoord vraag 2.

Ik vind het belangrijk dat iedereen in Nederland gelijkwaardige toegang heeft tot goede zorg, inclusief de brede toegankelijkheid van de oncologische zorg. Ook innovatieve behandelingen moeten voor iedereen toegankelijk zijn. Bij voorkeur kunnen patiënten voor oncologische zorg terecht in het eigen ziekenhuis dichtbij, in de eigen regio of provincie, waar zij zich vertrouwd voelen. Maar, soms is het nodig, en ook beter voor de patiënt, om voor bepaalde (innovatieve) behandelingen van (hoogcomplexe) oncologische zorg iets verder te reizen, omwille van de kwaliteit van zorg. Daarnaast deel ik de opvatting, zoals ook staat beschreven in het aangehaalde bericht¹, dat verschillen in behandeling niet per se onwenselijk zijn, zolang er maar een goede afweging heeft plaatsgevonden, tussen arts en patiënt, waarbij er is gekeken naar de gehele gezondheidstoestand van de patiënt en diens persoonlijke omstandigheden (oftewel, samen beslissen).

Vraag 3.

In hoeverre doet dit probleem zich ook voor bij andere vormen van oncologische zorg, zoals diagnostiek, nazorg en andere behandelingen? Speelt deze ongelijkheid ook bij andere kankersoorten? Beschikt u over cijfers die inzicht geven in ongelijkheden binnen de gehele oncologische zorg?

Antwoord vraag 3.

Ongelijkheid in de toegang tot oncologische zorg is een complex probleem dat zich, helaas, voordoet in de volle breedte (diagnose, behandeling, en nazorg en controle) van de zorg. Zo is het bekend dat patiënten uit lagere inkomensgroepen minder vaak een tumorgerichte behandeling ondergaan dan patiënten met een hoger inkomen. Dit is bekeken voor vijf veelvoorkomende tumorsoorten: borstkanker, niet-kleincellige longkanker, darmkanker, prostaatkanker en melanoom. Het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) publiceert met enige regelmaat over de sociaaleconomische verschillen binnen de oncologische zorg in Nederland. Deze cijfers zijn voor iedereen beschikbaar via de website van IKNL².

Vraag 4.

¹ <https://iknl.nl/nieuws/2025/ongelijke-toegang-durvalumab>

² <https://iknl.nl/kanker-in-nederland-ses-rapport>

Wat zegt bovengenoemd bericht volgens u over de gezondheidskloof tussen welvarende en minder welvarende mensen in Nederland, en hoe verhoudt dit zich tot onze nationale gezondheidsdoelen?

Ons kenmerk
4071937-1079691-CZ

Antwoord vraag 4.

Het kabinet zet zich in om de gezondheidsverschillen in Nederland te verkleinen. Hiervoor neemt het kabinet verschillende maatregelen. Zo verlaag ik bijvoorbeeld het eigen risico voor een gelijkwaardigere toegang tot zorg voor iedereen. Verder is uw Kamer in december 2024 geïnformeerd over de eerste contouren van de beleidsagenda 'Gezondheid in alle Beleidsdomeinen'³. Doel van deze Rijksbrede beleidsagenda is het terugdringen van gezondheidsachterstanden en om de gezondheid van iedereen, én in het bijzonder die van mensen in een kwetsbare situatie, te verbeteren.

Vraag 5.

Hoe verklaart u dat, ondanks het feit dat Durvalumab is opgenomen in de basisverzekering, patiënten met een hogere sociaaleconomische positie (SEP) 26 procent meer kans hebben deze behandeling te ontvangen dan patiënten met een lagere SEP? Bent u zich ervan bewust dat de werkelijke ongelijkheid mogelijk nog groter is, omdat mensen met een lagere SEP ook minder vaak chemoradiotherapie ondergaan en daardoor überhaupt minder vaak in aanmerking komen voor Durvalumab? Wat is uw reflectie hierop?

Antwoord vraag 5.

Voor Durvalumab specifiek kan ik hierover geen harde uitspraken te doen, want de redenen van het niet starten van een behandeling met Durvalumab zijn mij niet bekend en zijn dus ook niet meegenomen in de onderliggende studie⁴, zoals ook blijkt uit het aangehaalde bericht. Ik kan mij daarom slechts beperken tot de bevindingen zoals de onderzoekers deze zelf beschrijven, en tot de reeds bekende inzichten als het gaat om de sociaaleconomische verschillen bij kanker.

Zoals ik ook heb aangegeven bij mijn beantwoording op vraag 2 en 4 vind ik dat iedereen in Nederland toegang moet hebben tot goede (oncologische) zorg. Mede daarom voert dit kabinet beleid om de gezondheidsverschillen in Nederland te verkleinen en zo de gelijkwaardige toegang tot zorg te vergroten.

Vraag 6.

Hoe verklaart u dat voor elke extra vier kilometer reisafstand naar een behandelcentrum de kans op behandeling met zeven procent daalde (dus: hoe verder een patiënt van het ziekenhuis woont hoe kleiner de kans is dat hij of zij deze therapie krijgt)?

Antwoord vraag 6.

Daar is geen eenduidig antwoord op te geven. De reisbereidheid verschilt per situatie, van patiënt tot patiënt. Belangrijke kenmerken van mensen zoals leeftijd, opleidingsniveau en gezondheidstoestand beïnvloeden de reisbereidheid⁵. Ook zijn

³ Kamerstukken II, 2024/2025, 32 793, nr. 794

⁴ Katsimpokis et al. (2025). Income inequality and access to advanced immunotherapy for lung cancer: the case of Durvalumab in the Netherlands. *Journal of Clinical Epidemiology*, Volume 181, May 2025, 111711, <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2025.111711>

⁵ Onderzoek van de Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie (NVMO) uit 2023, gepubliceerd in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2023;167:D789

er financiële drempels. Daarnaast kunnen er regionale verschillen bestaan als gevolg van verschil in verwijspatronen van huisartsen. Het onderliggende onderzoek⁶ zelf benoemt dat het beeld past binnen een breder patroon van verschillen in kankerbehandelingen tussen regio's in Nederland. Zo is er eerder vastgesteld dat het gebruik van bestraling bij prostaat- en darmkanker per regio kan verschillen. Voor longkanker blijkt uit recent onderzoek dat er ook regionale verschillen zijn in het gebruik van bestraling en de manier waarop chemotherapie en bestraling worden gecombineerd.

In algemene zin kan ik wel zeggen dat patiënten voor (hoog)complexe kankerbehandeling bereid zijn verder te reizen, juist omwille van de kwaliteit⁷. Desondanks snap ik dat nabijheid van zorg voor patiënten van belang is. Juist daarom is het belangrijk om de zorg in netwerken te organiseren en om de voor- en zorg van complexe kankerbehandelingen dichtbij de patiënten thuis te organiseren, in het ziekenhuis dichtbij en zo de reisbelasting zo beperkt mogelijk te maken. Zie ook mijn antwoorden bij vraag 8 en 10.

Vraag 7.

Weet u in welke regio's patiënten het hardst worden getroffen door beperkte toegang tot geavanceerde oncologische behandelingen als gevolg van een grotere reisafstand?

Antwoord vraag 7.

Nee, ik ben niet in bezit van deze informatie.

Vraag 8.

Wat gaat u doen om gelijke toegang tot dure kankerbehandelingen te waarborgen?

Antwoord vraag 8.

In de afgelopen jaren zijn er, om de toegankelijkheid van oncologische zorg te verbeteren, regionale oncologienetwerken opgericht. Samenwerken in netwerken draagt bij aan goede zorg voor patiënten met kanker en aan de toegankelijkheid en houdbaarheid van de oncologische zorg nu, maar ook in de toekomst. Via samenwerking tussen deze netwerken kan elke patiënt, ongeacht de plaats waar hij of zij het zorgtraject start, de best zorg krijgen. Voor complexere zorg en bepaalde ingrepen gaat een patiënt naar gespecialiseerd ziekenhuis, maar de nazorg en controle vinden plaats in het ziekenhuis dichtbij. De beweging naar netwerkzorg zet ik de komende jaren door, concreet door samen met het veld uitwerking te geven aan de uitvoering van het in 2023 opgeleverde Plan van Aanpak netwerk- en expertzorg voor mensen met kanker⁸.

Vraag 9.

Hoe gaat u voorkomen dat er bij de introductie van innovatieve en dure medicatie in Nederland direct een SEP-gerelateerde kloof ontstaat in de toegang tot deze behandelingen?

⁶ Katsimpokis et al. (2025)

⁷ Rapport 'Concentratie en spreiding van oncologische zorg: wat vinden mensen met kanker?' - NFK

⁸ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2023/06/29/passende-zorg-in-oncologieregios-plan-van-aanpak-netwerk--en-expertzorg-voor-mensen-met-kanker>

Antwoord vraag 9.

De gelijke toegang tot nieuwe (dure) geneesmiddelen voor iedereen, ongeacht de sociaaleconomische positie, is hierbij onbetwist. Bij dit traject zijn verschillende veldpartijen betrokken, waaronder de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK). Dit is de koepel van 22 verschillende kankerpatiëntenorganisaties. Zij hebben een belangrijke rol in het vertegenwoordigen en bereiken van kankerpatiënten. Zij kunnen mij bijvoorbeeld adviseren of ondersteunen bij de effectieve communicatie richting patiënten.

Ons kenmerk
4071937-1079691-CZ

Vraag 10.

In hoeverre neemt u de bevindingen van deze studie mee in de discussie over concentratie en spreiding die gevoerd wordt ter uitvoering van het IZA?

Antwoord vraag 10.

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) zijn afspraken gemaakt om samenwerking in netwerken te bevorderen door spreiding van laagcomplexe zorg en concentratie van hoogcomplexe zorg. Deze beweging wordt door veldpartijen (FMS, NVZ, NFU, ZN, V&VN, ZKN en de betreffende patiëntenorganisaties) zelf getrokken en kent een breed draagvlak, onder andere bij de betrokken patiëntenorganisaties.

Begin 2024 is door de partijen een set met voorstellen voor hogere (volume)normen voor hoogcomplexe oncologische en vaatchirurgische interventies opgesteld, zoals in het IZA was beoogd. De (volume)normen zijn opgesteld vanuit de medische inhoud om passende zorg van goede kwaliteit voor patiënten te bevorderen.

In het najaar van 2024 is aan de hand van het door de NZa opgestelde 'kader impactanalyse' gestart met de regionale impactanalyses. De impactanalyses dienen ter ondersteuning van een zorgvuldige besluitvorming over de hogere normen én vormen de start van het gesprek over herverdeling van zorg in elke regio. Het doel van de impactanalyses is om in kaart te brengen in welke mate en op welke manier de voorgestelde volumennormen de patiënt en de betrokken zorgprofessionals, zorgaanbieders en zorgnetwerken raakt en te beoordelen of deze impact maatschappelijk gezien acceptabel is. Hierbij wordt ook gekeken naar de toegankelijkheid van de zorg en de reistijd, welke ook in deze studie naar voren komen. Ik vind het belangrijk dat dit traject zorgvuldig plaatsvindt en dat partijen in de regio afspraken maken over samenwerking in netwerken en herverdeling van zorg. De regionale impactanalyses maken inzichtelijk welke potentiële effecten er zijn, en vormen daarmee een belangrijke bouwsteen om tot zorgvuldige besluiten en oplossingen te komen.

Op dinsdag 25 maart jl. zijn de volumennormen voor 18 complexe behandelingen bij kanker en vaatziekten vastgesteld. De vaststelling van deze normen is een belangrijke stap op weg naar regionale samenwerkingsnetwerken van ziekenhuizen. Die zullen zo worden ingericht dat iedere patiënt met bepaalde kanker of vaatziekten, in elke regio toegang heeft tot de best mogelijke zorg wanneer dat nodig is. Vanaf 2026 worden deze behandelingen alleen nog uitgevoerd in ziekenhuizen die deze ingrepen vaak genoeg doen. We maken hiermee een kwaliteitsslag door complexe zorg in enkele ziekenhuizen te concentreren en tegelijkertijd minder complexe zorg te spreiden, wat het ziekenhuis dichtbij meer bestaansrecht geeft. Dat is goed nieuws voor de patiënt en sluit aan bij mijn ambities voor een toegankelijker zorg.

Ons kenmerk
4071937-1079691-CZ

1) Integraal Kankercentrum Nederland, 26 februari 2025, 'Ongelijkheid in toegang tot immunotherapie bij longkanker: de invloed van sociaaleconomische positie en reisafstand' (<https://iknl.nl/nieuws/2025/ongelijke-toegang-durvalumab>)