

Vergaderjaar 2011–2012

32 864

Academische zorg

Nr. 2

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 7 november 2011

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft een aantal vragen voorgelegd aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport naar aanleiding van het rondetafelgesprek, gehouden op 8 juni 2011, met tal van deskundigen over de academische zorg in Nederland (Kamerstuk 32 864, nr. 1).

De minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 4 november 2011. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Staaij, C.G. van der (SGP), Smeets, P.E. (PvdA), Voorzitter, Smilde, M.C.A. (CDA), Koşer Kaya, F. (D66), Veen, E. van der (PvdA), Gerven, H.P.J. van (SP), Ouweland, E. (PvdD), Agema, M. (PVV), Leijten, R.M. (SP), Bouwmeester, L.T. (PvdA), Wolbert, A.G. (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink, E.E. (CU), Uitslag, A.S. (CDA), Elias, T.M.Ch. (VVD), Ondervoorzitter, Dijkstra, P.A. (D66), Dille, W.R. (PVV), Gerbrands, K. (PVV), Mulder, A. (VVD), Venrooy-van Ark, T. (VVD), Bruins Slot, H.G.J. (CDA), Voortman, L.G.J. (GL), Klaver, J.F. (GL) en Straus, K.C.J. (VVD).

Plv. leden: Dijkgraaf, E. (SGP), Kuiken, A.H. (PvdA), Omtzigt, P.H. (CDA), Berndsen, M.A. (D66), Klijnsma, J. (PvdA), Ulenbelt, P. (SP), Thieme, M.L. (PvdD), Mos, R. de (PVV), Kooiman, C.J.E. (SP), Arib, K. (PvdA), Vermeij, R.A. (PvdA), Ortega-Martijn, C.A. (CU), Toorenborg, M.M. van (CDA), Burg, B.I. van der (VVD), Ham, B. van der (D66), Beertema, H.J. (PVV), Bosma, M. (PVV), Lodders, W.J.H. (VVD), Miltenburg, A. van (VVD), Ormel, H.J. (CDA), Sap, J.C.M. (GL), Tongeren, L. van (GL) en Liefde, B.C. de (VVD).

1

Op welke wijze kan worden geborgd dat in de academische ziekenhuizen alle gecompliceerde patiëntenzorg en wetenschappelijk onderzoek in stand blijft? Hoe wordt ervoor gezorgd dat de medische academie de bron blijft om de artsen van de toekomst te vormen tot vernieuwende, wetenschappelijk geïnteresseerde en kritische zorgverleners?

De UMC's ontvangen voor het uitvoeren van gecompliceerde patiëntenzorg en wetenschappelijk onderzoek de academische component. Dit zorgt voor de financiële borging. Daarnaast is in NFU verband afgesproken dat alle UMC's gezamenlijk garant staan voor de last resort functie voor de topreferente zorg. Deze last resort functie garandeert dat alle topreferente patiënten bij tenminste één UMC terecht kunnen. De UMC's dragen gezamenlijk zorg voor een landelijk dekkend netwerk waarbij de patiënt op die plek komt waar de beste diagnose en behandel-mogelijkheden aanwezig zijn. Dit is vastgelegd in de brief «Publieke functies van de UMC's in een marktomgeving» uit 2006 (CZ/IZ/2737337) en verder uitgewerkt in de notitie over de legitimering van de academische component die is opgesteld na de legitimeringsconferentie van juni 2010. Als een UMC besluit om een deel van de topreferente zorg af te stoten zullen de patiënten, volgens de afspraak, altijd overgenomen worden door één of meer UMC's. Voor de zeer zeldzame ziekten is er niet altijd een UMC dat zich profileert als topreferent eindstation voor deze patiënten, in onderling overleg wordt afgestemd in welk UMC deze patiënten het beste behandeld kunnen worden.

In het algemeen (inclusief de medische academie) geldt een cyclus voor de modernisering van beroepsgerichte opleidingen. Deze cyclus houdt in dat de opleidingen zijn afgeleid van de landelijke beroepsprofielen. De beroepsprofielen zijn een weergave van de stand van het beroep op dat moment met oog voor toekomstgerichte ontwikkelingen. Daarnaast vormen de opleidingen zelf een kruispunt van praktisch (klinisch) onderwijs, theoretisch onderwijs en onderzoek. Hiermee wordt geborgd dat de toekomstige zorgverleners vernieuwend en vanuit de wetenschap kunnen redeneren en handelen. Het raamplan basisartsen beschrijft het eisenpakket waaraan de basisarts moet voldoen bij het afronden van de geneeskunde opleiding. Dit borgt de kwaliteit van de opleiding. Dit raamplan wordt met enige regelmaat, meest recent in 2009, vernieuwd om recht te doen aan nieuwe wensen, innovaties en ontwikkelingen in de zorg.

2

Hoe wordt de afkalving van de topreferente zorg voorkomen als een academisch ziekenhuis in financiële problemen zit? Dienen niet criteria te worden vastgesteld wie topreferente centra mag ontwikkelen, en waar de topreferente centra gepositioneerd dienen te zijn? Hoe wordt voorkomen dat door individuele beslissingen de bestaande expertise en het opgebouwde netwerk van jaren te gronde wordt gericht? Wat vindt de minister van het voorstel van professor Drent om een commissie in te stellen die criteria opstelt waarlangs de topzorg moet worden georganiseerd?

Topreferente zorg is specialistische patiëntenzorg die gepaard gaat met bijzondere diagnostiek en behandeling. Deze zorg wordt nu alleen door de 8 UMC's en het NKI-AVL geleverd. Voor de extra kosten die aan deze vorm van zorg verbonden zijn ontvangen zij de academische component. Deze vorm van bekostiging impliceert automatisch de positionering van de topreferente centra zoals deze nu bestaat. Een landelijk dekkend netwerk is hiermee bereikt. Er moet echter wel gekeken worden welke taken, die nu nog door de UMC's worden uitgevoerd, ook door de topklinische ziekenhuizen uitgevoerd kunnen worden.

De UMC's zullen er in de toekomst steeds vaker voor kiezen om portfoliokeuzes te maken en bepaalde zorgactiviteiten af te stoten. Hierbij geldt als uitgangspunt dat niet alle UMC's alle functies kwalitatief verantwoord kunnen blijven uitoefenen. De verwachting is dat door dit beleid de kwaliteit, patiëntveiligheid, effectiviteit en doelmatigheid van de zorg zal toenemen. Kwalitatieve argumenten zijn hierbij doorslaggevend. De verantwoordelijkheid voor het bieden van goede kwaliteit van zorg ligt bij de Raad van Bestuur van de UMC's.

Onlangs is er een IBO academische zorg gestart waarin ook gekeken zal worden naar de positionering en doelmatigheid van de UMC's. De resultaten van dit onderzoek worden in het voorjaar van 2012 verwacht. Het opstellen van criteria waar goede zorg aan moet voldoen en de wijze waarop dat gebeurt vind ik een taak van het veld zelf. In dat opzicht heb ik geen mening over het voorstel van professor Drent. Mocht het veld onverhoopt achterblijven in het opstellen van dergelijke criteria en richtlijnen dan heeft het op te richten Kwaliteitsinstituut daar een taak.

3

Wat is de taak/rol van de academie bij de ontwikkeling van richtlijnen? Hoe wordt ervoor gezorgd dat bij de ontwikkeling van normen de wetenschappelijke evidentie voorop staat, en boven de belangen van de beroepsvereniging of economische afwegingen uitgaat?

De verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling van richtlijnen ligt bij de betrokken veldpartijen. Bij het opstellen van richtlijnen wordt altijd een team van experts samengesteld. Ongetwijfeld zullen hierbij specialisten uit de academie een rol spelen. Er wordt steeds kritischer gekeken naar de wijze waarop richtlijnen worden opgesteld. Onder andere de Regieraad, maar ook de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (Orde en ZN) hebben hier kaders voor ontwikkeld. Zo is in de Richtlijnen voor richtlijnen opgenomen dat richtlijnen door tenminste alle betrokken beroepsgroepen geautoriseerd zouden moeten worden. Ik verwacht dat het Kwaliteitsinstituut in 2013 ook een impuls zal geven aan het tot stand komen van professionele standaarden waarin de richtlijn een belangrijke plaats inneemt.

4

Hoe wordt voorkomen dat, wat professor Gans vreest, de behandeling van aandoeningen op een reductionistische wijze wordt geconcentreerd, waarbij de samenhang in de behandeling van de patiënt die steeds ouder wordt met meer complexe zorg en morbiditeit verdwijnt?

Professor Gans reageerde hiermee op een uitspraak van de heer Leerink. Deze stelde dat concentratie van zorg één van de instrumenten is om de betaalbaarheid van de zorg op de lange termijn te garanderen. Vooraf had de heer Leerink aangegeven dat zorgverzekeraars een stuk van de regionale regie kunnen voeren en ook zullen voeren. Daarbij gaf de heer Leerink ook aan zich te realiseren dat binnen de academische zorg vaak heel bijzondere, gespecialiseerde behandelingen nodig zijn en sprak daarbij de hoop uit dat vooral de academische ziekenhuizen en de professionals in die ziekenhuizen dat met elkaar regelen, een en ander uiteraard binnen de grenzen van de Mededingingswet. Geplaatst binnen deze context, deel ik de angst van professor Gans niet. Door concentratie te zien als een instrument dat de kwaliteit van zorg kan verbeteren en daarmee ook eventueel de betaalbaarheid te borgen, en door oog te hebben voor de gespecialiseerde behandelingen die zich niet lenen voor concentratie, kan voorkomen worden dat het scenario dat professor Gans vreest, bewaarheid wordt.

5

Moeten de academische ziekenhuizen nog basisziekenhuiszorg aanbieden? Moeten zij dit niet zoveel mogelijk afstoten? Zo ja, wat betekent dit dan voor de opleiding? Gaat hierdoor niet veel aanwezige expertise verloren die ook belangrijk is voor de opleiding in de academie?

De academische ziekenhuizen kunnen basiszorg blijven aanbieden zolang deze zorg tegen een vergelijkbare prijs/kwaliteitsverhouding wordt aangeboden als dezelfde basiszorg in andere ziekenhuizen. De verzekeraar speelt een belangrijke rol bij het inkopen van kwalitatief goede en doelmatige zorg.

Het is zeker niet noodzakelijk dat academische ziekenhuizen basiszorg behouden vanwege hun opleidingsfunctie. Het onderwijs op het gebied van basiszorg kan ook elders aangeboden worden. Hierbij kan gedacht worden aan opleiden in andere ziekenhuizen of ZBC's.

6

Hoe wordt gegarandeerd dat er bij de stroomlijning en het efficiënter maken van de academische zorg medische wetenschappers voldoende tijd krijgen om nieuwe artsen op te leiden, onderzoek te kunnen trekken, en goede richtlijnen te formuleren?

Het is de kerntaak van de UMC's om zorg, opleiding en onderzoek met elkaar te verbinden. Dat is geen triviale opgave, omdat de daarbij gemoeide belangen soms tegengesteld kunnen zijn. De Raden van Bestuur van de UMC's nemen daarbij het voortouw. Zij genieten daarbij mijn vertrouwen. Met de UMC's is overeengekomen dat zij de komende jaren in veel groter detail dan tot nu toe het geval was, verantwoording zullen afleggen over hun inspanningen.

7

Dient niet zo snel mogelijk het aantal opleidingsplaatsen voor artsen van 2 850 te worden uitgebreid?

Op deze vraag zal antwoord worden gegeven in een brief van het kabinet over de uitwerking van het regeerakkoord op de passage over de numerus fixus en de vraag om een kwart meer artsen in 2025. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap werken gezamenlijk aan de brief. De brief wordt in het voorjaar van 2012 verwacht.

8

Kunnen academische ziekenhuizen (en andere opleidingsziekenhuizen) de toeloop van het grotere aantallen studenten aan, vooral als medisch specialisten zoveel mogelijk patiëntgebonden colleges geven vanaf het begin van de studie, zoals in een aantal UMC's het geval is?

Ook deze vraag zal aan de orde komen in de onder vraag 7 genoemde brief.

9

Moet bij de academische zorg de financiering niet globaler worden gedefinieerd, in tegenstelling tot de routinematige zorg?

Van belang is vooral passende bekostiging, zowel ten aanzien van de reguliere zorgverlening door UMC's die vanaf 2012 via de DOT-zorgproducten worden bekostigd, als de topreferente en topklinische zorg waarbij de bekostiging (deels) via de academische component verloopt. Ten aanzien van het eerste onderdeel geldt dat de zorgzwaarte nog beter in de productstructuur moet worden opgenomen. Dit betekent

niet per definitie meer of specifiekere producten. Ook het registreren en het in DOT's opnemen van nevendiaagnoses kan daarbij van belang zijn. In de doorontwikkeling van DOT zal de NZa bekijken welke mogelijkheden er zijn om meer rekening te houden met zorgzwaarte. De bekostiging van de publieke functies van UMC's via de academische component is mede gelet op het doel waarvoor deze middelen worden verstrekt globaler van karakter en niet gebaseerd op prestatiebekostiging. Over inzet en verantwoording van deze middelen heb ik afspraken gemaakt met de sector.

10

Hoe is/moet de financiering van intercollegiale consultering worden geregeld bij de academische topreferente centra?

Voor academische centra zijn er verschillende financieringsbronnen waaronder de opbrengsten uit de DBC's (DOT's in 2012) en de academische component. De intercollegiale consulten worden bij academische centra hetzelfde geregeld als bij algemene ziekenhuizen. Als een patiënt klinisch is opgenomen mag er per specialisme één collegiaal consult worden geregistreerd. Dit is een apart subtraject die afleidt tot een DBC-zorgproduct/DOT-zorgproduct.

11

Klopt het dat medisch specialisten in de universitaire medisch centra veel minder verdienen dan hun collega's in de regio? Hoe groot zijn deze verschillen? Hoe kan ervoor worden zorggedragen dat in alle vakgebieden de academische medische staf adequaat kan worden bemenst?

Voor het inkomen van specialisten in loondienst geldt de CAO. Voor de specialisten in loondienst van een algemeen ziekenhuis is dit de AMS en voor de specialisten in UMC's is dit de CAO UMC's.

De basisinkomens per jaar inclusief vakantietoeslag variëren in de algemene en categorale ziekenhuizen van ongeveer € 68 000 tot € 119 000 per fte. Na zes jaar verdient een medisch specialist in een algemeen ziekenhuis het maximum. De inkomens in de academische ziekenhuizen variëren van ongeveer € 62 000 voor een universitair medisch specialist tot € 144 000 per fte voor een hoogleraar/afdelingshoofd. In beide genoemde CAO's zijn toeslagen op het basisinkomen mogelijk voor onregelmatigheidsdiensten en voor bereikbaarheids- en aanwezigheidsdiensten (maximaal 20%). Wanneer de maximale toeslag voor diensten bij de basisinkomens wordt opgeteld, dan variëren de inkomens tussen ongeveer € 82 000 en € 143 000 voor de algemene en categorale ziekenhuizen en ongeveer € 74 000 en € 170 000 voor de academische ziekenhuizen. Hierbij is geen rekening gehouden met overige toelagen, zoals managementtoelagen, arbeidsmarkttoelagen, bijzondere beloning, eindejaarsuitkering et cetera. In de AMS bedraagt de specifieke beloning voor managementtaken maximaal 20%, in de CAO academische ziekenhuizen is deze niet nader gespecificeerd.

In algemene ziekenhuizen zijn daarnaast ook vrijgevestigd medisch specialisten werkzaam. Het inkomen van een vrijgevestigd medisch specialist is in de huidige situatie afhankelijk van de DBC's die worden gedeclareerd. In de DBC's zit een honorariumdeel dat de vrijgevestigd medisch specialist ontvangt. Het totale DBC honorarium dat een vrijgevestigd medisch specialist verdient is zijn omzet. Omdat de omzet van een vrijgevestigd medisch specialist bestaat uit een inkomensdeel en een deel (praktijk)kosten is niet zomaar te bepalen hoe groot de verschillen zijn met de inkomens van medisch specialisten in academische ziekenhuizen. Wel kan worden aangegeven dat sinds de invoering van dit systeem in 2008 de honoraria in de academische ziekenhuizen en in algemene zieken-

huizen uit elkaar zijn gaan lopen. De laatste jaren hebben vrijgevestigd medisch specialisten omzetten gerealiseerd ver boven de normomzet, welke mede gebaseerd was op de AMS. De oorzaak is onder andere gelegen in systeemfouten.

Om deze fouten te corrigeren en de uitgaven van honorarium vrijgevestigd medisch specialisten te beheersen voert VWS een beheersmodel medisch specialisten in per 2012. Met de invoering van het beheersmodel komen de inkomens (gemiddeld) weer dichter bij elkaar. Hiermee wordt beoogd het level-playing field met de academische ziekenhuizen te verbeteren en wordt betere bemensing vanuit die optiek mogelijk gemaakt.

12

«Klopt de waarneming van de heer Leerink (Menzis) dat financiën nog steeds een grote rol spelen bij het al dan niet behandelen van patiënten, bijvoorbeeld wanneer dure geneesmiddelen in het spel zijn?»

De kwaliteit van zorg die een ziekenhuis aan een patiënt kan bieden speelt een hoofdrol bij het al dan niet behandelen van een patiënt. Als het ziekenhuis op kwalitatieve gronden kiest voor bepaalde speerpunten dan zullen een aantal patiënten mogelijk worden doorverwezen naar een ander UMC.

Wat de dure geneesmiddelen betreft heb ik geen signalen voor een dergelijke rol van financiën bij het al dan niet behandelen van patiënten. In 2006 waren er, ook bij de Tweede Kamer, vragen over de vermeende verschillen in toegankelijkheid («postcodegeneeskunde») bij dure geneesmiddelen. In 2008 en 2009 is daarom in opdracht van mijn ambtsvoorganger een diepgaand onderzoek uitgevoerd naar de toegankelijkheid van twee dure geneesmiddelen in Nederlandse ziekenhuizen. Daaruit volgde dat de toegankelijkheid in orde was. Na die periode zijn er op dit vlak geen nieuwe signalen binnen gekomen. Vanaf 1.1 2012 kunnen instellingen de behandeling met een duur geneesmiddel als aparte «toevoeging» (add-on) bij de DOT declareren. Bij prestatiebekostiging zal het gebruik van dure geneesmiddelen per ziekenhuis meer inzichtelijk worden.

De toegankelijkheid tot zorg met (dure) specialistische geneesmiddelen is van groot belang. Het is belangrijk dat transparant wordt gemaakt in hoeverre er sprake is van richtlijnconform handelen in een ziekenhuis. Daarnaast zouden ook de uitkomsten van die behandelingen meer inzichtelijk moeten worden, zodat de geneesmiddelen gericht en effectiever ingezet kunnen worden. Met veldpartijen ben ik in gesprek om die transparantie en monitoring te realiseren. Op deze wijze kan in de toekomst de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg met dure specialistische geneesmiddelen in ziekenhuizen inzichtelijk worden.

13

Hoe wordt voorkomen dat academische ziekenhuizen staaroperaties moeten uitvoeren om hoogcomplexere kankerchirurgie te kunnen betalen?

Dit wordt voorkomen door goede prestatiebeschrijvingen van de geleverde zorg. Op basis van goede prestatiebeschrijvingen kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars tot een goede kostendekkende prijs komen. Kruissubsidiëring is dan niet nodig.

14

Hoe wordt voorkomen dat bij de DOT-transitie er onnodige verschuivingen richting UMC's ontstaan, omdat de zorgzwaarte onvoldoende in het systeem zit?

De DOT productstructuur houdt meer rekening met zorgzwaarte dan de DBC-structuur. De complexiteit van zorg voor patiënten komt beter tot uiting in de zorgproducten, doordat rekening wordt gehouden met bijvoorbeeld de verpleegduur en de zwaarte van de operaties. Ook zorg die in de huidige DBC-structuur niet goed tot uitdrukking kwam, bijvoorbeeld zorg die in UMC's wordt geleverd, heeft binnen DOT een plek gekregen met behulp van expertproducten. Voor 2012 en 2013 geldt een overgangperiode op basis van een transitiebedrag. DOT heeft daardoor beperkte invloed op eventuele verschuivingen, aangezien er een schaduw-FB wordt gevoerd. In de doorontwikkeling van DOT zal de mogelijkheid van het registreren van nevendiaagnoses worden onderzocht, waardoor in het systeem meer rekening gehouden kan worden met multimorbiditeit.

15

Op welke wijze kan worden gegarandeerd dat er geen zorggebieden zijn waarop duidelijk winst wordt gemaakt of verlies wordt geleden? Hoe kan worden gegarandeerd dat financiële afwegingen de discussie niet negatief beïnvloeden en ongewenste barrières opwerpen die leiden tot suboptimale keuzes?

Goede prestatiebeschrijvingen, goede onderhandelingen en goede maximumtarieven voor het gereguleerde segment zijn nodig om te voorkomen dat er zorggebieden ontstaan waarop duidelijk winst of verlies wordt gemaakt.

Met de invoering van DOT wordt er een stap gemaakt naar betere prestatiebeschrijvingen. De DOT-zorgproducten zijn medisch herkenbaarder en kostenhomogener dan de huidige DBC's. Er wordt meer rekening gehouden met zorgzwaarte door een betere opzet van de productstructuur en door de komst van expertproducten.

Met goede prestatiebeschrijvingen kunnen zorgaanbieders beter laten zien wat ze doen. Hierdoor kunnen adequate prijzen worden afgesproken met de zorgverzekeraar. Voor het gereguleerde segment gelden maximumtarieven. De NZa draagt zorg voor kostendekkende tarieven voor de zorg die in dit segment zit.

16

Dienen, en zo ja hoe, moeten academische ziekenhuizen alsmede enkele algemene topziekenhuizen te worden beloond voor hun innovatie en wetenschappelijke output? Hoe wordt dit gefaciliteerd in de toekomst nu de LPT (locale productiegebonden component) wegvalt.

De UMC's houden zich naast de topreferente patiëntenzorg ook bezig met innovatie en ontwikkeling ten behoeve van die patiëntenzorg. Voor het vervullen van deze functies ontvangen de UMC's een subsidie in de vorm van de academische component. De STZ ziekenhuizen zijn op dit moment uitgesloten van deze vorm van financiering.

Een groot deel van het geneeskundig wetenschappelijk onderzoek wordt in de UMC's uitgevoerd. Het klinisch deel van het wetenschappelijk onderzoek is onderdeel van de werkplaatsfunctie van UMC's. De werkplaatsfunctie voor onderzoek is er op gericht om onderzoek in de praktijk in de breedte mogelijk te maken. De werkplaats van de UMC's wordt tevens aangewend voor extern gefinancierd onderzoek en deels uit deze geldstromen bekostigd.

De UMC's vervullen door de combinatie van onderzoek en topreferente zorg een functie in de ontwikkeling van kennis en innovatie. Om in de UMC's aanwezige kennis en kunde naar maatschappelijke toepassing te vertalen, wordt steeds meer gebruik gemaakt van «vermarkting». Met commercieel geld en/of commerciële partijen worden verbindingen aangegaan die moeten leiden tot vormen van kennistoepassing die op

eigen kracht binnen het publieke domein niet kunnen worden bereikt. Gezamenlijk hebben de UMC's afspraken gemaakt over de wijze waarop kennis en expertise beschikbaar worden gesteld en tegen welke voorwaarden.

De UMC's zullen ook een centrale rol spelen in het topsectorenbeleid dat het kabinet in februari van dit jaar heeft ingezet. Vooral in de topsector life sciences & health zullen de UMC's belangrijk zijn bij het waarmaken van de ambities waaronder Nederland in de top 5 van kennis economieën in de wereld en een stijging van de Nederlandse R&D inspanningen naar 2,5% van het BBP.

17

Is het wenselijk dat bij de financiering van de opleiding van de arts-assistent de arts-assistent een rugzakje meekrijgt, zodat het volgen van de opleiding in verschillende centra wordt vergemakkelijkt?

Sinds de inwerkingtreding in 2007 van het Opleidingsfonds wordt het opleidingsbudget voor arts-assistenten in opleiding tot medisch specialist (aios) in de vorm van een subsidie aan de opleidingsinstellingen verstrekt. In het subsidiebedrag zit, naast een gedeelte voor de loonkosten van de aios, ook een component voor de opleidende instelling ter dekking van met het opleiden samenhangende kosten. Momenteel bestaat er voor het opleiden van medisch specialisten een subsidierelatie tussen VWS en zo'n 100 opleidende ziekenhuizen. Bij elkaar zijn daar gemiddeld ruwweg 6 000 arts-assistenten in opleiding tot medisch specialist. Met elk van deze aios een individuele subsidierelatie aangaan voor het specifiek op hen op hen van toepassing zijnde deel van het opleidingsbudget zou voor betrokken partijen een enorme toename van de administratieve lastendruk betekenen. Gezien de vereisten waaraan een opleidingstraject moet voldoen en de belangrijke rol daarbij van de opleiders en de instellingen, is het bovendien de vraag of een dergelijk «rugzakje» tot meer mobiliteit van aios tussen opleidingsinstellingen zou leiden.

Zoals in de brief «Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector» van 4 maart 2011 (Tweede Kamer, 2010 – 2011, 29 282, nr. 111) aan uw Kamer is gemeld, worden de mogelijkheden verkend om de huidige aparte subsidiesystematiek van het opleidingsfonds te vervangen door een bekostiging en financiering die meer aansluit bij de algemene financieringsinstrumenten in de zorgsector. De hiertoe benodigde uitbreiding van het instrumentarium van de WMG is opgenomen in de Wet aanvulling instrumentarium bekostiging WMG (AIBWMG). Het wetsvoorstel AIBWMG is op 28 juni 2011 door de Tweede Kamer aangenomen en ligt nu bij de Eerste Kamer. Ik ben voornemens de nieuwe wijze van premiefinanciering van het opleidingsfonds en verdere vereenvoudigingen in de uitvoering, met ingang van 2013 door te voeren. Ook gezien deze wijziging in de systematiek ligt het invoeren van een individueel «rugzakje» voor aios niet in de rede.

18 en 19

Kunnen topklinische ziekenhuizen ook academische taken uitvoeren, zoals professor Drent en professor Biesma voorstellen? Als dat het geval is hoe wordt dan de bijpassende financiering geregeld?

Is het wenselijk dat topklinische ziekenhuizen academische taken uitvoeren? Wat zijn de voor- en nadelen?

UMC's leveren topreferente zorg, zeer specialistische patiëntenzorg die gepaard gaat met bijzondere diagnostiek en behandeling, waarvoor geen verdere doorverwijzing meer mogelijk is («last resort»). Topreferente zorg vereist een infrastructuur waarbinnen vele disciplines samenwerken en die gekoppeld is aan fundamenteel patiëntgericht onderzoek. Dit betekent

dat vrijwel alleen UMC's, die beschikken over een werkplaats voor onderzoek, topreferente zorg leveren.

Topklinische ziekenhuizen hebben nog niet laten zien over deze infrastructuur en de vereiste koppeling met fundamenteel wetenschappelijk onderzoek te beschikken. Daarom is het tot op heden niet mogelijk gebleken dat topklinische ziekenhuizen academische taken uitvoeren. Er moet echter wel gekeken worden welke taken die nu nog door de UMC's worden uitgevoerd, ook door de topklinische ziekenhuizen uitgevoerd kunnen worden. Het IBO academische zorg, dat in het voorjaar van 2012 afgerond zal worden, zal zich ook voor een deel richten op de relatie tussen de UMC's en de topklinische ziekenhuizen en de bijpassende financiering.

20

Hoe wordt de continuïteit van topreferente functies vorm gegeven in het licht van de vaak jarenlange investeringen in deze functies?

Er is niet altijd sprake van continuïteit van topreferente functies. Topreferente functies kunnen verdwijnen en overgaan in reguliere zorg en er kunnen nieuwe topreferente functies bijkomen. Als een bepaald type zorg geoormerkt is als topreferente zorg dan zal de continuïteit op dat moment gewaarborgd worden door de afspraken die de UMC's gemaakt hebben om alle topreferente zorg in tenminste één UMC aan te bieden.

21 en 22

Wat zijn de voor- en nadelen van de afwegingen van beslissingen die academische ziekenhuizen zelfstandig nemen? Op grond waarvan nemen ze beslissingen over taakverdeling en al dan niet concentratie van behandelingen? Ziet de minister hierin een rol voor een politiek afwegingskader? Wat zijn de voor- en nadelen hiervan?

Dient er niet een politiek afwegingskader en accordering te komen van beslissingen die academische ziekenhuizen nu min of meer zelfstandig nemen? Moet niet de politiek een sturende rol spelen bij de taakverdeling en al dan niet concentratie van behandelingen in de academische ziekenhuizen.

In die gevallen waar de eigenstandige beslissing van een academisch ziekenhuis om bepaalde topreferente zorg niet meer te leveren tot gevolg zou hebben dat de betreffende behandeling uit Nederland zou verdwijnen, acht ik het van belang dat binnen NFU verband de continuïteit van de zorg voor de betrokken patiënten wordt geborgd. Van belang is wel dat deze samenwerking niet verder gaat dan noodzakelijk is om de topreferente zorg binnen Nederland te kunnen blijven aanbieden.

Eerder heb ik u geïnformeerd over mijn keuze topreferente zorg via de beschikbaarheidsbijdrage te bekostigen en dit vast te leggen in een AmvB op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 32 620, nr. 6). De bij of krachtens AmvB afgebakende topreferente zorg wordt daarmee een dienst van algemeen economisch belang. Bij die afbakening van topreferente zorg zal ik de dynamiek van de topreferente zorg (waaronder instroom en uitstroom van behandelingen) betrekken. Een aanvullend politiek afwegingskader heeft naar mijn mening hier geen toegevoegde waarde. Mijn verwachting is op deze wijze het domein van topreferente zorg te begrenzen. Dat is ook terecht gelet op de voorwaarden die zijn verbonden aan een dienst van algemeen economisch belang. Tot het moment dat de AmvB in werking is getreden zijn de mededingingsregels van toepassing en zullen zorgverzekeraars en UMC's hier rekening mee moeten houden. Voorts zal op dit punt ook ingegaan worden in de brief over mededinging en samenwerking in de curatieve zorg die binnenkort naar uw Kamer verstuurd zal worden.

23

Welke rol moeten academische centra spelen bij de inrichting van de zorg met betrekking tot de eerste lijn, streekziekenhuizen en de borging van de acute zorg? Welke rol dienen academische centra te spelen bij deconcentratie van zorg in hun regio?

Voor de wijze waarop ik de zorg in de buurt wil vormgeven verwijs ik u naar de brief «zorg en ondersteuning in de buurt» die onlangs naar uw Kamer is gestuurd.

Voor wat betreft de overige medisch specialistische zorg is de regisseursrol in beginsel voorbehouden aan de zorgverzekeraars die door selectieve inkoop de inrichting van de zorg verder kunnen vormgeven. Ook wat betreft de acute zorg is de inkooprol van de verzekeraars doorslaggevend, rekening houdend met de bereikbaarheidsnormen zoals vastgelegd in de WTZI. De traumacentra, waaronder de UMC's, hebben de verantwoordelijkheid om de acute zorg in de regio goed te regelen en zullen er voor moeten zorgen dat er goede afspraken gemaakt worden tussen de verschillende zorgaanbieders. Dit alles met inachtneming van de mededingingregels.

24

Hoe wordt voorkomen dat de specialistische zorg vanwege financieel-strategische overwegingen te geconcentreerd wordt aangeboden?

Specialistische zorg kan geconcentreerd worden aangeboden op grond van kwalitatieve argumenten. Dit past ook goed in het beleid omtrent de UMC's waarin wordt gestreefd naar het maken van portfoliokeuzes rondom de topreferente zorg wat zal resulteren in een betere taakverdeling. De verwachting is dat door dit beleid de kwaliteit, patiëntveiligheid, effectiviteit en doelmatigheid van de zorg zal toenemen. Ik onderschrijf dit beleid. Daarnaast is het mogelijk dat een zorgverzekeraar, binnen zijn zorgplicht, op grond van doelmatigheid en kwaliteit de zorg selectief gaat inkopen.

25

Dient niet elke zeldzame aandoening in tenminste twee academische ziekenhuizen te worden aangeboden uit oogpunt van bereikbaarheid en continuïteit? Wordt de stelling van professor Biesma door de minister onderschreven dat het eenzijdig opheffen van de sarcoïdose afdeling in Maastricht maatschappelijk onaanvaardbaar is, omdat de zorg eerst werd geconcentreerd in één centrum in Nederland, en vervolgens dat centrum voor deze specifieke behandeling wordt gesloten?

Alleen enkele hele zeldzame ziekten (weesziekten) worden in één UMC in Nederland aangeboden. Deze ziekten moeten zelfs in Europees verband bekeken worden. Voor de overige topreferente zorg geldt over het algemeen dat deze zorg wordt aangeboden in tenminste twee UMC's waardoor de bereikbaarheid en continuïteit beter gewaarborgd wordt. Wat betreft sarcoïdose zijn er afspraken gemaakt met het Universitair Medisch Centrum in Utrecht over het voortzetten van de behandelingen zodat de continuïteit van de behandeling in alle gevallen gewaarborgd is. Daarnaast kunnen de topreferente patiënten in drie andere UMC's en in het ziekenhuis in Nieuwegein terecht voor de behandeling. Uitbehandelde sarcoïdose patiënten kunnen terecht bij longartsen in alle ziekenhuizen. Dit geldt ook voor het toedienen van medicijnen. Voor een uitgebreid antwoord op deze vraag verwijs ik u naar de verschillende Kamervragen die over dit onderwerp zijn beantwoord.

26

Wie moet bij de discussie over de topspecialistische behandelingen de leiding hebben? Moet er niet een baangarantie komen voor de medisch specialist als op medisch-inhoudelijke gronden wordt besloten bepaalde zorg te concentreren?

Binnen het UMC is de Raad van Bestuur verantwoordelijk voor de beleidskeuzen die gemaakt worden. Ook bij de discussie over de topspecialistische behandelingen hebben zij de leiding. Het is niet mijn rol om mij uit te laten over de invulling van de arbeidsrechtelijke relatie. Het is aan de instellingen zelf, bijvoorbeeld in de CAO, om dit te bepalen. Zoals ik in mijn antwoord op vraag 6 heb aangegeven zullen de UMC's de komende jaren in veel groter detail dan tot nu toe het geval was, verantwoording afleggen over hun inspanningen.

27

Hoe kan het dilemma worden opgelost tussen enerzijds de noodzaak van de academische ziekenhuizen om netwerken te vormen met andere ziekenhuizen om minder gecompliceerde zorg onder te kunnen brengen om wachtlijsten bij academische ziekenhuizen te voorkomen en, anderzijds de rol van de NMa en de NZa die een hindermacht vormen omdat ze verdeling van de markt willen tegengaan? Hoe kunnen zinloze mededingingszaken worden voorkomen die volgens professor Levi toch niet aan de orde zijn? Moet de mededinging (NMa) niet een stapje terugdoen ten faveure van een goede verdeling van de zorg in de regio rondom een academisch centrum? Is concentratie en taakverdeling niet schier onmogelijk zonder dat partners met elkaar overleggen over hun cijfers zoals professor Gunning-Schepers stelt?

Het is niet wenselijk om de mededinging «een stapje terug» te laten doen, zoals de vraag suggereert. De mededingingsregels borgen immers de keuzevrijheid voor patiënten en zijn van belang voor een doelmatige en innovatieve zorgsector. Het is de wettelijke taak van de NMa om toe te zien op de naleving van de Mededingingswet. Marktverdelingsafspraken vallen hier zeker ook onder. Het wel of niet langer aanbieden van behandelingen dient óf een proces te zijn dat onder regie van de zorgverzekeraar staat óf een eigenstandige beslissing van een ziekenhuis te zijn. Een UMC kan zelfstandig besluiten om patiënten te wijzen op wachtlijstverschillen. Daarnaast kan de zorgverzekeraar hierbij een bemiddelende rol spelen. Onderlinge uitwisseling van gegevens of doorverwijsafspraken tussen ziekenhuizen (postcodebeleid) is daarvoor niet nodig.

28 en 29

Wie moet er bij regionale belangentegenstellingen doorzettingsmacht hebben? Hoe wordt geregeld dat academische centra ook werkelijk de regie kunnen nemen?

Welke rol dient bij een dergelijke regionale ordening en netwerkvorming het academisch centrum te spelen? Dient zij een coördinerende rol te spelen, zoals professor Levi bepleit?

Met uitzondering van traumacentra waar de rol van UMC's expliciet benoemd is, is het een taak van de zorgverzekeraar om op grond van zijn zorgplicht voor al zijn verzekerden de inhoud van de zorg, de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de verzekerde zorg te garanderen. Door als zorgverzekeraar selectief te gaan inkopen zal de organisatie van zorg in Nederland worden beïnvloed, aangepast aan de wensen en behoeftes van zijn verzekerden. Verzekeraars zullen daarbij in toenemende mate ook afstemming en samenwerking met gemeenten zoeken, aangezien

gemeentes op grond van de Wet Publieke gezondheid en de Wmo ook een duidelijke rol hebben bij het organiseren van zorg en ondersteuning in de regio.

30

Moeten de academische centra een rol spelen in het ontwikkelen van de organisatie van nazorg voor patiënten, die behandeld zijn in de gespecialiseerde centra, zoals ingebracht door professor Timmermans van het NHG? Zo ja, op welke wijze?

Nazorg voor patiënten, thuis of in een instelling, is van groot belang. Daarom is samenwerking tussen academische centra en zorgaanbieders die nazorg verlenen noodzakelijk.

Het signaleringsrapport «Nazorg bij kanker: de rol van de eerste lijn» van de Signaleringscommissie Kanker (verschenen mei 2011) is een verkennende studie naar de huidige eerstelijnszorg bij kanker in de zogenaamde chronische fase. Het rapport pleit voor een grotere rol van de eerste lijn in de fase na kanker (zolang er enige vorm van nazorg en nacontrole is). Betere nazorg voor patiënten met kanker dient volgens dit rapport zowel specialistische (tumorspecifieke) als generalistische zorg (zoals algemeen-medische en psychosociale zorg) te zijn, afgestemd op de individuele situatie.

De aanbeveling uit het rapport, dat huisartsen een grotere rol bij de nazorg voor kankerpatiënten kunnen en moeten krijgen, deel ik. Feit is dat mensen met kanker mede door verfijndere behandelingen langer leven. Zeker bij andere aandoeningen naast kanker is integrale zorg essentieel. Juist de huisarts kan die zorg goed leveren en waar nodig een specialist inschakelen.

Ik ben het eens met het rapport dat als huisartsen de regie over de nazorg op zich nemen, de oncologisch specialisten zich beter kunnen concentreren op hun primaire taak: nadere diagnostiek en specialistische behandeling van de steeds grotere groep kankerpatiënten. Een verschuiving van de nazorg van de tweede naar de eerste lijn ligt dan voor de hand. Het ontwikkelen van de organisatie van nazorg kan ten eerste gebeuren door aansluiting te zoeken bij extramurale netwerken van huisartsinstituten voor het doen van onderzoek.

Daarnaast gebeurt het ontwikkelen van betere nazorg ook via de zorgstandaarden. Sinds 2010 is er één model voor zorgstandaarden. Om dit model in de praktijk te laten werken is in mei 2011 het Coördinatieplatform Zorgstandaarden 2010–2012 officieel ingesteld. Met vereende krachten werken patiëntenorganisaties, zorgaanbieders, verzekeraars en beleidsmakers aan de verfijning van het ontwikkelde model voor zorgstandaarden. Bij het ontwikkelen van de zorgstandaard kanker wordt uitwerking gegeven aan nazorg bij kanker. Daarbij zal het functioneel beschreven worden, waarbij uitgangspunten voor de nazorg zijn: de zorgvraag en de patiëntvoorkeuren. In de operationalisatie van de zorgstandaard door veldpartijen, worden vervolgens werkafspraken gemaakt over wie wat doet. Ik verwacht dat door deze wijze van ontwikkelen de organisatie van nazorg voor patiënten met kanker zal verbeteren. Ook verwacht ik dat het kwaliteitsinstituut vanaf 2013 in functie een verdere stimulans zal geven aan het ontwikkelen van professionele zorgstandaarden.

31

Wie heeft doorzettingsmacht bij het organiseren van zorg in de regio? Wat vindt de minister van de stelling van de heer Kuenen van de Boston Consulting Group dat het simpelweg overlaten aan de markt tot niet gewenste effecten leidt?

Zie hiervoor het antwoord op vraag 28 en 29. Ik ben het met de heer Kuenen eens dat een UMC de continuïteit van zorg voor zijn patiënten dient te waarborgen, ook indien zij zelfstandig besluit met een type zorg te stoppen. Ik heb vernomen dat de UMC's in NFU verband hebben afgesproken dat alle topreferente patiënten in tenminste één UMC behandeld kunnen worden.

32

Bij concentratie en spreiding spelen de medisch specialisten een grote rol. Wie hakt de knoop door bij belangentegenstellingen tussen de medisch specialisten en de Raden van Bestuur?

Binnen een ziekenhuis zijn de vrijgevestigde medische specialisten via de medische staf betrokken bij het beleid van het ziekenhuis. Voordat sprake is van een situatie waarin knopen moeten worden doorgesneden kunnen raad van bestuur en medisch specialisten met elkaar de businesscase van een ziekenhuis bespreken en opstellen. Wat zijn de sterke en zwakke punten van het ziekenhuis, wat zijn kenmerken van de patiënten, welke behandelingen willen we op specialiseren en welke willen we niet langer aanbieden. Ook al heeft de (maatschap van) de medische specialist mede invloed op de keuzes die de raad van bestuur maakt, het is uiteindelijk aan de raad van bestuur van een ziekenhuis om het besluit te nemen om bijvoorbeeld bepaalde vormen van zorg wel of niet te leveren. Die businesscase dient voorgelegd te worden aan zorgverzekeraar(s) die vervolgens eigenstandig beslissen welke behandelingen ze bij het ziekenhuis wensen in te kopen.

33

Hoe wordt voorkomen dat de belangen van de medisch specialisten en de ziekenhuizen botsen met de belangen van de patiënten?

De belangen van de patiënten worden via de inkoop van de verzekeraar geborgd. De verzekeraar koopt de zorg in waaraan zijn verzekerden behoefte hebben. Op die manier worden de belangen van de patiënten/verzekerden in lijn gebracht met de belangen van medisch specialisten en de ziekenhuizen. Ook de cliëntenraden kunnen hier een rol spelen.

34 en 35

Welke rol speelt de overheid als het gaat om deze belangentegenstellingen?

Hoe worden de belangen van medisch specialisten, ziekenhuizen en van de patiënten gedefinieerd?

Er is sprake van eigen verantwoordelijkheden van verzekeraar, aanbieder en verzekerde die via overheidsregulering zoals acceptatieplicht, zorgplicht, cliëntenrecht en de rol van zorgverzekeraars met elkaar in lijn gebracht worden.

36

Hoe dient de overheid het algemeen belang (goede kwaliteit, toegankelijkheid en bereikbaarheid) in de academische zorg te borgen?

De UMC's zijn zelf verantwoordelijk voor het aanbieden van bereikbare en kwalitatief goede zorg. De UMC's staan gezamenlijk garant voor de last resort functie voor de topreferente zorg. Deze last resort functie garandeert dat alle topreferente patiënten bij tenminste één UMC terecht kunnen. De UMC's zullen gezamenlijk zorg dragen voor een landelijk dekkend netwerk waarbij via verwijzing de patiënt op de plek komt waar de beste diagnose en behandelmogelijkheden aanwezig zijn. Via de academische component zorgt de overheid ervoor dat de topreferente

functies adequaat gefinancierd worden. Mocht de kwaliteit van zorg in het geding komen dan kan de IGZ ingeschakeld worden.