

Vergaderjaar 2010–2011

32 864

Academische zorg

Nr. 1

VERSLAG VAN EEN RONDETAfelGESPReK

Vastgesteld 29 augustus 2011

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op woensdag 8 juni gesprekken gevoerd over **Academische zorg in Nederland**.

Van deze gesprekken brengt de commissie bijgaand stenografisch verslag uit.

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Staaij (SGP), Smeets (PvdA) voorzitter, Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Van der Veen (PvdA), Van Gerven (SP), Van der Burg (VVD), Ouweland (PvdA), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wolbert (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Uitslag (CDA), Elias (VVD), ondervoorzitter, Dijkstra (D66), Dille (PVV), Gerbrands (PVV), Mulder (VVD), Venrooy-van Ark (VVD), Bruins Slot (CDA), Voortman (GroenLinks) en Klaver (GroenLinks).

Plv. leden: Dijkgraaf (SGP), Kuiken (PvdA), Omtzigt (CDA), Berndsen (D66), Klijnsma (PvdA), Ulenbelt (SP), De Liefde (VVD), Thieme (PvdD), De Mos (PVV), Kooiman (SP), Arib (PvdA), Vermeij (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Van Toorenburg (CDA), Lodders (VVD), Van der Ham (D66), Beertema (PVV), Bosma (PVV), Straus (VVD), Van Miltenburg (VVD), Ormel (CDA), Sap (GroenLinks) en Van Tongeren (GroenLinks).

Voorzitter: Smeets
Griffier: Teunissen

Aanwezige leden: Van Gerven, Gerbrands, Lucas, Smilde, Van der Veen

Aanvang 10.03 uur

Sessie 1

Gesprek met:

- **Frank Bosch, internist Rijnstate ziekenhuis/voorzitter Nederlandse Internisten Vereniging**
- **Prof. Koos van der Velden, hoogleraar Public Health Radboud Universiteit**
- **Prof. Marjolein Drent, longarts Academisch Ziekenhuis Maastricht**
- **Arno Timmermans, huisarts/bestuursvoorzitter NHG**
- **Prof. Dr. Edward Nieuwenhuis, hoogleraar kindergeneeskunde Wilhelmina Kinderziekenhuis (UMC Utrecht)**
- **Olivier Gerrits, directie zorginkoop a.i. Achmea**
- **Niko de Jong, voorzitter CRAZ Taskforce Kindergeneeskunde**
- **Prof. Dr. Douwe Biesma, voorzitter raad van bestuur St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein**
- **Prof. Peter C. Huijgens, hoogleraar hematologie VU Amsterdam**
- **Jan Willem Kuenen, partner en managing director Boston Consulting Group**
- **Marcel Levi, voorzitter raad van bestuur AMC**

De **voorzitter**: Ik open deze bijeenkomst van de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ik heet onze gasten van harte welkom. Dank dat iedereen hiervoor tijd heeft willen vrijmaken. Onze werkwijze is als volgt: u krijgt allen eerst het woord om uw statement te maken. Vervolgens zullen de commissieleden vragen stellen. Mevrouw Dijkstra van D66 laat zich verontschuldigen. Zij heeft een plenair debat. Mevrouw Smilde van het CDA komt iets later in verband met een ander overleg.

De heer **Bosch**: Voorzitter. Ik ben Frank Bosch, voorzitter van de Nederlandse Internisten Vereniging. In het dagelijks leven ben ik internist en intensive care-arts in het Rijnstate ziekenhuis. Is het de bedoeling dat ik kort iets zeg over de Nederlandse Internisten Vereniging en de visie op de academisering van de zorg?

De **voorzitter**: Ja, liefst dat laatste.

De heer **Bosch**: De academisering van de zorg gaat natuurlijk over een aantal domeinen: patiëntenzorg, wetenschappelijk onderzoek en opleiding. Bij patiëntenzorg is het overduidelijk dat allerlei vormen van gecompliceerde zorg vooral in academische ziekenhuizen plaatsvinden. Sommige gecompliceerde zorg zal ook wel degelijk in heel grote ziekenhuizen kunnen plaatsvinden.

De academie is natuurlijk vooral de plek waarin translationeel onderzoek of fundamenteel onderzoek dat is geïntegreerd met patiëntenzorg, in hoge mate voorkomt. Grote andere ziekenhuizen hebben ook zeker een rol in onderzoek, maar dan meer in fase III- of fase IV-onderzoek, dat meer patiëntgebonden is.

De Nederlandse Internisten Vereniging is van mening dat iedere internist gedurende zijn of haar opleiding een van tevoren afgesproken periode in een academische omgeving dient door te brengen. Dat academische milieu, met zijn gestructureerde integratie van gecompliceerde patiënt-

tenzorg en wetenschappelijk onderzoek, is bij uitstek de omgeving die noodzakelijk is om artsen van de toekomst te vormen tot vernieuwende, wetenschappelijk geïnteresseerde en kritische zorgverleners.

Mevrouw **Drent**: Voorzitter. Ik ben Marjolein Drent, hoogleraar interstitiële longaandoeningen. Dit gaat om ziektebeelden die te maken hebben met het inademen van schadelijke stoffen. Ik ben longarts in het academisch ziekenhuis Maastricht. Ik zit hier onder andere omdat ik me erg zorgen maak over de toekomst van de academische zorg, met name over de topreferente zorg. De heer Bosch zei net al dat deze ook in topklinische ziekenhuizen kan plaatsvinden, maar de uitwisseling van topklinische of topreferente zorg staat op dit moment erg ter discussie, met name in het kader van de bezuinigingen. Ik denk dat het goed is om een goede analyse te maken, om te kijken hoe het in elkaar zit en wie we toestemming geven om een dergelijk topferent centrum te zijn. Er moeten criteria voor worden opgesteld. Er moet worden gekeken, met visitatiecommissies, welk ziekenhuis dat gaat doen. De huidige ontwikkeling, niet alleen in Maastricht, maar ook in andere academische ziekenhuizen, is dat topreferente zorg wordt afgestoten en dat er vervolgens nog geen oplossing voor is. Ik denk dat we op die manier niet bezig zijn met bezuinigen, hoewel dit wel het doel is, maar dat we bezig zijn met het verplaatsen van het probleem. Het probleem in een ander ziekenhuis is misschien nog wel erger, als we geen oplossing vinden voor het goede systeem voor dergelijke zorg, dat er nu nog niet is. Het ontbreekt aan een goede regeling voor het coachen, het helpen, het opleiden en het doen van onderzoek, onder leiding van mensen die zich daartoe verrijkt hebben. Er is geen tarief voor binnen de huidige dbc en ook het DOT-systeem zal dit niet oplossen. Ik denk dat het heel goed is om met elkaar na te denken over de vraag wie er wordt aangemerkt voor een academisch centrum. Wie krijgt bepaalde taken? Dat kan gerust een topklinisch ziekenhuis zijn. Ik denk dat die zorg daar zeker ook past, maar er moeten wel heel goede afspraken worden gemaakt, die niet afhankelijk zijn van een bepaalde bestuurlijke regeling of beslissing. Het opzetten van een topferent multidisciplinair centrum is een investering van jaren. Dit kan niet in een keer worden stopgezet.

De heer **Van der Velden**: Voorzitter. Ik ben Koos van der Velden, hoogleraar Public Health. Ik ben vooral uitgenodigd vanwege mijn ervaringen met de Stuurgroep zwangerschap en geboorte. Ik zal proberen die ervaringen in mijn verhaal weer te geven. Academische centra zijn buitengewoon belangrijk voor de vernieuwing en de verbetering van de zorg. Naar mijn idee zitten de umc's echter in een vrijwel onmogelijke spagaat. Ze moeten zowel topzorg leveren en topwetenschap bedrijven, als routinezorg of tweedelijnszorg leveren. Als ze dat doen, zitten ze vaak in een financiële spagaat, omdat die tweedelijnszorg eigenlijk beter kan worden geleverd in de klinische ziekenhuizen die daarvoor zijn geprepareerd. De academische centra hebben ook nog een andere opdracht. Het blijkt dat de academische centra weinig aandacht besteden aan iets wat het kabinet ook wil, namelijk het versterken van de eerste lijn en het regelen van een verbinding tussen de eerste lijn en de tweede lijn. Die ervaring heb ik ook met de verloskunde. De problemen van veel zwangeren zijn terug te leiden tot sociale problemen diep in de wijken. Er moet dus wijkgerichte zorg zijn, die wordt aangejaagd vanuit de academische centra. We kunnen wel heel veel kennis concentreren in die centra, maar als die kennis niet wordt teruggegeven aan de wijk, zitten we met een probleem. Dat hebben we op veel plekken in dit land gezien. In steden zoals Rotterdam en Amsterdam neemt dit alleen maar toe. Naar mijn idee zijn de academische centra dus veel te veel naar binnen gericht. Opbouwen van kennis is prima, maar men moet het ook naar

buiten brengen. Mijn idee is dat de academische centra zich inzetten voor een sterkere, samenhangende zorg in hun regio. Die concentratie van zorg – dat is ook mijn ervaring met de verloskunde – kan wel, maar dat moet heel genuanceerd gebeuren. Dat kan niet overal in het land, dat kan alleen maar op bepaalde plekken. In Amsterdam en Rotterdam gaat dit gemakkelijker dan in de periferie. Daarmee moeten we rekening houden. Ik wil er ook voor pleiten dat verzekeraars een actieve rol krijgen in het beter organiseren van de financiering rond de umc's.

De heer **Timmermans**: Voorzitter. Mijn naam is Arno Timmermans. Ik ben huisarts en bestuursvoorzitter van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Wat ons betreft is de academische zorg verantwoordelijk voor topzorg en toponderzoek. Dat staat niet ter discussie. Wij willen wel dat er in het academische onderzoek meer aandacht is voor de noden en de behoeften in de dagelijkse praktijk en dat dit meer aansluit bij de zorg en zorgbehoeften die in de praktijk bestaan. Het moet vaker gaan over gewonere, veelvoorkomende aandoeningen bij gewonere mensen. Het moet niet alleen gaan over het «high sophisticated» wetenschappelijke onderzoek, maar ook over gewone aandoeningen in de praktijk, waarbij meer aandacht is voor de te behalen gezondheidswinst voor de Nederlandse bevolking. Dat is een belangrijk aspect.

Het onderzoek moet zich ook meer richten op onderzoekslacunes die bijvoorbeeld zijn aangetoond bij richtlijnontwikkeling. Er leven in de praktijk namelijk allerlei vragen ten aanzien van beleid en zorgorganisaties. Dit zijn niet alleen medisch-technische vragen, zoals het nut en de noodzaak van disease management, het overdragen van nieuwe methoden van zorg en nieuwe richtlijnen naar de praktijk en het toepassen in de praktijk. Steeds meer patiënten hebben te maken met meerdere chronische aandoeningen. De vraag is hoe we dit in de praktijk moeten toepassen. We kunnen heel veel onderzoek doen naar één aandoening, maar het gaat vaak om de combinatie van dingen. Wat is de effectiviteit van zelfmanagement? Hoe zit het met de rol en de verzelfstandiging van patiënten? Hoe organiseren we goede nazorg voor mensen die zijn behandeld in gespecialiseerde centra? Ik denk bijvoorbeeld aan de oncologische zorg. Het KWF heeft net een structuurrapport uitgebracht, met de titel Nazorg bij kanker. Ik beveel dit rapport van harte aan bij de commissie. Dit betekent nogal wat voor de toekomst van de zorg. De vraag is welke rol academische centra kunnen vervullen om die zorg op een goede manier toe te passen.

Wij vinden dat de academie goed gebruik moet maken van de extramurale netwerken van huisartsinstituten, die ook binnen de academische centra bestaan, om daar toegepast onderzoek te doen.

De heer **Huijgens**: Voorzitter. Ik ben Peter Huijgens. Ik ben hoogleraar hematologie in het VUmc en ik ben voorzitter van de stichting HOVON (Hemato-Oncologie voor Volwassenen Nederland). In mijn position paper leg ik het HOVON-model uit. Dat model is, denk ik, van toepassing op een groot deel van de zorg in Nederland, om het maar even ietwat arrogant te zeggen. Het is dan ook een heel mooi model.

Dit model gaat uit van een paar zaken. Het gaat uit van het doen van onderzoek bij patiënten met hematologische, bloed-, lymfeklier- en beenmergkankers. Het gaat uit van de richtlijnontwikkeling, waarmee de stichting zich bezighoudt. Bij de stichting is 60% tot 70% van de Nederlandse ziekenhuizen actief. Vanuit die richtlijnontwikkeling kan, via het consultatiesysteem dat de hematologische en oncologische afdelingen van de academische ziekenhuizen hebben opgebouwd, eigenlijk elk ziekenhuis worden bereikt. Voor elke individuele patiënt kan dus het behandelplan en het begeleiden van de behandeling, centraal geredigeerd plaatsvinden.

Om te bekijken of dit een effectieve handeling is, in de zin van kosteneffectiviteit en effectiviteit voor patiënten, maar ook op het gebied van kostenbeheersing bij dure geneesmiddelen en dure strategieën, zoals beenmerg transplanteren, monitoren we dit verder in een population based registry. Deze is door HOVON, samen met NWO, iMTA, de farmaceutische industrie en verzekeringsmaatschappijen opgetuigd. Elke patiënt met een hematologische kanker wordt vanaf de diagnosestelling halfjaarlijks gevolgd, om te kijken wat er in de praktijk eigenlijk gebeurt. Zo krijgen we voor onszelf, voor de patiënten en voor de politiek een transparant verhaal.

Dit driepuntensysteem van trials, nieuwe ontwikkelingen op gang brengen en richtlijnontwikkeling, wordt dus vertaald naar individuele patiëntenzorg en wordt vervolgens gerapporteerd in een population based registry. Dit model hebben we nu operationeel. Het kan natuurlijk altijd nog beter, maar het is er. Dit wordt gestuurd vanuit de acht hematologische afdelingen van de acht academische ziekenhuizen. Het model is vertaalbaar naar andere delen van de academische zorg. Een voorbeeld hiervan op dit moment is de kinderoncologie. Als wij dit kunnen uitbouwen en vooral kunnen continueren – dat is het grote punt: het moet voor de komende jaren financieerbaar zijn – hebben we volgens mij een vrij comprehensive care model, dat voor de toekomst ontwikkeling op gang brengt.

De heer **Nieuwenhuis**: Voorzitter. Mijn naam is Edward Nieuwenhuis. Ik ben hoogleraar kindergeneeskunde en hoofd van het Wilhelmina Kinderziekenhuis in Utrecht, in het midden van het land. Er zijn acht academische kinderklinieken in Nederland, die sterk wisselen in grootte. Ik denk dat dit belangrijk is. De kracht van deze academische centra is dat zij interacteren met wetenschappelijke instituten, op het gebied van basale wetenschap, epidemiologie et cetera. Zij kunnen ook interacteren met de volwassen gremia, zoals wij dat noemen in de kindergeneeskunde. De kinderacademische centra vormen de basis voor de opleiding tot kinderarts en hebben daarin ook de regie.

De kindergeneeskunde kent relatief veel zeldzame ziekten. In vergelijking met bijvoorbeeld de interne geneeskunde zien wij ongelooflijk veel zeldzame ziekten. Internisten hebben het over een cohort van 1000 patiënten. Dat kennen wij niet. Een grote patiëntengroep, met een niet-zeldzame ziekte, is bij ons 100 of 200 kinderen. Dat is voor ons al een groot cohort. Dat is essentieel anders dan in de volwassenengeneeskunde.

Cruciaal om te melden is dat de academische kinderklinieken een intensive care hebben. Voor de neonaten, de pasgeborenen, is er de NICU, voor de grotere kinderen de PICU. Dat is echt iets van de academische kindergeneeskunde. Wij zien relatief veel derde- en vierdelijnsverwijzingen.

De academische kindergeneeskunde in Nederland is nu bezig met een grote slag om de zorg geconcentreerd te verdelen over deze centra. Er waren aanvankelijk bijvoorbeeld zes centra waarin kindercardiologie plaatsvond, dit is nu teruggebracht naar vier centra. Een ander voorbeeld is dat er in verschillende centra een aantal niertransplantaties werd verricht, soms maar twee, drie of vier per jaar. Dat zijn natuurlijk heel kleine aantallen. Dat zijn we nu aan het terugbrengen naar twee centra. Dit is een ongelooflijke exercitie, maar we gaan er gestaag mee door. Professor Huijgens noemde ook al de kinderoncologie. Ik denk dat de kindergeneeskunde zich er bij uitstek voor leent om deze concentratieslag te maken en wellicht een model kan zijn voor de andere gremia.

De heer **De Jong**: Voorzitter. Ik ben lid van de CRAZ. Daarnaast ben ik voorzitter van schildklierpatiëntenorganisaties. Ik ben betrokken bij de herindeling, taakverdeling en concentratie van zorg bij de kindergenees-

kunde. Een werkgroep van de CRAZ is actief betrokken geweest bij het begin van het maken van beleid op academisch niveau. Dat past ons, als patiëntenorganisaties verenigd in de CRAZ, zeer, omdat we in het begin van de beleidsvorming invloed kunnen hebben. De CRAZ is een patiëntenmedezeggenschapsorgaan van de acht academische ziekenhuizen en zorgt ervoor dat de raden van bestuur van deze ziekenhuizen de belangen van de patiënten goed in het oog houden en meewegen in het beleid en de uitvoer van het beleid.

De umc's zijn de grootste zorgverleners en vaak ook de grootste werkgevers in hun regio. Voor patiënten zijn de umc's een «last resource» voor medische zorgvragen. Regionale ziekenhuizen moeten het om die reden als volstrekt logisch beschouwen dat hun patiënten bij de umc's terecht kunnen komen voor de beste zorg. Op dit moment is er in Nederland een proces gaande van taakverdeling en concentratie van zorg. Dat zijn ook bruikbare concepten voor vernieuwing van de zorg. In die rol adviseert de CRAZ de raden van bestuur van de academische ziekenhuizen. De CRAZ bestaat uit 45 mensen, die uit de verschillende landelijke patiëntenorganisaties worden gerekruteerd. We hebben onderzocht wat patiëntenorganisaties vinden en daarmee ook wat patiënten vinden van die taakverdeling- en concentratieprocessen. Ik zal kort weergeven wat wij daarvoor als beleid hebben geformuleerd.

Ons motto is: centraal wat centraal moet en nabij wat nabij kan. Een samenhangende en toekomstgerichte visie op duurzame topreferente zorg is vanuit patiëntenperspectief gewenst. Wij snappen dat dit niet in elk ziekenhuis kan. Men moet transparant maken waarom concentratie nodig is, wat geconcentreerd gaat worden en welke meerwaarde dit heeft voor patiënten, zodat dit te communiceren is naar patiënten. Vanuit de patiënt gezien is een belangrijke reden voor concentratie dat deze moet bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. De aanbeveling is medische evidence met betrekking tot concentratie vooral te integreren met Patiënt Reported Outcomes. Dat is heel boeiend. We zien de laatste tijd steeds vaker dat de arts denkt dat iets goed is voor de patiënt, maar dat de patiënt daarover toch een wat andere mening heeft. Er zijn soms zeer grote verschillen. Artsen rapporteren dat 80% van de patiënten wel een vierde bestralingssessie bij bepaalde soorten kanker zal willen. Uit onderzoek blijkt dat maar 20% van de patiënten dit later ook echt wil. Dat zijn grote verschillen. Men moet de patiënt op dat punt heel serieus nemen. Laat patiëntenorganisaties samen met professionals strategieën ontwikkelen voor de zorgconcentratie.

We zitten nu midden in dit proces en vinden dit heel boeiend. We gaan er nog een paar jaar mee door. We zien onder andere, heel begrijpelijk, dat de aard en de omvang van het ziektebeeld voor een belangrijk deel de concentratievorm bepalen. Bij een hoogcomplex ziektebeeld, met maar een paar patiënten per jaar, is het heel verstandig om dit op één of twee plekken te concentreren. Bij een heel andere maat kan dit op veel meer plekken gebeuren. Patiënten of ouders van patiënten zijn best bereid voor topreferente zorg een stuk verder te reizen dan iedereen denkt. Als mijn kind het best kan worden geholpen in München, ga ik daar gewoon twee weken naartoe. Ik ben overigens inmiddels al grootvader en ik hoop dat het niet nodig is.

Het is belangrijk om de patiëntenorganisaties vooral ook te betrekken bij de criteria voor de concentratie van de zorg, gezien vanuit de patiënten. Zij hebben er wat over te zeggen. Als men bezig is met richtlijnontwikkeling of beleidsontwikkeling, is het heel goed in een vroege fase van het proces de patiëntenorganisatie erbij te halen. Dit is namelijk een vrijwilligersorganisatie met ongelooflijk veel hart en ziel voor dat ziektebeeld en de patiënt. De bestuurders zijn allemaal gerekruteerd uit het gepensioneerde deel van de bevolking en hebben zelf vaak ook dat ziektebeeld. Zij hebben er buitengemeen veel voor over en weten er veel van. Laat hen feedback geven en neem hen serieus. Dat is onze wens. Wij hebben

gezien dat dit systeem werkt en we doen van harte mee aan de processen die net door de twee voorgaande sprekers zijn genoemd.

De heer **Biesma**: Voorzitter. Ik ben Douwe Biesma, voorzitter van de raad van bestuur van het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein en Utrecht. Hier vindt relatief veel topzorg plaats. Vorig jaar was ik nog hoogleraar interne geneeskunde aan het UMC Utrecht. Ik denk dus dat ik de beide werelden, van de algemene ziekenhuizen en de academische ziekenhuizen, relatief goed ken.

Aangezien ik bijna aan het einde zit van de reeks sprekers, wil ik mijn bijdrage beperken tot een aantal stellingen. De eerste is dat veel van de basiszorg die nu nog plaatsvindt in academische ziekenhuizen naar algemene ziekenhuizen toe kan. Edward Nieuwenhuis zei net dat dit per discipline verschilt. Dat is ook wel zo. Vanuit de interne geneeskunde zal de overdracht naar de algemene ziekenhuizen misschien wat meer zijn dan vanuit de kindergeneeskunde. Het is, denk ik, goed te zeggen dat we de zorg in Nederland in drie delen kunnen opknippen: de basiszorg, de wat meer specifieke zorg of topreferente zorg en de zorg voor heel zeldzame aandoeningen. Daar kom ik later nog op terug.

Mijn tweede stelling is dat de topreferente zorg thuishoort in umc's en in een beperkt aantal algemene en daarmee ook topziekenhuizen. Bij een beperkt aantal denk ik aan één of twee per academische regio, dus acht tot zestien algemene ziekenhuizen. Daar vindt dan de topreferente zorg plaats, die vaak ook in de Wet op bijzondere medische verrichtingen is vervat. Daarnaast is er ook de heel specialistische zorg, voor zeer zeldzame aandoeningen. Ik denk daarbij bijvoorbeeld aan kinderanker, kindercardiochirurgie en sarcoïdose. Gezien het weinig voorkomen van deze aandoeningen, moet de zorg hiervoor in hooguit twee tot vier centra in heel Nederland worden geconcentreerd.

Dat brengt mij tot mijn derde stelling. Als we deze zorg in een beperkt aantal, bij voorkeur academische en bij hoge uitzondering algemene ziekenhuizen, concentreren, is naar mijn idee het eenzijdig opheffen van een dergelijke functie maatschappelijk niet aanvaardbaar. Dan komen we volgens mij midden in de discussie terecht over sarcoïdose en Maastricht. Ik denk niet dat het goed is de zorg te concentreren in één centrum in Nederland en vervolgens dat centrum voor die specifieke behandeling te sluiten. Ik denk dat het in zijn algemeenheid goed is de behandeling van bepaalde, heel specialistische aandoeningen ten minste in twee centra in het land te concentreren. Dat heeft natuurlijk iets te maken met scherpste en concurrentie, maar ook met uitwijkmogelijkheden binnen de landsgrenzen, als er bijvoorbeeld plotseling ergens een bacterie is die de capaciteit van het ziekenhuis inneemt.

Mijn vierde en laatste stelling gaat over onderzoek. In het algemeen wordt fundamenteel onderzoek in academische ziekenhuizen gedaan. We zien dat toegepast wetenschappelijk onderzoek en klinisch wetenschappelijk onderzoek ook in toenemende mate in algemene ziekenhuizen plaatsvindt. Ik denk dat er een nieuw systeem moet komen om zowel academische ziekenhuizen als ook enkele algemene topziekenhuizen voor hun innovatie en wetenschappelijke output te belonen c.q. te financieren.

De heer **Kuonen**: Voorzitter. Ik ben Jan Willem Kuonen, partner bij de Boston Consulting Group. Ik wil het hebben over spreiding en concentratie van zorg. De reden dat ik hier zit, is dat we hierover vorig jaar een rapport hebben uitgebracht.

Bij spreiding en concentratie van zorg gaat het eigenlijk altijd om twee vragen: de wat-vraag en de hoe-vraag. Wat moeten we eventueel concentreren? Wat moeten we lokaal blijven aanbieden? Hoe krijgen we dat voor elkaar? Ik denk dat de laatste vraag eigenlijk interessanter is. Tot nu toe blijkt uit literatuur, maar ook uit discussies in het veld, dat veel mensen de waarde zien van de concentratie van bepaalde typen van zorg.

Als we patiënten vragen wat ze willen en wat ze belangrijk vinden, zeggen patiënten dat ze kwaliteit het allerbelangrijkste vinden. Ze vinden ook belangrijk hoeveel expertise er is in het ziekenhuis. Minder belangrijk vinden ze wachtlijsten en nabijheid. Als we vervolgens vragen wat ze weten van deze aspecten, zeggen ze dat ze geen idee hebben. Ze weten wel waar het ziekenhuis staat. Mensen gaan dus naar een ziekenhuis omdat dit in de buurt is, maar zijn best bereid te reizen als dit leidt tot betere kwaliteit. Dit moet ook uitlegbaar zijn. Dit betekent dat er heel veel waarde zit in spreiding en concentratie, met name concentratie van bepaalde ziektebeelden. Dit geldt niet voor alles, maar wel voor een deel van de zorg.

Dan komen we bij de hoe-vraag. Ik denk dat we het moeten splitsen in twee stukken. Het eerste is de spreiding en de concentratie van topklinische en topreferente zorg. Hoe doen umc's dat onderling? Het tweede stuk betreft de lokale rol. Hoe zit het op regionaal gebied? Wat moet hierin de rol zijn van de umc's ten opzichte van de andere ziekenhuizen om hen heen?

Bij de hoe-vraag is er een aantal kritische succesfactoren om dit proces te laten werken. Het simpelweg overlaten aan de markt werkt in dit geval vaak niet of, als het werkt, leidt het mogelijk niet tot gewenste effecten. Iedereen kan namelijk besluiten om met één type zorg in de regio te stoppen. Elk umc kan besluiten met hetzelfde type zorg te stoppen. Dat is niet wat we willen, maatschappelijk gezien. We willen dat er goed wordt doorverwezen. Als zaken gesplitst zijn – het ene ziekenhuis doet het een, het andere doet het ander – is samenwerking cruciaal. Ik denk dat hierin een rol is weggelegd voor de NMa om dit soort processen in voldoende mate mogelijk te maken.

Het is heel moeilijk een concentratiediscussie te hebben over één op zichzelf staand onderwerp. Bij één onderwerp is er altijd een ziekenhuis dat iets wint en een ander ziekenhuis dat iets verliest. Als we het over grote onderwerpen hebben, bijvoorbeeld over verloskunde, kan een ziekenhuis niet zomaar accepteren dat het verloskunde verliest en geen idee heeft wat het ervoor terugkrijgt. Het is dus belangrijk om concentratiediscussies in samenhang te voeren, zodat er voor ieder ziekenhuis een duidelijke toekomst is en het aanbod in alle ziekenhuizen in samenhang blijft bestaan. Hierdoor kan men goed blijven omgaan met patiënten met comorbiditeit, patiënten met verschillende aandoeningen. Dat betekent dat er voor specialisten een belangrijk rol is weggelegd in een dergelijk proces. De specialisten weten hoe er het best geconcentreerd kan worden en weten wanneer er sprake is van een goede samenhang. De specialisten zijn ook nodig om veranderingen voor elkaar te krijgen. Dat laatste betekent ook dat we moeten proberen een heel zuivere discussie te hebben over de medisch-inhoudelijke kant van de zaak. Er moeten niet te veel factoren zijn die afleiden. Ik denk bijvoorbeeld aan baanzekerheid voor een specialist. Als specialisten ermee instemmen dat er in hun ziekenhuis bepaalde zorg niet meer wordt aangeboden en dat deze in een andere locatie wordt geconcentreerd – of dat nu gaat over de eerste discussie over de academische ziekenhuizen onderling of in de regio – moet er bij voorkeur voor deze mensen wel een plekje zijn op de locatie waar de zorg naartoe gaat. Het is geen besluit tegen die mensen, het is een besluit voor concentratie.

Een andere factor die daarin heel belangrijk is, is de financiële component. In de Nederlandse ziekenhuiszorg, zowel bij de academische zorg als bij de basiszorg, zijn er duidelijk zorggebieden aan te wijzen waarop men goed verdient en zorggebieden waarop men verliest. Dat is geen gevolg van marktwerking, maar een gevolg van prijzen die gewoon nog niet kloppen en nog niet aansluiten bij de kosten die bepaalde typen zorg met zich meebrengen. Als dat een factor wordt om bepaalde zorg wel of niet te doen, zijn we, denk ik, verkeerd bezig. Dat betekent dat er vangnetten

nodig zijn of herverdeling van financiële stromen die meebewegen met het herverdelen van zorg.

De heer **Gerrits**: Voorzitter. Ik wil ingaan op de rol van de verzekeraar voor de academische centra en de bekostiging. In onze ogen hebben academische ziekenhuizen een brede maatschappelijke en publieke verantwoordelijkheid voor wetenschappelijk onderzoek en de topreferente zorg. In de spreidings- en concentratiediscussie moeten we onderscheid maken tussen een drietal rollen. Ik denk dat de academische ziekenhuizen met hun onderzoek een rol hebben in de bredere discussie rond concentratie en spreiding. Het wetenschappelijk onderzoek, dat is gericht op kwaliteit, moet een grote bijdrage leveren aan die discussie. Het gaat hierbij zowel om de patiëntenoptiek als de medisch-inhoudelijke uitkomst, maar ook om de toegankelijkheid, de reistijden, de impact van reistijden op de kwaliteit, de kosteneffectiviteit en de betaalbaarheid. Daarnaast hebben de academische centra een publieke en gezamenlijke verantwoordelijkheid om te kijken naar een optimale spreiding van de zeldzame, specifieke en complexe zorg. Een individuele keuze die een nadelige impact heeft voor de patiënt moet niet zomaar kunnen worden gemaakt. De gezamenlijke academische centra hebben een publieke verantwoordelijkheid naar de patiënt-consument en ook naar de overheid en de verzekeraars.

De academische centra hebben ook een individuele verantwoordelijkheid als het gaat om hun positie in de regio op het gebied van meer routinematige zorg of basiszorg. De rol van de academische centra hierin is vooral, in overleg met verzekeraars en andere ziekenhuizen in de regio, de juiste keuzes te maken op basis van medisch-inhoudelijke argumenten. In de bekostiging moeten we een onderscheid maken tussen de academische zorg, die moeilijk is te definiëren en ook steeds aan verandering onderhevig is, en de meer routinematige zorg. De routinematige zorg, waarvoor er een duidelijke productdefinitie is, moet een adequate bekostiging krijgen vanuit een DOT-systematiek, door de markt bepaald of door middel van maximumtarieven voor complexere zorg. Als de definitie van de zorg lastiger is te geven, zullen er in onze ogen absoluut globalere budgetten moeten zijn. Deze moeten wel adequaat zijn. Wij herkennen ook heel nadrukkelijk wat net werd genoemd, namelijk dat inhoudelijke discussies worden belemmerd door adequate, soms bovenmatige, vergoedingen en niet-adequate, te lage vergoedingen voor bepaalde zorg. Dan gaat de discussie niet meer over de inhoud, maar over de vraag wat dit betekent voor het ziekenhuis. Dan worden er barrières in de discussie opgeworpen, die uiteindelijk leiden tot suboptimale keuzes die absoluut niet in het voordeel zijn van de patiënt.

De heer **Levi**: Voorzitter. Ik ben Marcel Levi, voorzitter van de raad van bestuur van het AMC in Amsterdam. Ik dank de commissie voor de gelegenheid om hier wat te mogen zeggen. Ik zal proberen doublures te vermijden, iets wat niet zo gemakkelijk is als een van de laatste sprekers. Het is waarschijnlijk bekend dat de academische zorg in Nederland plaatsvindt in acht umc's. Dit zijn interessante organisaties met een totale integratie van onderwijs en opleiding. Het overgrote deel van de medici en de paramedici wordt opgeleid in umc's. Er is sprake van wetenschappelijk onderzoek op hoog niveau. Het is misschien goed te realiseren dat 30% van de totale wetenschappelijke output, die in heel Nederland plaatsvindt, in acht umc's wordt geproduceerd. Dat is niet alleen wetenschappelijk onderzoek dat internationaal een vrij hoog aanzien kent, maar het is ook onderzoek dat leidt tot veel economische productiviteit, iets wat in dit tijdsgewricht belangrijk is en wordt gevonden. Er vindt natuurlijk ook patiëntenzorg plaats. Voor een belangrijk deel is dit hoogcomplexere patiëntenzorg. Daarover wil ik het vooral hebben. Met betrekking tot de gezondheidszorg en, in wat engere zin, de geneeskunde,

bevinden we ons eigenlijk in een tijdsgewricht waarin enorm veel veranderingen ten goede plaatsvinden. Ziekten die een jaar of vijf of tien geleden niet te behandelen waren en waaraan patiënten overleden, zijn momenteel goed te behandelen. Ik bedoel niet goed te behandelen in de zin van een minimale levensverlenging of een klein beetje gezondheidswinst, maar echt genezen. Dit is niet alleen in de kindergeneeskunde, maar over de volle breedte van de geneeskunde aan de gang. We zitten er middenin en daarom is het soms moeilijk te overzien, maar als we een beetje afstand nemen, zien we het wel. Het zijn vaak complexe behandelingen, met ingewikkelde methoden en ingewikkelde manieren van diagnostiek. Vaak zijn ze ook kostbaar. Het is natuurlijk helemaal niet zo gek om te zoeken naar een concentratie van dat soort ingewikkelde behandelmethoden.

Daarnaast zien we dat er een explosieve toename is van comorbiditeit. Er zijn bijna geen mensen meer op hogere leeftijd met één ziekte. Er zijn prima statistieken die laten zien dat mensen twee, drie, soms wel vier of meer chronische aandoeningen hebben. Dat maakt zelfs een eenvoudige ziekte heel ingewikkeld. Een eenvoudig te behandelen longaandoening kan plotseling heel ingewikkeld worden, als dezelfde patiënt ook een eenvoudig te behandelen hartaandoening en een nieraandoening heeft, omdat die behandelingen vaak in tegenspraak zijn met elkaar. Dat maakt dus dat er steeds meer ingewikkeld te behandelen patiënten komen. Voor deze patiënten is er met name in de academische centra bijzondere expertise. We zien een toename van de patiëntenload, van complexe patiëntenzorg en van topreferente en topklinische zorg in die acht umc's en ten dele ook in andere hooggespecialiseerde ziekenhuizen. Dat is wat mij betreft een goede ontwikkeling.

Op een gegeven moment is het echter vol en past het er gewoon niet meer in. In het ziekenhuis waarin ik werk, zijn de chirurgen en andere medewerkers heel goed in slokdarmoperaties. Er is een toenemend besef dat je dit ook maar in een paar centra in Nederland moet doen. Als er in een aantal operatiekamers slokdarmoperaties, ingewikkelde pancreasoperaties en ingewikkelde hartoperaties aan de gang zijn, is er geen plek meer voor liesbreukoperaties, staaroperaties en andere eenvoudige operaties. Kortom, we moeten dus afspraken maken met andere zorgaanbieders, het liefst in de buurt, waar deze ingrepen kunnen plaatsvinden. We moeten dus toe naar regionale netwerken waarin hoogcomplexe zorg plaatsvindt in de umc's en waarin minder complexe zorg plaatsvindt in de algemene ziekenhuizen. Dat kunnen we gewoon doen.

Wat zijn de belemmeringen? Ik vind het niet fijn om in belemmeringen te praten, maar het is voor de discussie toch goed ze even te noemen. In de eerste plaats is het niet zo vreselijk gemakkelijk om afspraken te maken tussen ziekenhuizen. Als ze het proberen, bekijken de NMa en de NZa vrij kritisch of ze daarmee niet de markt verdelen. Dat is geen loos argument. In de regio waarin ik werk, heeft dit de afgelopen periode de samenwerking, de verdeling en de kwaliteitsdiscussies tussen ziekenhuizen toch wel in belangrijke mate belemmerd. Het heeft overigens verder tot niets geleid, behalve tot tonnenhoge nota's van de firma Boekel De Nerée, die hier enorm wel bij vaart. De NMa is er niet beter van geworden, de regio Amsterdam is er niet beter van geworden en de ziekenhuizen zijn er ook allemaal niet beter van geworden. Als we dit extrapoleren naar Nederland, gaan we de komende jaren tonnen en miljoenen uitgeven aan advocaten, alleen maar om te proberen mededingingszaken te voorkomen die toch niet aan de orde zijn. Dat lijkt mij geen goed besteed geld. Wij hebben dus behoefte aan een heldere uitspraak van bestuurders en politici. Gaan we voor kwaliteit, netwerkvorming en een goede verdeling van de zorg in de regio of gaan we voor mededinging en de ultieme zorgmarkt? Ik denk dat deze zaken op gespannen voet met elkaar staan. Een tweede belemmering betreft de financiën. Het is al een beetje genoemd: een umc kan op dit moment niet overleven als het alleen maar

topreferente zorg levert. Het is geprobeerd door een of twee van de collega-ziekenhuizen, maar dit veroorzaakte binnen een of twee jaar megafinanciële problemen. Met andere woorden, we financieren op dit moment onze hoogcomplexere kankerchirurgie met staaroperaties. Dat is natuurlijk van de gekke. Er wordt vaak gezegd dat wij daar toch de academische component voor hebben, maar die is echt geen panacee. Die is niet voldoende om die hoogcomplexere zorg te bieden.

Het systeem van de prestatiebekostiging, dat per 1 januari in werking treedt, zal deze kloof alleen maar doen toenemen. Zorgzwaarte, iets wat dit zou kunnen verdisconteren, is namelijk nog niet verwerkt in de prestatiebekostiging. Dit betekent dat een heupoperatie in het Universitair Medisch Centrum Groningen een andere heupoperatie is dan die in het Martini Ziekenhuis in Groningen. Dat is met wetenschappelijk onderzoek uitstekend aangetoond. Het tarief voor beide ingrepen is geheel hetzelfde. Als we op deze manier doorgaan, komen we niet tot de gewenste regionetwerkvorming waarin elk ziekenhuis datgene gaat doen, waarin het goed is. De umc's willen heel graag die handschoen opnemen en zorgen voor een goede regionale coördinatie en, in zeldzame gevallen, voor een landelijke coördinatie. Voor de bulk van de patiënten gaat het om regionale coördinatie. De umc's doen dit ook voor de acute zorg in de regio's. Dat loopt heel goed en het zou dus ook heel goed kunnen voor de andere zorg in de regio's. Elk ziekenhuis moet doen waarin het het beste is.

De **voorzitter**: Wij gaan naar de kant van de Kamer voor de vragen. We vinden het ook plezierig als de gasten op elkaar reageren. Ik geef het woord aan de heer Van Gerven.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik dank alle aanwezigen voor hun inbreng. We zullen daar ons voordeel mee doen. Het roept ook weer veel vragen op. Die zullen we gedeeltelijk hier stellen, maar ook aan de minister. Er zal ook wel een vervolg komen op deze bijeenkomst. Ik heb een vraag aan mevrouw Drent en aan professor Biesma. Mevrouw Drent zegt dat er criteria moeten worden vastgesteld, op grond waarvan bijvoorbeeld haar sarcoïdose-afdeling bestaansrecht heeft of niet. Kan zij aangeven welke criteria daarin volgens haar leidend moeten zijn? Professor Biesma heeft een scherp oordeel geveld. Hij vindt dat dit in Maastricht niet had mogen gebeuren. Ik vat het maar zo samen. Kan hij aangeven wat er wel had moeten gebeuren? Als hij de baas was, wat zou zijn oplossing zijn voor dit concrete probleem?

Mevrouw **Drent**: Ik vind het goed om het over sarcoïdose te hebben, maar ik denk dat deze discussie veel breder gevoerd moet worden. Dit is alleen een voorbeeld. Ik maak me ernstig zorgen over de toekomst van de academische zorg. Dit gaat ons allemaal aan en het gaat ook alle zeldzame ziektebeelden aan. Laat dat duidelijk zijn. Ik denk dat het heel belangrijk is dat de criteria die we opstellen, worden getoetst aan het ziektebeeld. In het geval van sarcoïdose moeten we kijken wie dit goed kan «handelen». Er komt een centrum voor. Er zijn criteria voor. Mijn collega zal beamen dat het begonnen is in het Antonius Ziekenhuis. Daar ben ik ook opgeleid. Ik denk dat we af moeten van het idee dat het alleen maar kan in academische ziekenhuizen. Die criteria moeten worden opgesteld door een commissie. Het moet in Nederland niet mogelijk zijn dat een topreferent centrum na vijf jaar gewoon weer wordt gestopt. Het is een grote investering van geld en expertise. Die expertise is dan ineens weer weg en dat is doodzonde.

De heer **Biesma**: Ik ben het daar volledig mee eens. Mijn stelling ging over die aandoeningen die maar in een of twee ziekenhuizen worden behandeld. Sarcoïdose is daar eentje van. Misschien zit het ook wel in de

hoek van de konderoncologie. Ik waarschuw dus voor de keerzijde van zeer vergaande concentratie. Op het moment dat we de behandeling en de diagnostiek van een aandoening in één centrum of misschien twee centra in Nederland concentreren, kan dit centrum niet eenzijdig worden gesloten. Ik heb dit in mijn stukje «noblesse oblige» genoemd. Dat centrum moet dan door kunnen gaan of er moet een fatsoenlijk alternatief worden gevonden. Natuurlijk gebeurt er in Nieuwegein heel veel op het gebied van sarcoïdose, maar ik denk dat het goed is dat er een tweede centrum is, een academisch ziekenhuis dat dit omarmt, om gezamenlijk met Nieuwegein onderzoek te doen. Dat gebeurt ook. Zo is er voortgang bij dit soort zeldzame ziektebeelden.

Volgens mij heb ik niet gezegd dat ik het anders zou hebben gedaan, maar ik denk dat ik het wel anders zou hebben gedaan. De achterliggende gedachte is volgens mij dat dit soort discussies heel vaak financieel is gedreven. Een belangrijk argument in de sarcoïdosediscussie is dat het gaat om behandelingen met een dure diagnostiek en therapie. Het kost gewoon veel geld. Wij maken ons in Nieuwegein veel zorgen over de nieuwe DOT-systematiek per 1 januari 2012. Onze zorgverzekeraar betaalt dit nu vanuit de LPC (lokale productiegebonden component), maar deze komt te vervallen. Hierin zit ongeveer 1 mln. voor sarcoïdose. Het is voor ons een directe belemmering om de patiënten die we op dit moment behandelen in Nieuwegein, te blijven behandelen. Als de politiek niet uitkijkt, hebben we volgend jaar helemaal geen centra meer in Nederland waarin deze patiënten kunnen worden behandeld. Dan zitten we hier, denk ik, weer.

Mevrouw **Drent**: Als we het dan toch over sarcoïdose hebben, is het misschien goed te vertellen dat dit een ziektebeeld is dat eigenlijk door alle specialisten in het ziekenhuis wordt gevolgd. In Maastricht werken we bijvoorbeeld samen met de oogartsen – we hebben zo'n 400 patiënten gemeenschappelijk – met reumatologie en noem maar op. Het gaat om een groot team, dat veel expertise heeft opgebouwd. Het is niet een kwestie van sluiten en een of andere specialist wegsturen. Ik denk dat het noodzakelijk is hieraan in de discussie aandacht te besteden. Ik denk dat het heel goed is dat er meerdere plekken zijn in Nederland waar die zorg voorhanden is, al was het maar omdat we elkaar kunnen aanvullen. Met Nieuwegein hebben we een soort complementaire samenwerking. Er is geen sprake van concurrentie, maar van aanvulling. Ik maak me overigens helemaal geen zorgen om de reisafstand van patiënten. Maastricht is een goed voorbeeld. Onder Maastricht is er niets meer in Nederland en toch komt heel Nederland naar Maastricht voor de behandeling van sarcoïdose. Ik denk dat dit onderwerp in de discussie niet zo belangrijk is.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Het thema concentratie en spreiding houdt ons zeer bezig. Er zitten wat mij betreft twee aspecten aan: een kwalitatief aspect – op welke wijze zorgen we dat concentratie en spreiding bijdragen aan kwaliteit? – en een efficiency-aspect. Dat laatste gaat over de vraag of concentratie en spreiding ook in financiële zin iets opleveren. Er zijn onderzoeken waarin wordt gesteld dat we 2 mld. tot 3 mld. kunnen besparen, als we het allemaal wat slimmer doen.

Het kwalitatieve aspect brengt mij bij de heer Levi. Als een umc het goed wil doen, moet het regionaal goed samenwerken met andere ziekenhuizen. Ik vertaal dit ook maar even door tot en met de eerste lijn. Wie bepaalt dan wat goed is voor de regio? Hoe komt men met elkaar tot een kwalitatief goed plan, dat dekkend is voor de regio?

Ik heb ook een vraag voor de heer Kuenen over het efficiency-aspect, waarin hij als consultant natuurlijk het beste is. Hij zegt dat men goed met elkaar moet praten, dat men moet zorgen dat de markt een beetje werkt en dat men het gevoel moet hebben dat iedereen erop vooruitgaat. Men

moet niet het gevoel hebben dat men erop verliest. Ik vind de combinatie van iedereen blij maken en toch 2 mld. of 3 mld. besparen, heel moeilijk. Hoe ziet hij dit proces? Als dit proces niet op gang komt, welke sanctiemogelijkheden moeten er dan zijn om de betere samenhang vanuit het oogpunt van efficiency, af te dwingen?

De heer **Levi**: Dit is een heel goede vraag. Wij worstelen daar nu natuurlijk mee. In de praktijk valt het wel mee. Wij hebben een heel voorzichtig beginnetje gemaakt in de Amsterdamse regio. We zijn met alle verschillende ziekenhuizen om de tafel gaan zitten en hebben tevens de zorgverzekeraar erbij betrokken. Nu dit eenmaal op gang is gekomen, willen we ook de patiëntenverenigingen erbij betrekken. Binnen deze driehoek moet het uiteindelijk gebeuren. Het blijkt dat we best een gesprek kunnen hebben over zaken als de spoedeisende hulp. Misschien is het niet zo heel verstandig dat er 's nachts op acht plekken in Amsterdam een spoedeisende hulp open is, waarin het dan niet zo druk is. Misschien kunnen we dat reduceren tot een kleiner aantal. Dat betekent wel dat het soms kan gebeuren dat een ziekenhuis dat wel een spoedeisende hulp open heeft, zoveel gebroken heupen krijgt aangeboden dat het die niet allemaal kan verwerken. Het ziekenhuis moet dus afspraken maken met een ander ziekenhuis, zodat die patiënten daar direct de volgende dag, binnen 24 uur, zoals de regeltjes voorschrijven, kunnen worden geholpen. Als we de discussie op die manier voeren, komen we een heel eind. In onze regio wordt die discussie redelijk goed gekanaliseerd door de zorgverzekeraar. Uiteindelijk moeten we het proces laten toetsen door de patiëntenverenigingen en andere betrokken zorgconsumenten, om na te gaan of dit ook is wat zij willen. Dan ben ik het eens met de heer De Jong: we kunnen als arts of als ziekenhuis nog wel eens voor verrassingen komen te staan. Wij denken dat we het allemaal perfect hebben geregeld, maar de patiënt kan daar heel anders over denken. Deze factor moeten we niet over het hoofd zien.

De heer **Kuonen**: De heer Van der Veen stelt een vraag over efficiency. Het bedrag van 2 mld. hebben we inderdaad genoemd in ons rapport. Ik denk dat het goed is aan te geven hoe die 2 mld. is opgebouwd, voordat ik inga op de overige vragen. De 2 mld. is opgebouwd vanuit de volgende logica: op dit moment bieden we in de basiszorg veel zorg aan in alle bijna 100 ziekenhuizen in Nederland. Wij hebben gekeken naar het voorbeeld van borstkanker, een van de weinige zorggebieden waarover ook kwaliteitsinformatie beschikbaar is. We weten dat veel patiënten naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis gaan. Het is interessant dat er binnen ziekenhuizen een grote variatie te zien is in de verhouding tussen het percentage borstsparende operaties en het percentage amputaties. Dat varieert van 30/70 in het ene ziekenhuis tot 70/30 in het andere ziekenhuis. In het beste ziekenhuis is er sprake van 0% achterblijvend restweefsel na een borstsparende operatie, in het slechtst presterende ziekenhuis was het percentage in 2008 41,6. In 2009 waren de getallen iets beter, maar kwamen de slechtst presterende ziekenhuizen nog steeds ruim boven de 20% uit. We kunnen overigens niet zeggen dat 0% altijd het beste is. Als je heel veel wegsnijdt, haal je gemakkelijk de 0%. Als je bepaalde patiënten afwijst, kun je ook betere percentages halen. Het is in ieder geval niet goed. Het zou veel beter zijn dit te concentreren.

Als we aannemen dat patiënten bereid zijn naar het beste ziekenhuis te gaan binnen een half uur reizen, komen we tot de conclusie dat we niet 100 locaties nodig hebben, maar 23 tot misschien 30 locaties. Dat betekent dat ziekenhuizen binnen de electieve zorg ervoor kunnen kiezen om in een derde van de gebieden waarin ze dit behandelen, drie keer zo groot te worden. De vraag is tot hoeveel efficiencywinst, naast de kwaliteitswinst, dit kan leiden. Wij zeggen dat dit ongeveer 2 mld. is.

Dat komt door twee dingen. Allereerst betekent een betere kwaliteit dat er minder heroperaties nodig zijn. Betere kwaliteit leidt dus automatisch tot lagere kosten, want er zijn minder complicaties en minder heroperaties. Ten tweede kunnen ziekenhuizen meer operaties achter elkaar plannen, als ze er meer van doen. Er is dan minder ok-omsteltijd nodig. Dat leidt ook tot een efficiencyverbetering. De studies laten zien dat we op die manier ongeveer 20% à 25% kosten kunnen besparen. Op die manier komen we uit op 2 mld. Dan moeten we het voor de hele electieve zorg in Nederland voor elkaar hebben om dit in een derde van de huidige 100 locaties te concentreren.

Hoe kunnen we dit behalen als we niemand willen benadelen? Dat is het precies. Het betekent niet dat er altijd maar geld bij moet. Als we zorg verplaatsen, betekent dit dat op een plek de winst flink omhooggaat en dat op de andere plek de winst flink omlaaggaat. Dan moet er simpelweg een stroom en verplaatsing plaatsvinden van de oude locatie naar de nieuwe locatie. Er hoeft dus geen geld bij, maar het moet worden herverdeeld, afhankelijk van de vraag hoe de zorg wordt herverdeeld. Ik denk dat de zorgverzekeraars in de regionale discussies een belangrijke rol spelen. In de discussies tussen de umc's onderling, moet dit meer op een landelijk niveau worden opgepakt.

De heer **Bosch**: Ik heb nog een aanvulling. We moeten niet het idee hebben dat de concentratie van zorg nog allemaal moet beginnen en dat we allemaal vanaf een afstand een regiefunctie moeten hebben. Specialisten in Nederland hebben zo langzamerhand echt wel de overtuiging dat concentratie van zorg werkt en dat dit leidt tot kwaliteits- en efficiëntieverbetering. In mijn eigen regio zijn ziekenhuizen bijvoorbeeld rond de tafel gaan zitten en hebben afspraken gemaakt over de grote invasieve chirurgie. Er is duidelijk afgesproken dat bijvoorbeeld het ene ziekenhuis de slokdarmoperaties doet en het andere de whipple-operaties aan de pancreas. Op die manier wordt er verdeeld en worden de zorgstromen op elkaar afgestemd. Door deze uitruil wint ieder ziekenhuis er iets bij en het leidt uiteindelijk tot betere kwaliteit van zorg. Dat soort processen vindt al op grote schaal, op een heleboel gebieden plaats. Op sommige momenten hoeven we alleen maar een begin van innovatie aan te bieden. We moeten niet het idee hebben dat we de hele regiefunctie op ons moeten nemen.

De heer **Biesma**: Ik ben het volledig eens met collega Bosch. We moeten niet verzanden in de vraag wie de regie moet nemen in deze discussie. Ik moet er niet aan denken dat in onze regio het academisch ziekenhuis de regie op zich zou nemen op het gebied van hart en vaten. Wij doen drie keer zo veel op dat gebied. Ik wil niet in die discussie terechtkomen. De politiek is ervoor om normeringen aan te geven of om piketpaaltjes te slaan. Er komt ernstig beweging in het veld als de Nederlandse Vereniging voor Hematologie de 20/50-brief, zoals ik die noem, stuurt of als CZ, zoals recent is gebeurd, een brief stuurt over blaastumoren en het getal 10. Het gaat allemaal omhoog. De urologen houden er sterk rekening mee dat het naar de 20 toe gaat. Door deze drive komt het veld in beweging. Hierdoor ontstaan allianties die ook wel eens over een bepaalde zorgregio heen gaan. Mijn zorgverzekeraar begrijpt niet hoe het Antonius Ziekenhuis bij Tiel komt, want dat zit niet in zijn regio en bevindt zich dus volledig buiten zijn netvlies. Laat het op die manier ontstaan, maar geef gewoon normen aan. Een ziekenhuis moet bijvoorbeeld 150 borstkankerpatiënten behandelen. Dan gaat het wel lopen.

De heer **Levi**: Ik ben het heel vaak met Douwe Biesma eens, maar nu even niet. Het is prima om te zeggen dat het Antonius drie keer zo veel hartoperaties doet als het UMC Utrecht. Het is nog waar ook. Een heleboel andere zaken doen ze in het Antonius niet, maar in Utrecht wel. Ik hoor de

heer Kuenen zeggen dat we dit alleen in de volle samenhang moeten bekijken. Het gaat niet alleen om hartoperaties, het gaat ook om leukemie, niertransplantaties en andere dingen. Daarom pleit ik er wel voor dat een umc, dat zich vooral toelegt op het hele brede palet van hoogcomplexere zorg, de lead neemt. Ik zeg niet dat het de baas zal spelen in de regio, maar het moet wel de handschoenen oppakken en een coördinerende rol op zich nemen, net zoals dit in de spoedeisende zorg is gebeurd. Daarmee is helemaal niet alle spoedeisende zorg naar het academisch ziekenhuis gezogen, integendeel, er zijn gewoon goede werkafspraken gemaakt.

De heer **Van der Velden**: We moeten oppassen dat we niet het kind met het badwater weggooien. Ik hoor praten over regie en het wel of niet nemen van regie. We praten over samenhangende zorg en over regionalisering. Daar is regie voor nodig en daar ontbreekt het aan in de zorg in Nederland. We moeten daar veel meer op inzetten. Wie dit doet, laat ik graag ter discussie. De samenhang is in ieder geval echt een groot probleem, dat getackeld moet worden.

De heer **Huijgens**: Er zijn modellen, waarmee wel degelijk via de acht academische ziekenhuizen nationale regie wordt gevoerd. Dat is niet alleen in de hematologie, een duur en intensief vak. Het gaat om patiënten met kanker. We kunnen het gemakkelijk vertalen en we zien het op andere punten ook komen. Ik denk wel dat er afspraken nodig zijn en dat de politiek een zetje moet geven in de regievorming. Anders zal het neigen naar vrijblijvendheid of verbrokkeling van de regie. Ik denk dat we er toch behoefte aan hebben, om verdere stapjes te kunnen zetten.

De heer **Van Gerven** (SP): Professor Huijgens zegt dat de politiek een zetje moet geven. Welk zetje?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Des Pudels Kern is wie die regie neemt. Wie is gelegitimeerd om de regie te nemen? Hoe wordt dit gecontroleerd? Welke sanctiemogelijkheden zijn er als niet iedereen meedoet?

De heer **Huijgens**: Deze discussie is ook al een zetje, maar het kan nog iets harder. Allereerst kunnen de acht academische ziekenhuizen worden aangespoord om hun verband nog wat hechter te maken. Ten tweede kunnen ziektekostenverzekeraars worden gestimuleerd om die discussie met de regio's aan te gaan en naar regio's te kijken. Zoals Douwe Biesma zegt, ze moeten natuurlijk niet zenuwachtig worden als de regiogrens wordt gepasseerd. Ten derde moet de NMa een beetje op afstand worden gehouden, zodat we niet die verschrikkelijke discussies krijgen die niet tot regiovorming leiden.

Op die manier wordt het gestimuleerd. Daarnaast kan de politiek vervolgens ook eisen dat er transparant wordt gerapporteerd, bijvoorbeeld in population based registries. De politiek doet dit al voor een belangrijk deel bij de regeling dure geneesmiddelen, waarbij zij een rapportage eist. Dit moet coherenter worden gemaakt, bijvoorbeeld in de vorm van een population based registry. Dan hebben we ook iets waarmee we kunnen aantonen dat het beter gaat. Daarmee stimuleert de politiek wat we eigenlijk allemaal willen. Wij hebben dus een beetje regie nodig.

De heer **Gerrits**: De heer Levi gaf al aan dat de verzekeraars in Amsterdam in de discussie een belangrijke rol hebben in het bij elkaar brengen van de partijen. Ik denk dat verzekeraars veel kennis hebben. Dan heb ik het niet over de medisch-inhoudelijke kennis. Daarin hebben specialisten en het academisch ziekenhuis een belangrijke rol. Verzekeraars hebben heel goed zicht op de vraag hoe de keuzes nu worden gemaakt en kunnen een belangrijke faciliterende rol hebben in het

aanzwengelen van de discussie. Zij hebben ook de mogelijkheid, als financiers, om uiteindelijk de perverse prikkels in de financiering te draaien. Als de discussie niet wordt gevoerd, hebben verzekeraars de mogelijkheid in hun contractering daaraan sancties te verbinden. Zo kunnen ze afdwingen dat iedereen meedoet in de discussie.

De heer **Nieuwenhuis**: Ik wil nog een element aanvoeren voor het leggen van de regie bij de academie. In de kindergeneeskunde houden we ons vooral bezig met de grote domeinen: kinderhartinterventies, kinderkanker et cetera. De discussie gaat eigenlijk te weinig over een heel groot aantal zeer zeldzame ziekten of zeer zeldzame ingrepen. Die zijn vaak totaal afhankelijk van de grote domeinen. Er zijn veel interventies die maar twee of drie keer per jaar worden gedaan in één centrum. We zien dat heel veel academische centra zeggen dat dit niet lucratief is of dat de discussie niet daarover gaat. Impliciet gaat de discussie echter wel daarover. Het is wel heel belangrijk dat er regie is, zodat het hele domein wordt overzien. Ik denk dat het ook cruciaal is dat dit bij de academie gebeurt. In de kindergeneeskunde zou het heel schadelijk zijn als dit niet het geval is. Ik kan zo vijftien zeldzame ziekten of interventies noemen, maar ik zal het niet doen. Het is in ieder geval heel belangrijk dat er regie is en dat dit bij de academie gebeurt.

De heer **Van der Velden**: Om alle domeinen met elkaar te verbinden, hebben we binnen de verloskunde voorgesteld te komen tot het College Perinatale Zorg. De minister heeft dit ook goedgekeurd en het college gaat volgende week van start. Ik denk dat dit een mooi voorbeeld is om te bekijken hoe die regiefunctie werkt in het verbinden van de academische functie met de perifere functie. Alle partijen zijn erin vertegenwoordigd. Het wordt een soort breekijzer om te kijken of we de nieuwe zorg zo kunnen formuleren. Binnen de kindergeneeskunde zijn de NICU's een goed voorbeeld. Zij vormen de afgelopen twintig jaar eigenlijk een successtory. Er zijn heel veel kinderen door gered. Deze concentratie heeft dus haar nut al bewezen.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Voorzitter. Ik bedank iedereen voor zijn inbreng. In de landen om ons heen zijn er umc's aangewezen door de overheid. Hoe kijken onze gasten daar tegenaan? Ik hoor alleen maar moeilijkheden met betrekking tot de rol van de NMa en de zorgverzekeraar. De heer Bosch zegt dat ze in de regio wel afspraken kunnen maken. De heer Nieuwenhuis zegt hetzelfde. Binnen de kinderacademische centra worden ook afspraken gemaakt, maar er is nogal wat verschil. Ik moet eerlijk zeggen dat ik me afvraag of dit op korte termijn in goed overleg kan gebeuren. Ik zie het somber in. Moet de overheid dus umc's aanwijzen voor bepaalde zeldzame aandoeningen?

De heer **Huijgens**: Daarover wil ik wel iets zeggen. In de hematologie zijn er zeldzame aandoeningen. Ik geloof niet in aanwijzen. Dat is ook niet te verwachten. Ik ben een Amsterdammer die in de jaren zestig heeft gestudeerd, dus geloof ik niet in directe aanwijzingen. Het moet altijd van beneden komen, zal ik maar zeggen. Ik denk dat het ook kan. Ik ben een rasoptimist en ik geloof ook dat we ermee bezig zijn. Binnen de kankerzorg benoemen we duidelijk waar we de zeldzame dingen zullen doen. Dat regelen we als vanzelf en dat wordt kwaliteitgestuurd. De wat minder zeldzame, maar toch heel complexe zorg hebben we, denk ik, al heel aardig daar ondergebracht waar het moet zijn. De discussie gaat verder juist meer over grote aantallen patiënten, bijvoorbeeld patiënten met mamma carcinoom. 10% van de vrouwen krijgt dit. Hierover worden nu afspraken gemaakt. Voor de topreferente zorg, de kostbare very high care, zijn de zaken al zeer aan het uitkristalliseren. We lopen meer het gevaar dat iemand ergens iets opheft omdat het niet te

betalen is, dan dat we het niet hebben gerealiseerd in een paar ziekenhuizen.

De heer **Levi**: Ik kan er naadloos op aansluiten. Ik ben het er helemaal mee eens. Een aantal dingen is natuurlijk aangewezen, bijvoorbeeld omdat er een vergunning voor nodig is om het te doen. Dat is een mechanisme dat niet zo slecht werkt. Overigens hebben niet alleen umc's zo'n vergunning, soms hebben andere grote ziekenhuizen ook zo'n vergunning. Een ander mechanisme is dat zorgverzekeraars, ondanks het feit dat een ziekenhuis een vergunning heeft voor bijvoorbeeld het implanteren van hartdefibrillatoren, kunnen zeggen dat ze hiervoor toch geen contract afsluiten met dat ziekenhuis, omdat er al andere grote centra in de regio zijn die dit doen.

Deze mechanismen zijn volgens mij wel voldoende, naast het besef bij de beroepsgroep dat het gewoon goed is voor de kwaliteit. Dat is toch het vertrekpunt dat deze discussie op gang kan helpen. Ik maak me, met de heer Huijgens, veel meer zorgen over het feit dat we op een gegeven moment worden geconfronteerd met een enorme aanwas van patiënten voor ondergefinancierde zorg, waarbij we ons moeten afvragen hoe we dat in hemelsnaam moeten betalen. Als we dat hebben geregeld, zijn we volgens mij wel op de goede weg.

Mevrouw **Lucas** (VVD): Voorzitter. Dit is niet mijn portefeuille. De portefeuillehouder van de VVD is deze week vader geworden, dus mag ik hem vervangen. Daarom zullen mijn vragen misschien een wat algemener karakter hebben.

Mijn eerste vraag is voor de heer Biesma. Deze ligt een beetje op het vlak van mijn eigen portefeuille, hoger onderwijs en wetenschapsbeleid. Hij stelt voor de artsen in opleiding hun eigen opleidingsbudget mee te geven, in plaats van dit budget aan de ziekenhuizen of de universiteiten te geven. Wat is daarvan het voordeel? Zegt hij daarmee ook dat artsen prima buiten de academische ziekenhuizen kunnen worden opgeleid? Mijn tweede vraag is voor de heer Kuenen. Wij hebben in Nederland 1 academisch ziekenhuis op iedere 2 miljoen inwoners. In Frankrijk is dit bijvoorbeeld 1 academisch ziekenhuis op 8 miljoen inwoners. Hoe verklaart hij dat grote verschil? Hebben we er niet gewoon te veel?

De heer **Biesma**: Ik heb niet heel veel over de opleiding gezegd. Mijn laatste stelling was dat het eigenlijk best wel goed is geregeld in opleidings-Nederland. In het licht van de discussie over concentratie en spreiding, denk ik niet dat het budget voor een arts-assistent in opleiding per definitie aan een regio of een ziekenhuis moet worden toegekend. Ik ben internist-hematoloog. Het zou bijvoorbeeld kunnen dat iemand in mijn regio, Utrecht, kiest voor hematologie en misschien denkt, zeer hypothetisch, dat hij bij collega Huijgens in Amsterdam wellicht een wat betere opleiding kan krijgen omdat deze net meer doet op het gebied van transplantatie X of Y. Het zou toch heel gemakkelijk zijn als deze arts-assistent in opleiding voor acht of tien maanden naar collega Huijgens kan gaan, zonder dat er belemmeringen zijn. Dat is het «rugzakje»: een arts-assistent bepaalt zelf waar hij wordt opgeleid. We doen in Nederland heel krampachtig over de vraag wie de beste opleiding aanbiedt. De arts-assistenten zelf kunnen dit heel goed beoordelen. Zij weten de weg vaak wel te vinden. Het is toevallig ook zo dat een van de beste arts-assistenten in mijn regio bij collega Huijgens de opleiding heeft gedaan, maar dat had nogal wat voeten in de aarde in financiële zin. Het enige wat ik erover heb gezegd, is dat we het een beetje moeten liberaliseren. Misschien is dat een beladen werkwoord in deze omgeving, hoewel dit bij mevrouw Lucas wellicht niet het geval is en bij collega Huijgens in dit verband volgens mij ook niet. Als de politiek dit voor elkaar kan krijgen, is de motiliteit van de AIOS beter en stappen we ook af van de

soms krampachtige houding van academische ziekenhuizen en niet-academische ziekenhuizen dat zij alles moeten hebben voor de opleidingsfunctie, met het argument dat de AIOS ook alles moet hebben gezien. Als we dingen clusteren, moet men bijvoorbeeld vier maanden naar Groningen en vier maanden naar Maastricht. Als we dit op die manier kunnen regelen, is het volgens mij opleidingstechnisch geen enkel probleem om verder te concentreren.

De heer **Bosch**: Ik denk dat de liberalisering een ontzettend goed plan is. Het zou echter wel goed zijn om daarbinnen een paar piketpaaltjes te slaan of basisafspraken te maken. Mijn vereniging is van mening dat het voor de opleiding tot dokter goed is om in verschillende milieus een training te krijgen. Het is voor iedereen verstandig om tijdens de opleiding een deel in een niet-academisch ziekenhuis en een deel in een academisch ziekenhuis door te brengen. Deze milieus verschillen wezenlijk van elkaar en beide leveren een vitaal onderdeel van de opleiding tot een wetenschappelijk gevormde en efficiënt werkende dokter. Ik vind het prima dat men van Nieuwegein naar Groningen gaat of naar Amsterdam, maar dan wel in beide milieus.

De heer **Nieuwenhuis**: Voor de kindergeneeskunde is de concentratie op dit moment zo ver ontwikkeld dat we totaal afhankelijk zijn van het reizen van assistenten van het ene naar het andere centrum. We hebben het dan niet over milieus, maar over inhoudelijke expertise. Er zijn hele deelgebieden die in bepaalde academische centra niet meer of onvoldoende aanwezig zijn. Ik denk dat we zeker naar een model moeten waarin assistenten grote delen van hun opleiding in verschillende centra volgen.

De heer **Kuonen**: Mevrouw Lucas vraagt naar het aantal academische centra. Ik heb nooit specifiek onderzocht hoe het in Frankrijk is georganiseerd en wat de verschillen zijn met Nederland. Als we kijken naar de relatie tussen volume en kwaliteit en de relatie tussen volume en kosten, zien we dat het volume steeds per zorggebied ligt. Er is geen enkele aanwijzing dat een heel groot ziekenhuis een beter ziekenhuis is. Er is wel een aanwijzing dat artsen die vaak een bepaalde operatie uitvoeren, daarin beter worden, waardoor het goedkoper kan zijn. Dat leidt uiteindelijk tot de vraag in hoeverre we dit kunnen concentreren in het huidige aantal centra of dat de samenhang tussen de verschillende zorggebieden en tussen patiënten die gebruik moeten maken van die verschillende zorggebieden zo groot is dat dit niet kan in de huidige centra. Het antwoord hierop weet ik niet. Primair ligt het voordeel in volumetoename per type zorg.

De heer **Gerrits**: Ik denk dat we moeten oppassen voor een discussie over het aantal ziekenhuizen, of het nu gaat om academische of algemene ziekenhuizen. Zo wordt die discussie wel vaak gevoerd. Het gaat volgens mij niet over het aantal ziekenhuizen, maar het gaat over de vraag hoe de zorg plaatsvindt op verschillende locaties. Ik denk dat we moeten kijken naar andere modellen, waarin we andere vormen en typen ziekenhuizen krijgen, ook in combinatie met de eerste lijn, die ervoor zorgen dat de zorg die dichtbij moet plaatsvinden, de basiszorg in combinatie met zorg voor chronische aandoeningen, juist dichtbij plaatsvindt en dat er concentratie plaatsvindt. Het gaat er niet om of dit op acht of zes of tien locaties gebeurt. Er moet daarbij vooral gekeken worden naar de kwaliteitswinst en de efficiencywinst die daarmee kunnen worden behaald. Het grote gevaar van een discussie over het aantal ziekenhuizen is in mijn ogen dat er uiteindelijk suboptimale uitruilkeuzes worden gemaakt. Hierdoor wordt de kwaliteitswinst niet of niet maximaal behaald en wordt ook de efficiencywinst niet maximaal behaald. Er komen dus situaties waarin het pijn zal doen voor partijen, of waarin het in ieder geval minder impact zal

hebben. Sommige partijen zullen ook meer doen en zullen ook meer winnen. Laten we het niet over het aantal ziekenhuizen hebben, maar laten we vooral nadenken over andere typen van organisatie en zorgverlening.

De heer **Huijgens**: Frankrijk boeit mij wel. Ik ken in ieder geval de kankerzorg in Frankrijk goed, omdat wij vanuit de HOVON samenwerken met Franse groepen. Ik geloof niet dat het aantal academische bedden in Frankrijk lager is. De totale gezondheidszorg in Frankrijk is ook zeker niet goedkoper dan in Nederland, vertaald naar het bruto nationaal product. De regeling dure geneesmiddelen is daar een stuk coulanter en dat is misschien een voordeeltje. De regionale functie van academische ziekenhuizen in Frankrijk verschilt opvallend met die in Nederland. Als een academisch ziekenhuis niet al te groot is en een goede feeling heeft met de tien of vijftien ziekenhuizen eromheen – dat is zo ongeveer de span of control die het aankan – is er goede regionale zorg rondom een academisch ziekenhuis mogelijk gemaakt. Dat is in Frankrijk niet zo. De regionale verbanden zijn daar «van de Franse slag». Daar moeten we vooral niet naartoe.

De heer **Timmermans**: Ik sluit me aan bij de heer Gerrits. Vanuit de invalshoek van de academische zorg gaat de discussie vooral over concentratie. Dat is logisch bij topreferente zorg. Volgens mij is dit echter een relatief makkelijke discussie. Het komt ook wel op gang en het gaat ook wel verder. De andere kant van concentratie is spreiding. Het punt van spreiding is minstens zo belangrijk. Die twee discussies moeten we tegelijk voeren. De discussie over het aantal ziekenhuizen is inderdaad oninteressant. Misschien is het ziekenhuis ook wel een achterhaald concept, als we praten over zorg. We moeten praten over zorgorganisaties en over het goed inrichten van de zorg. Dan praten we dus niet over 40, 60, 80 of 100 locaties, maar over zorginstellingen. Misschien praten we wel over één zorginstelling met 40 locaties, die regionaal op een goede manier het hele zorgnetwerk organiseert. Het kan een instelling zijn, maar in ieder geval moet het een netwerk zijn waarin het hele traject is geregeld. De concentratie vraagt om meer samenwerking met andere ziekenhuizen, maar ook om meer samenwerking en spreiding buiten het ziekenhuis.

Mevrouw **Lucas** (VVD): Ik heb een vervolgvraag voor de heer Gerrits. Het valt mij op in deze discussie dat het verband met de universiteit nauwelijks wordt gelegd. Er wordt gezegd dat de academische ziekenhuizen er zijn voor de topreferente zorg, maar er wordt niet gezegd dat er een een-op-eenverband dient te zijn met een universiteit. Het aantal umc's dat we nu hebben, is natuurlijk wel gebonden aan het aantal universiteiten dat geneeskunde aanbiedt. Hoe sterk is die band nog? Waarom is het nodig om in Amsterdam twee academische centra te hebben, anders dan om het toevallige feit dat er twee universiteiten zijn? Die vraag moeten we volgens mij wel durven stellen.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Mijn vraag gaat ook over Amsterdam. Er wordt gezegd dat de academische ziekenhuizen met de omliggende ziekenhuizen regionaal moeten samenwerken. Waarom zijn er dan twee academische ziekenhuizen in Amsterdam nodig? Hoe werkt dit regionaal? Werken ze beide met de omliggende ziekenhuizen samen of is er een splitsing gemaakt?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik waag me niet aan Amsterdam en de twee academische ziekenhuizen. Ik wil nog ingaan op het punt van de spreiding. De heer Timmermans zegt dat we eigenlijk naar één organisatorisch netwerk toe moeten voor de regio. Ik ben het helemaal met hem

eens dat de spreiding een belangrijk aspect is. Mijn vraag aan hem is: hoe krijgen we de huisartsen zo gek dat ze hieraan meedoen? Mijn vraag aan de ziekenhuizen is: hoe voorkomen we dat de specialisten niet willen wat de directie van het ziekenhuis wil? Mijn laatste vraag is voor de zorgverzekeraar: hoe doen we dit in het kader van de concurrentie en de NMa?

De heer **Gerrits**: Hoe gaan we om met de concurrentie en de marktwerking in relatie tot het netwerk in de regio? In mijn ogen wil een netwerk in de regio niet zeggen dat dit één organisatie is. Ik weet niet of het wenselijk is dat er één organisatie is met 40 locaties. Ik denk zelfs van niet. Het gaat erom dat er duidelijke samenwerkingsafspraken worden gemaakt. Dat kan prima met losstaande organisaties. Er moet vooral een duidelijk onderscheid worden gemaakt tussen de topreferente academische zorg en de eenvoudigere basiszorg. Bij de laatste is er niet sprake van een dusdanige relatie met volume en kwaliteit, dat dit in de regio moet worden geconcentreerd. Hierbij kan concurrentie juist zorgen voor een optimale prikkel om dit zo goed mogelijk aan te bieden en zo patiëntgericht mogelijk te doen.

De heer **Levi**: Het is een heel relevante vraag, die we onszelf ook stellen. We kunnen het bekijken vanuit een vierkantemeterperspectief en daar wordt de vraag natuurlijk ook een beetje door ingegeven. Waarom moeten er in een klein gebied twee academische ziekenhuizen zijn? We kunnen ook kijken naar de vraag hoeveel mensen er wonen. In de verzorgingsgebieden, de regio's die het VUMC en het AMC bedienen, gaat het om bijna 4 miljoen inwoners. Dat aantal is al veel meer dan bij twee andere regio's in Nederland, bij elkaar opgeteld. Als we kijken naar het aantal inwoners en de hoeveelheid acute en hoogspecialistische zorg die daarvoor nodig is, beantwoordt de vraag zichzelf al een beetje. Dat neemt niet weg dat de aanwezigheid van twee academische ziekenhuizen in Amsterdam ons wel de gelegenheid biedt om op een heel gemakkelijke manier, misschien veel gemakkelijker dan elders in Nederland, tot een uitruil te komen van die hoogspecialistische functies. Op de ene plek doen we dit, omdat we daar toevallig heel goed in zijn, en op de andere plek gebeurt dat. Zo weten we voor de grote regio een volledig aanbod in stand te houden en bereiken we die concentratie van zorg. Eigenlijk is die aanwezigheid van twee umc's in een niet al te grote regio eerder een voordeel, dan een nadeel. Dat is overigens helemaal niet uniek voor Amsterdam. Leiden, Rotterdam en in het kielzog daarvan Delft, voeren precies dezelfde discussie. Het zou heel goed kunnen dat we op die manier tot een herinrichting komen van het universitaire landschap in Nederland, waarin er grote conglomeraten van universitaire instellingen c.q. umc's ontstaan die precies bereiken waarover we nu de hele tijd spreken.

De heer **Biesma**: Ik help mijn Amsterdamse collega's een beetje. Ik denk dat we moeten concentreren op aandoeningenniveau. Daarover moet de discussie gaan. Dan begrijpt iedereen dat een kinderarts in Nieuwegein voor de kindernefroplogie wellicht naar het AMC gaat en voor kinderoncologie naar het VUmc. Dat brengt mij terug tot mijn eerdere punt dat umc's of grote algemene ziekenhuizen niet per se de regie in deze discussie moeten nemen. Laat deze maar lopen via bijvoorbeeld het voorbeeld van collega Huijgens. Laat de discussie via de aandoeningen lopen, dan zullen die netwerken wel ontstaan. Dan kunnen er wel eens heel bijzondere netwerken ontstaan, waarin er verwezen wordt van Groningen naar Amsterdam voor aandoening X, maar van Groningen naar Maastricht of andersom voor aandoening Y. Dan zijn we ook een beetje af van die rigide discussie en komen we wel op het punt dat we concentreren op aandoeningenniveau.

De heer **Timmermans**: Hoe krijgen we de huisartsen zo gek dat ze meedoen? Gelukkig is de tijd te kort om dit thema volledig te behandelen. Ik kan er wel een paar dingen over zeggen. In de eerste plaats is een leidende rol van de academische centra van belang. Die kunnen dat ook vormgeven met hun universitaire netwerken op het gebied van huisarts-geneeskunde. Daarin kunnen zij een voorbeeldfunctie vervullen. In de tweede plaats moet er meer aandacht zijn voor samenwerking tussen huisartsen en medisch specialisten door hen samen verantwoordelijk te maken voor de kwaliteit, de doelmatigheid en de uitkomsten van zorg. In plaats van zorg te verwijzen en behandelingen over te dragen moeten ze er in samenwerkingstrajecten voor zorgen dat die zorg op een goede manier wordt geleverd en georganiseerd. In de derde plaats zien we in toenemende mate dat huisartsen zich organiseren in zorggroepen en dergelijke en samen een verantwoordelijkheid nemen voor de zorg die ze contracteren en leveren. Als dit verder wordt uitgebouwd naar samenwerking met de medisch-specialistische as en een verantwoordelijkheid binnen de geïntegreerde eerste lijn, komen we een heel eind.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Hoe voorkomen we spanning tussen de raad van bestuur en de specialisten?

De **voorzitter**: Nee, we moeten het hierbij laten. In onze volgende ronde hebben we weer elf gasten en het zou erg onfatsoenlijk zijn als ik die gasten het woord niet geef. Ik dank onze gasten heel hartelijk voor het feit dat zij hiervoor tijd hebben vrijgemaakt. U hebt ieder aan ons een position paper gestuurd, maar de vraag is of alle deelnemers alle position papers mogen ontvangen. Ik zie dat hierop bevestigend wordt gereageerd. Het woordelijke verslag van deze hoorzitting krijgt u allen te zijner tijd toegestuurd.

Sessie 2

Gesprek met:

- **Prof. dr. Rijk Gans, internist UMCG**
- **Wilna Wind, algemeen directeur NPCF**
- **Prof. Liesbeth de Vries, internist/oncoloog UMCG, voorzitter Raad voor Medische Wetenschappen van de KNAW**
- **Francis Bolle, senior adviseur Public Affairs V&VN**
- **Guy Peeters, voorzitter raad van bestuur Academisch Ziekenhuis Maastricht**
- **Prof. Louise Gunning-Schepers, voorzitter Gezondheidsraad**
- **Prof. Dr. Rob Tollenaar, chirurgische oncologie LUMC**
- **Bas Leerink, lid raad van bestuur Menzis**
- **Drs. Elmer Mulder, voorzitter raad van bestuur VUmc/ voorzitter NFU**
- **Victor J.A. Slenter, arts M&G/directeur Capaciteitsorgaan**

De **voorzitter**: Ik heet onze gasten van harte welkom. Een aantal van u heb ik al in de zaal zien zitten. Ik geef iedereen de gelegenheid een kort statement te maken. Vervolgens zullen de commissieleden vragen stellen. Mevrouw Lucas is inmiddels naar een ander debat en mevrouw Gerbrands zal ook namens haar vragen stellen. Mevrouw Gunning zal eerder weggaan in verband met bezigheden elders.

De heer **Gans**: Voorzitter. Ik ben Rijk Gans. Ik ben internist en verbonden aan het UMC Groningen. Ik ben voorzitter van het Concilium van de Nederlandse Internisten Vereniging. Ik heb een position paper verstuurd en ik geef nu al toestemming om deze onder de andere gasten te verspreiden. Dan is dat afgehandeld.

In mijn ogen is een umc een spin in het web en een netwerkorganisatie, zoals de hele zorg eigenlijk een netwerkorganisatie is. Het fundament van de zorg is in mijn ogen samenwerking. Dat betekent dat wij voor de behandeling van patiënten, naarmate de complexiteit toeneemt – deze neemt ook toe: door de vergrijzing zien we meer comorbiditeit – toenemend afhankelijk zijn van multidisciplinaire inbreng. Ik denk dat dit voor hoogcomplexe zorg bij uitstek in umc's kan gebeuren. Dat betekent tegelijkertijd dat wij via de netwerkorganisaties in onze regio moeten proberen de wat simpeler zorg «weg te zetten». Er moet ook interactie zijn tussen onderzoek, opleiding en onderwijs om de zorg op het huidige hoge niveau te houden in Nederland. Als de vragen het mij straks toestaan, wil ik graag aan de hand van de EHEC-bacterie uitleggen waarom ik denk dat de zorg zo georganiseerd moet worden.

Mevrouw **Wind**: Voorzitter. Ik spreek namens de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie. Ik wil een aantal zaken in mijn position paper eruit lichten. Vandaag gaat het over concentratie en spreiding. Dat is een breder onderwerp dan alleen het onderwerp van de academische ziekenhuizen. Daarom wil ik ook een oproep doen om het in de breedte te behandelen. Concentratie en spreiding gaat over de hele keten van zorg, van de huisarts tot de academische ziekenhuizen. Als we het debat alleen beperken tot de academische ziekenhuizen, komen we er volgens mij niet uit.

Er zijn meerdere redenen om vanuit patiëntenbelang aan te dringen op zowel concentratie als spreiding. Deze twee zaken zijn namelijk onlosmakelijk met elkaar verbonden. Concentratie gaat over dure en specialistische zorg. Spreiding brengt zorg zo dicht mogelijk bij de mensen. 75% van de zorg is basiszorg en dat is heel belangrijk. Concentratie is in het belang van de patiënten, zowel wat betreft kosten als kwaliteit. Willen we met elkaar een houdbaar stelsel houden, dan is solidariteit een vereiste. Dat betekent dat iedereen moet meebetalen. Om dat draagvlak te behouden, zijn de kosten ongelooflijk belangrijk. Dat concentratie kwaliteitsverhogend werkt, is inmiddels voldoende bewezen. Volumenormenten zijn daarbij ook heel belangrijk. Er wordt te weinig aandacht besteed aan de kosten. Ik zie wel eens dat verzekeraars en ziekenhuizen bang zijn om het over kosten te hebben. Er wordt al snel gezegd dat verzekeraars het voor hun eigen zak doen. Dat zal ik niet bestrijden. Ik wil wel benadrukken dat de kosten absoluut ook een patiëntenbelang zijn. We houden het stelsel niet overeind als de kosten stijgen.

Wat zijn de criteria voor concentratie? Het belangrijkste criterium is natuurlijk kwaliteit. Het gaat niet om de belangen van medisch specialisten, hoe belangrijk ik artsen ook vind, of om de belangen van ziekenhuizen. Er is maar één norm, namelijk het patiëntenbelang. Bij concentratie moeten we ook een aantal dingen niet doen. Daarom zei ik in het begin dat de keten zo belangrijk is. Ons motto is: ver weg wat moet en dichtbij wat kan. Daarbij hoort ook: in academische ziekenhuizen wat moet en in andere ziekenhuizen wat kan. Dan hebben we een keurige opbouw, met topklinische ziekenhuizen en regioziekenhuizen. Willen we dit probleem goed oplossen, dan moeten we ook samen met de huisartsen kijken hoe we de hele keten van zorg aanpakken, anders komen we er nooit uit.

Hoe doen we dit? Het gaat om kwaliteit en volume. Verzekeraars hebben hierin een belangrijke rol. Patiëntenorganisaties hebben hierin ook een belangrijke rol. Wij willen die rol dolgraag vervullen. Als we kiezen voor concentratie, moeten we wel de kennis spreiden, inclusief de kennis waarom we concentreren. Dat is volgens mij een rol voor de patiëntenorganisaties. Als men pas bij de patiëntenorganisaties komt als het streekziekenhuis in Lutjebroek dichtgaat, kunnen deze niet meer op de rem trappen. Dat wordt verschrikkelijk moeilijk. Als men de patiëntenorganisaties er vroeg bij betreft, uitlegt waarom concentratie noodzakelijk is

en de patiëntenorganisaties gebruikt, in de goede zin van het woord, zal het werken. De politiek zal dezelfde rol moeten vervullen. Als er een streekziekenhuis sluit en de hele lokale politiek belt naar Den Haag om te pleiten voor het openhouden van dit ziekenhuis, waarvan de zorg kwalitatief beter kan, hebben we een probleem. Ik wil ook nog iets zeggen over de rol van de NMa en de NZa. De NMa en de NZa hebben belangrijke rollen met betrekking tot marktwerking. Marktwerking in de zorg is echt iets anders. Vaak leidt dit tot een toegenomen vraag. Zolang marktwerking leidt tot meer vraag naar telefoons, vind ik het prima. Als marktwerking leidt tot dubbele behandelingen, eerst in een zbc en dan nog een keer in een ziekenhuis, hebben we wel een probleem. Ik vraag de politiek nog eens te kijken naar de jaren tachtig. Toen was er sprake van taakverdeling en concentratie in universitair onderwijs en onderzoek, de selectieve krimp en groei. De universiteiten waren hier nooit zelf uit gekomen. De politiek heeft hierin een sturende rol gespeeld. Ik was toen een van de mensen die boos was en met een vlaggetje stond. Na dertig jaar durf ik echter wel te zeggen dat een helpende hand op die manier misschien toch nodig is.

Mevrouw **De Vries**: Voorzitter. Ik ben Liesbeth de Vries. Ik ben medisch oncoloog in het UMCG en daarnaast ben ik voorzitter van de Raad voor Medische Wetenschappen van de KNAW. De regiefunctie vanuit een umc voor allerlei belangrijke ziekten en een goede samenwerking met de regio zijn buitengewoon belangrijk. In de oncologie gebeurt dit ook heel vergaand.

Wat ik vandaag nog niet uitgebreid heb gehoord, maar waarvoor we onze kop niet in het zand moeten steken, is dat de situatie niet blijft zoals deze nu is. Het is niet zo dat er alleen maar wat moet worden herverdeeld. Er zullen bijvoorbeeld tussen 2007 en 2020 50% meer kankerpatiënten komen. Dat moeten we ook nog even accommoderen in Nederland. Ik denk dat we ons moeten realiseren dat de bevolking vergrijsst en veel ouder wordt dan kort geleden. Daarnaast zien we in mijn vak in toenemende mate dat mensen de ene kanker overleven, of kanker krijgen na een niertransplantatie of een levertransplantatie. Daarmee wordt het probleem veel ingewikkelder dan het vroeger ooit was.

Een ander issue is dat we alle ziekten steeds beter behandelen. Ik zit wat dat betreft in een mooi vakgebied. We kunnen zo ontzettend veel meer dan we vroeger konden. Dit levert dus ook honderdduizenden kankeroverlevers op in Nederland, die weer aan het werk moeten en begeleid moeten worden om weer gezond en zonder al te veel gezondheidsverlies en verlies van toekomstperspectief door te kunnen leven. Dat zijn allemaal zaken waaraan op dit moment niet veel gebeurt. We hoeven er niet lang voor te rekenen om ons te realiseren dat er een groot probleem op ons afkomt.

Ik zal een beetje uitleggen wat de Raad voor Medische Wetenschappen van de KNAW doet. Hierin zitten medische wetenschappers die zich er druk over maken, los van een universiteit of een plek, of de dingen in Nederland goed gaan. Een van de dingen waarover zij zich de afgelopen tijd druk hebben gemaakt, is de vraag of er nog wel tijd is, als alles in de zorg wordt gestroomlijnd, om nieuwe dokters op te leiden die ook zelf opleider kunnen zijn, onderzoek kunnen trekken en in staat zijn goede richtlijnen te formuleren. Is er nog ruimte in dit, in toenemende mate efficiënte en gestructureerde systeem om die mensen te krijgen die straks weer de leiders moeten zijn in het veld?

Mevrouw **Bolle**: Voorzitter. Mijn naam is Francis Bolle. Ik ben werkzaam bij de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. Wij hebben een paper gestuurd waarin wij onze ideeën schetsen voor de academische zorg. Ik wil er een paar zaken uitlichten. Wij zijn van mening dat het zorglandschap in Nederland helemaal moet worden heringericht.

Als we het over academische zorg hebben, moeten we het eigenlijk ook meteen over versterking van de eerste lijn hebben. Alle vormen van zorg, de topspecialistische zorg, de algemene ziekenhuizen, de eerste lijn en de overige vormen moeten als een continuüm goed op elkaar worden afgestemd. We zien nu al dat er steeds meer zorg verschuift naar de eerste lijn, maar de inrichting van anderhalvelijnscentra of netwerkvorming begint nog maar amper op gang te komen. In het vorige blok is er al een paar keer aandacht besteed aan de regionale herinrichting of aan samenwerkingsvormen. Met name de problematiek met betrekking tot de NMa is hierin aan bod gekomen.

Als de academische centra zich willen specialiseren in hun echte primaire functie, namelijk topspecialistische zorg en onderzoek, zal de zorg verschuiven. Daardoor moeten we in de eerste lijn ook centra hebben, zoals de HAP (HuisArtsenPost), die al veel zorg opvangt uit de spoedeisende hulp. Wij denken dat er ook veel mogelijkheden zijn om nursing clinics op te richten, walk-in-centra, waarin patiënten voor simpele, lichte, geprotocolleerde zorgvragen terecht kunnen, afhankelijk van het gebied waarin ze woonachtig zijn. Die behoefte kan ook per gebied verschillen. Een verschuiving van de focus van de academische centra naar puur topspecialistische zorg en onderzoek betekent ook veel voor de professionals die daarin werkzaam zijn, de artsen, verpleegkundigen en de verpleegkundig specialisten. We willen met name de nadruk leggen op de aandacht voor het multidisciplinair opleiden en het nieuw positioneren van de teams die daarin werkzaam zijn. Een mooi voorbeeld is het crashteam dat multidisciplinair in een ziekenhuis problematische situaties opvangt. Het multidisciplinaire is hierin voor ons een belangrijk punt. Als laatste wil ik nog iets zeggen over de knelpunten in de financieringsstructuur waarmee de academische centra nu te maken hebben. Er is al gezegd dat de specifieke complexe zorg eigenlijk niet voldoende kan worden bekostigd zonder er normale operaties bij te doen. Een ander punt dat ons enorm raakt is dat bijvoorbeeld verpleegkundigen door taakverschuiving heel veel zorg overnemen van artsen en medisch specialisten, maar dat hierop eigenlijk geen bekostigingssystematiek is aangesloten. Met andere woorden, de dbc kan door de verpleegkundige nog niet worden geopend, terwijl deze wel de handelingen uitvoert. Hierdoor wordt de zorg niet goedkoper, terwijl de zorg in essentie wel verandert en verschuift.

De heer **Peeters**: Voorzitter. Ik ben voorzitter van de raad van bestuur van het academische ziekenhuis in Maastricht. Wij hebben samen met de NFU een position paper geschreven over ons standpunt met betrekking tot concentratie van zorg.

Ik ben van mening dat de huidige technologische ontwikkelingen en met name het tempo waarin deze plaatsvinden, maar ook de steeds stringenter wordende kwaliteitseisen, het noodzakelijk maken om veel meer focus aan te brengen binnen de organisatie. Ook de landelijke concentratie moet in die focusdiscussie worden betrokken. Dat houdt ook in dat we moeten beseffen dat de concentratiediscussie zoals we die voerden in de twintigste eeuw, niet meer van toepassing is. Deze werd namelijk puur door toeval bepaald, door verloop en deels door competitie. De snelheid van de huidige ontwikkelingen, de vraag naar nieuwe ontwikkelingen, de vergrijzing en de multimorbiditeit vragen om meer sturing en regie. Ze vragen ook om meer beslissingen, niet alleen vanuit de NFU, maar vanuit de hele ziekenhuiswereld. Uiteindelijk is het ook de taak van de politiek om hierin mee te denken en mee te helpen vormgeven.

Mevrouw **Gunning-Schepers**: Voorzitter. Ik dank de commissie dat ik hier aanwezig mag zijn. Ik spreek met drie petten op. Ik ben voorzitter van de Gezondheidsraad. Daarnaast ben ik één dag in de week universiteitshoog-

leraar. Bovendien ben ik hier een van de weinige, maar niet de enige, ervaringsdeskundigen van een inval van de NMa. De Gezondheidsraad heeft geen advies over dit onderwerp en ik kan dus ook geen mening van de Gezondheidsraad geven. Ik kan wel zeggen dat we, in de aanloop naar het werkprogramma van 2012, twee onderwerpen bekijken, waaronder de wetenschappelijke onderbouwing van de kwaliteitswinst van concentratie. Daarover hebben we uitgebreid gesproken. Het andere onderwerp is de vraag of wij ons niet moeten voorbereiden op de positie die Nederland zal moeten innemen in Europa in 2013, ten aanzien van zeldzame aandoeningen. Wij hebben al eerder de discussie gehad dat concentratie niet gaat zonder taakverdeling en dat het grootste risico is dat dingen tussen wal en schip vallen. Het hebben van een voldoende dekkend netwerk – voor de zeldzame aandoeningen is dit misschien niet altijd alleen in Nederland – is een onderwerp dat in dit geheel moet worden meegenomen.

Als hoogleraar kan ik melden dat ik twee weken geleden, naar aanleiding van de stukken van onder andere BCG, een fantastische masterclass heb gehad met geneeskundestudenten over de vraag hoe we tot concentratie en taakverdeling moeten komen met de verschillende spelers in het veld. Ik heb genoten van het feit dat die studenten zonder enig probleem in staat waren uit te leggen welke rol de verzekeraars, de medisch specialisten, de ziekenhuizen en de inspectie daarin moeten hebben. Ik nodig de commissie uit die studenten een keer hier aan tafel te vragen, voor een glashelder betoeg.

Uit de gesprekken kwam naar voren dat er iemand verantwoordelijkheid moet nemen of verantwoordelijk moet zijn voor het algemeen belang. Iedereen kan het vanuit zijn eigen belang bekijken. Als we de zorg ook in de toekomst dekkend willen houden en de keuzes willen maken die er moeten worden gemaakt, moet iemand dat algemeen belang in de gaten houden. Dat hoeft niet een regisseur te zijn.

De NMa-inval was in mijn AMC-tijd in Amsterdam. Ik vind het ontzettend jammer dat wij niet zijn veroordeeld, omdat ik heel graag helderheid had willen krijgen over de vraag wat wij in Nederland belangrijker vinden: de kwaliteit van zorg of de spelregels rondom de mededinging. Marcel Levi heeft er net ook al iets over gezegd. Ik denk dat deze hoorzitting misschien die helderheid kan brengen. Ik vind het vreselijk dat de uitwisseling van gegevens in het eindoordeel van de NMa negatief is beoordeeld. Ik denk dat concentratie en taakverdeling schier onmogelijk is, zonder dat de partners met elkaar kunnen praten over hun cijfers. Misschien kan de politiek daarover ook helderheid verschaffen.

De heer **Tollenaar**: Voorzitter. Ik zit hier als afgevaardigde namens de Orde van Medisch Specialisten, maar ik draag meerdere petten. Ik ben ook chirurgisch oncoloog in het Leids Universitair Medisch Centrum en hierdoor ook deskundige in het onderwerp concentratie van zorg, waarmee we in de regio al tien jaar bezig zijn. Daarnaast ben ik ook bestuurslid van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. Het zal niemand zijn ontgaan dat de concentratie van chirurgische zorg ook een aandachtspunt is. We vinden dat dit moet gebeuren conform gemeten uitkomsten. Hiervoor hebben we een eigen instrument opgezet. Heel essentieel in de academische zorg is de unieke rol die de academische netwerken in Nederland hebben, uniek in de zin van de goede samenwerking binnen de NFU, maar ook uniek omdat ieder academisch ziekenhuis een opleidingsregio bedient en binnen de oncologie ook een integraal kankercentrum in zijn netwerk heeft. Die netwerken vormen een uniek uitgangspunt voor het in goede banen leiden van de verdeling van zorg. Deze verdeling is onontkoombaar gezien de doelmatigheidsvraag en de kostenvraag waarvoor wij staan. De academische ziekenhuizen spelen daarin een belangrijke rol om de hoogcomplexere zorg te accommoderen.

Er komt wel meteen een probleem bij. Aangezien deze ziekenhuizen ook de innovatiemotor zijn van de zorg, is het niet goed als hun alleen de hoogcomplexere zorg resteert. Veel van de innovatie zal in de zorg moeten plaatsvinden die minder complex is, maar wel voor de samenleving van groot belang is. Er moeten dus ook netwerken ontstaan om dit te bedienen, overstijgende netwerken vanuit de academische centra. Een ander belangrijk aspect is het scholingsaspect. Frank Bosch heeft gezegd dat het academisch milieu bijdraagt aan de vorming van de medisch specialisten. Ik denk dat wij in Nederland een relatief bijzonder evenwichtige opleiding hebben, waarin het kritisch nadenken over wetenschappelijke en andere resultaten in het bloed zit van veel collega's. Het is van groot belang dit te behouden. Wij staan daarbij voor grote uitdagingen in de komende jaren. Als we de zorg herschikken, zal men in sommige ziekenhuizen niet meer «exposed» worden aan alle zorg. Daarom kunnen de academische ziekenhuizen bij uitstek in een stage het kritisch denken, het evidence based evalueren van gegevens en het daarmee doelmatig houden van de zorg, leveren voor de opleiding. Als ik in mijn eigen ziekenhuis uit het raam kijk, zie ik daar 25 spin-off-companies staan. Dat is een belangrijk gegeven van de academische ziekenhuizen. Zij zijn bij uitstek het punt waarin kennis dat uit fundamenteel onderzoek beschikbaar is gekomen, voor de patiëntenzorg wordt geïntegreerd, maar ook wordt gevaloriseerd, door biomedische bedrijven zoals Crucell. De nauwe relatie die veel academische ziekenhuizen hebben met dit soort spin-off-companies, is een groot goed en biedt ook potentie om de stijgende kosten ook weer voor een deel terug te verdienen.

De heer **Leerink**: Voorzitter. Ik ben Bas Leerink, lid van de raad van bestuur van Menzis, een van de zorgverzekeraars in Nederland. Wij hebben het vandaag over academische zorg. Misschien helaas, misschien ook niet helaas, vindt bijna alle academische zorg plaats in academische ziekenhuizen. Zorg is echter niet hetzelfde als een ziekenhuis, sterker nog, de meeste zorg en de meeste toegevoegde waarde van zorg vinden buiten ziekenhuizen plaats. Ik wil een oproep doen aan de academische ziekenhuizen dat er meer wordt gefaciliteerd dat men buiten het ziekenhuis aan het werk gaat en niet alleen maar binnen dat ziekenhuis.

We hebben het over concentratie en spreiding. Concentratie in de topreferente zorg, laagvolumezorg, hoogcomplexere zorg of hoe we het maar willen noemen, gaat niet alleen over kwaliteitswinst, maar ook over lagere kosten per ingreep. Dat vergeten we vaak. Als die concentratie niet leidt tot lagere kosten per ingreep, vind ik het zonde van de moeite. Er mag wat mij betreft meer aandacht zijn voor innovatie in het zorgproces. Er is heel veel innovatie in de inhoud van de zorg. Men vraagt zich af hoe de zorg moet worden geleverd. Er zijn trials met betrekking tot de vraag hoe de patiëntenzorg in elkaar moet zitten. Dat is allemaal prachtig. Het moet ook en het is heel belangrijk. Er wordt hiermee ook veel economische waarde gecreëerd. Dat is heel goed en belangrijk voor de opleiding. De innovatie in het zorgproces krijgt echter, op een paar mooie uitzonderingen na, te weinig aandacht. Een mooi voorbeeld is wat er nu in het Radboud Ziekenhuis gebeurt, met de Digitale Poli. Ik denk dat er nog veel meer mogelijkheden zijn. Ik vind bijvoorbeeld de academische huisartsenpraktijken geen toonbeeld van innovatie, maar ik denk dat dit wel zou kunnen.

Het gaat ook over de acute zorg. Bijna alle academische ziekenhuizen zijn ook een traumacentrum en hebben een regiefunctie in de acute zorg. Ik vind dat hiervan ook te weinig innovatiekracht van uitgaat en dat er te weinig wordt nagedacht over de vraag hoe die acute zorg georganiseerd moet worden. De bal ligt iets te gemakkelijk bij de zorgverzekeraars, die dan moeten bedenken dat het bijvoorbeeld in Oost-Groningen niet houdbaar is tot in lengte van jaren allerlei spoedeisendehulpvoorzie-

ningen overeind te houden. Ik vind dat een traumacentrum hierin een inhoudelijke en sturende rol moet nemen.

De heer **Mulder**: Voorzitter. Ik ben voorzitter van de raad van bestuur van het VU medisch centrum en op dit moment ook voorzitter van de NFU, de organisatie van de acht umc's in Nederland. Wij kijken met een zekere zorg naar de ontwikkelingen in het gezondheidsstelsel en zien daarin ook een verantwoordelijkheid. Aan de ene kant is er een enorme toename van de vraag, van de complexiteit van zorg en van chronische ziekten. Deze toename leidt tot terechte vraagstellingen over het leveren van goede zorg. Aan de andere kant is er een geweldige ontwikkeling binnen de wetenschap op het gebied van betere diagnostiek en behandelingen. Het is echt indrukwekkend om te zien wat er nu kan en wat er tien jaar geleden niet kon. Het roept wel vragen op over kosten, kwaliteit en doelmatigheid. Hebben we het in de hand? Kunnen we het goed beheersen? De academische functie faciliteert hierin bij uitstek om dingen te sturen, zichtbaar te maken, te onderbouwen en te monitoren.

We zien dat academische centra in hun patiëntenzorgcomponent steeds meer complexe zorg tot hun domein rekenen. Dat proces zet zich onverkort door. Daarnaast hebben de academische centra binnen de concentratie een duidelijke publieke taakstelling, zeker op het gebied van de zeldzame, moeilijk behandelbare aandoeningen en de topreferente zorg. Daarvoor zijn ze verantwoordelijk.

Deze activiteiten doen zij niet geïsoleerd, maar in nauwe wisselwerking met wetenschappelijk onderzoek. Dat is ook de basis voor kwaliteitsverbetering en innovaties. Daarmee presteren zij volgens mij heel goed. Daarmee moeten ze ook onverkort doorgaan, want innovatie moet er uiteindelijk voor zorgen dat ze binnen dat spanningsveld van toenemende zorg en adequate behandelingen, de problemen aankunnen.

Het is ontzettend belangrijk dat wij voldoende professionals blijven opleiden voor de taken die we morgen hebben. Dat is een gigantische taakstelling voor de umc's. Er zijn 16 000 medisch studenten en duizenden medisch specialisten in opleiding. We moeten voortdurend nadenken over vernieuwingen in de opleiding, zodat ook de artsen van morgen adequaat zijn toegerust voor de vraagstellingen van morgen.

Dit is geen geïsoleerd vraagstuk en we kunnen dit niet geïsoleerd aanpakken. Dat doet de NFU ook niet. De basis is ordening. Het eerste ordeningsprincipe zit in regionaal verband. Als we de zorg doelmatig op de juiste plek willen zetten en willen zorgen dat er een doelmatige substitutie plaatsvindt van de tweede lijn naar de eerste lijn, moeten we in regionaal verband zorgen voor context en ordening. In de ordening ontbreekt het vraagstuk van de regio. Wij proberen er in de umc's in alle regio's daadwerkelijk aan bij te dragen, maar het machtsvraagstuk ligt toch al snel op tafel, terwijl het onze intentie juist is om een faciliterende bijdrage te hebben. Ik merk het in mijn eigen regio: als ik maar niet het machtsvraagstuk aan de orde stel, maar me faciliterend opstel, kom ik vaak heel dicht bij het resultaat. Op het moment dat er toch belangtengestellingen komen, is het echter de vraag of er voldoende doorzettingsmacht aanwezig is en hoe dit moet worden gestructureerd. Natuurlijk spelen de verzekeraars en de patiëntenorganisaties daarin een rol. Dit vraagstuk moeten we wel met elkaar nog verder uitdiepen.

We hebben overigens best goede ervaringen in regionaal verband. Kijk bijvoorbeeld naar de opleidings- en onderwijsregio's die we hebben. De laatste jaren zijn de taakstellingen enorm toegenomen. We zijn toch in staat dit te faciliteren, met een toenemende opleidingscapaciteit.

We doen het ook in de acute zorg. Daarvoor hebben we ook verantwoordelijkheden. Er mag misschien inderdaad een tandje bij. De vraag is dan wel waar de doorzettingsmacht en de regio zitten, om dit uiteindelijk voor elkaar te krijgen.

Binnen de taakverdeling en de concentratie maken wij een onderscheid tussen datgene wat we in regionaal verband doen, zoals ik net schetste, en datgene wat we in de topreferentie doen. Dat vinden wij een verantwoordelijkheid van de NFU zelf. Wij zijn er ook verantwoordelijk voor dat er in Nederland een passend aanbod is van topreferente zorg. Hoe dat is geordend, is een ander vraagstuk. Er zijn natuurlijk historische posities, ingegeven door kwalificaties die in een instelling zijn gegroeid, of door motivaties van professionals. Uiteindelijk is natuurlijk het inzicht aan de orde dat taakverdeling op sommige punten juist kan leiden tot betere kwaliteit. We kunnen niet om dat vraagstuk heen; we moeten het aanpakken. Dat moet op een zorgvuldige manier. Het voorbeeld van de kindergeneeskunde is al genoemd. We moeten heel goed kijken naar de aard en de omvang van de problemen. We moeten goed kijken naar de specialismen die daarbij zijn betrokken, maar ook naar de aanpalende specialismen. We kunnen een specialisme niet isoleren. De patiëntenverenigingen moeten er volop bij betrokken worden. De heer De Jong van de CRAZ heeft in de eerste sessie al verwoord dat we alle criteria, medisch-professionele, maar ook vanuit patiëntenoptiek, heel goed moeten bekijken voordat we conclusies trekken over taakverdeling. Taakverdeling kan niet het verdwijnen van dingen betekenen, hooguit het verschuiven van dingen, op basis van objectieve criteria. Dat is de inzet en de lijn. Het is natuurlijk een nieuw traject dat we moeten uitvinden. Binnen de kindergeneeskunde zijn we er druk mee bezig en we zijn wel bereid die weg in te slaan.

Ik wil nog iets zeggen over de financiering. Binnen de NFU maken we ons ernstig zorgen over de hele DOT-transitie. Het moet nog blijken of dit systeem volledig werkbaar is. Het zal natuurlijk het minst werken op de meest complexe onderdelen, maar daarin zit nu net de core van de academische centra. We vrezen dat de zorgzwaarte toch onvoldoende in dit systeem zit en dat we weer verschuivingen van patiëntenstromen zullen zien richting de umc's. Deze zitten daar niet op te wachten, omdat de capaciteit natuurlijk goed bewaakt en beschermd moet worden om de vraagstellingen aan te kunnen.

Opleiden is niet alleen een kwantitatief verhaal, in de zin van: er is een toenemende behoefte, dus leiden we meer op. De vraag is ook welke competenties en capaciteit wij de komende decennia nodig hebben. Het is dan ook heel goed dat we investeren in de innovatie van opleidingen, zowel in het medisch-specialistische domein als in het verpleegkundig domein. Ik herinner me bijvoorbeeld de experimenten rond nurse practitioners. Dat is een duidelijk voorbeeld waarnaar we actief moeten kijken, om te zorgen dat de zorg kwalitatief goed blijft en beheersbaar en betaalbaar blijft.

De heer **Slenter**: Voorzitter. Het Capaciteitsorgaan heeft op zichzelf geen bemoeienis met de kwaliteit van academische zorg. We kunnen wel enig inzicht verschaffen in een aantal kwantitatieve aspecten van de zorg en de aspecten die met spreiding en concentratie van de opleidingen samenhangen.

Ik begin bij het begin, bij de medisch studenten. Mijn buurman zei het al: er zijn ongeveer 16 000 studenten in Nederland bezig met hun basisopleiding. Jaarlijks stromen er 2 850 studenten in. Dit aantal moet zo snel mogelijk omhoog naar 3100, om ervoor te blijven zorgen dat de instroom in vervolgopleidingen ook kan worden geregeld.

Voor ons is het opleidingsstuk een belangrijk deel van de academische zorg. Een aantal van de vorige sprekers is hier ook op ingegaan. Het gaat om de specialisten van de toekomst. In de ziekenhuissfeer zijn op dit moment 5900 artsen in opleiding tot specialist, van wie er 5000 in een umc of een stz-ziekenhuis zitten. De andere 900 zitten in een perifeer ziekenhuis. Ons advies in 2010 was om dit aantal geleidelijk aan op te hogen naar ongeveer 7000. Er zullen in de komende jaren dus nog

ongeveer 1000 medisch specialisten in opleiding bij komen, die moeten worden opgeleid vanuit de bestaande opleidingsstructuur. Dat geeft meteen een probleem. Waar laten we hen? Hoe gaan we de opleiding doen? Dat is een uitdaging voor de kwaliteit van de opleiding. Er is ook goed nieuws: de wachttijd tussen het basisartsexamen en de instroom in een vervolgopleiding is de afgelopen jaren continu gedaald. Op dit moment is de wachttijd voor een medisch specialist die in opleiding wil gaan, ongeveer tweeënhalf jaar. Daar zit ook nog een jaar bij van oriëntatie op de vervolgopleiding. De echte wachttijd is dus nog maar anderhalf jaar. Dat is dus vrij vlug; er gaat weinig tijd verloren. Waar zitten de uitdagingen voor de academie? Er zit een uitdaging in het herbergen en accommoderen van het toenemende aantal AIOS, dat door de umc's, de stz-ziekenhuizen en de perifere ziekenhuizen moet worden opgeleid. Als die concentratie van functies doorgaat in de toekomst, wordt het ruim van tevoren samenstellen van een opleidingsplan bovendien steeds moeilijker. Een specialist die wordt opgeleid, moet namelijk wel het complete palet van aandoeningen hebben doorlopen, terwijl sommige aandoeningen misschien straks in bepaalde ziekenhuizen integraal niet meer aan de orde zijn. Er moet bekeken worden of er meer flexibiliteit kan komen in de huidige starheid in de opleiding van AIOS, met name op financieel gebied.

We moeten niet vergeten dat er naast de ruim 6000 AIOS die in ziekenhuizen en in de opleiding rondzwerven, ook nog dik 2000 AIOS bezig zijn met de opleiding tot huisarts, sociaal geneeskundige, specialist ouderengeneeskunde, verpleeghuisarts of arts voor verstandelijk gehandicapten. Die 2000 mensen krijgen in ieder geval één dag in de week theoretisch onderwijs via de umc's en vier dagen in de week werken ze in de praktijk. Ook hiervoor zal de opleiding de komende jaren een stukje worden uitgebreid. Er zal ook in geïnvesteerd moeten worden. Dat komt voor één dag in de week terecht in de academie.

Het grootste probleem hierin is de spreiding. Dan heb ik het met name over de opleidingsinstellingen. Voor een specialist ouderengeneeskunde kent Nederland drie opleidingsinstellingen, Leiden, Amsterdam en Nijmegen. Het is duidelijk dat een specialist die in opleiding wil gaan in Groningen, toch even moet slikken. Er worden oplossingen gezocht, in de zin van satellieten, maar dit is niet overal even gemakkelijk. Voor de artsen voor verstandelijk gehandicapten is er maar één opleidingsinstelling in heel Nederland, in Rotterdam. De spreiding en de toegankelijkheid van de opleiding is hierbij dus een stuk minder.

De **voorzitter**: Dank u wel. We beginnen nu met de Kamervragen. Ik geef het woord aan de heer Van Gerven.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik dank de genodigden voor hun inleidingen, die overigens een hoop vragen oproepen. Allereerst heb ik een vraag voor de heer Mulder. Kan de heer Mulder een toelichting geven op de sluiting van de sarcoïdoseafdeling in Maastricht? Is de huidige financieringsstructuur een reden geweest om de afdeling te sluiten? Hebben financiële afwegingen geprevaleerd boven kwalitatieve afwegingen? Mijn tweede vraag stel ik in het algemeen. Wie heeft eigenlijk op dit moment de leiding bij de ontwikkeling van de academische zorg? Zijn dat de specialisten of zijn dat de managers? Mijn indruk is dat er een verschuiving plaatsvindt en dat de managers het overnemen, terwijl toch de medisch-inhoudelijke afwegingen de doorslag moeten geven. Over de numerus fixus heb ik een vraag aan de heer Mulder en de heer Slenter. Ik begrijp dat de NFU zegt dat het opheffen van de numerus fixus geen oplossing is. Dat bevreemdt mij zeer. Er is een wachtlijstproblematiek in de academische zorg. In de helft van de gevallen worden de

Treknormen overschreden. Dan moeten we volgens mij meer dokters hebben om die wachtlijsten weg te werken.

De heer **Mulder**: Over de numerus fixus bestaat er een misverstand: wij zijn ook voorstander van een uitbreiding van de opleidingscapaciteit. Ramingen bevestigen dat. Het is echter geen oplossing om de numerus fixus op te heffen en daarna niets te regelen. We moeten natuurlijk kijken of die instellingen de toename ook kunnen accommoderen. We moeten voorkomen dat er na de afschaffing van de algemene numerus fixus, een instellingsnumerus fixus komt, omdat er gewoon niet meer studenten kunnen worden geacommodeerd. Ik wil erop attenderen dat wij de afgelopen jaren al een enorme uitbreiding hebben gefaciliteerd. Als er verdere uitbreidingen moeten komen, moeten we kijken naar de financiële en organisatorische randvoorwaarden. Maar het antwoord is dus «ja». We hebben specifieke voorstellen gedaan om dit te doen en we zijn ertoe bereid. Als we in de uitbreidingsslag direct optimaal gebruikmaken van zijnstroom uit andere bacheloropleidingen, kunnen we misschien ook sneller in die capaciteit voorzien. Wij zijn hierin dus volop gesprekspartner. Het is bij een dergelijke beslissing wel belangrijk naar de organisatorische en financiële randvoorwaarden te kijken, om dit mogelijk te maken.

De heer Van Gerven vraagt of de ontwikkeling van de academische zorg in handen is van de managers of van de specialisten. Ik aarzel even bij het beeld dat ik daarbij moet hebben, alsof ik, als niet-professional, tegen de professionals vertel hoe het moet gaan. Dat is niet het beeld. Als ik in mijn instelling praat over de zwaartepunten en de ontwikkelingen van zorg, zit ik aan tafel met de professionals. Ik probeer als bestuurder de professionals te helpen zich bewust te worden van de interactie tussen wat zij uit professionele motieven willen en de randvoorwaarden daaromheen. Zo maken we gemeenschappelijk beleid. Dat doen we volgens mij heel effectief in de academische centra, omdat de specialisten met elkaar in een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf werken en in dienstverband zijn. Zij voelen zich in hoge mate hierbij betrokken en vragen zich af wat de ontwikkelingen in hun professionaliteit betekenen voor de randvoorwaarden en het functioneren van de instelling. Ik heb niet de indruk dat er een proces gaande is waarin de managers en het bestuur het aan het overnemen zijn. Dat krijg ik in mijn instelling niet terug. Er wordt juist een enorm beroep op mij gedaan om mee te denken over de vraag hoe we de zorg verder kunnen brengen. Ik denk dat dit een goede inrichting is van het proces.

Dan kom ik bij het onderwerp sarcoïdose. Ik praat nu vanuit de NFU-optiek. De hele discussie hierover past in de taakverdelings- en concentratiediscussie. Deze is niet gestart vanuit financiële motieven, maar omdat we ons afvragen hoe er kwalitatief goede zorg en continuïteit van de topreferente zorg kan zijn in een passend landelijk aanbod. Daarin zijn verschuivingen mogelijk. We leren nu hoe we dat moeten doen. Daaraan moeten we ook criteria verbinden. De discussie is echter niet ingezet met het idee om het wat goedkoper te kunnen doen. Dat is per se niet de instelling. Het is wel zo dat instellingen binnen hun portfolio moeten kijken wat er haalbaar is binnen hun budget. Daarmee is nog niet gezegd dat iets van de landelijke kaart moet verdwijnen, als het niet financieel haalbaar is. Dan is de NFU verantwoordelijk om te kijken op welke plekken het moet worden gecontinueerd.

De heer **Leerink**: Ik zal het niet over de specifieke casus van sarcoïdose hebben, maar wel over de vraag of financiën een belangrijke rol spelen bij het wel of niet behandelen van patiënten. Ik merk nog wekelijks dat geld wel degelijk een rol speelt bij het wel of niet behandelen van patiënten. Daarbij speelt onkunde over de vraag hoe de financiering van academische ziekenhuizen precies is geregeld, een heel grote rol. Heel veel

communicatie van verzekeraars hierover blijft hangen bij het bureau van de raad van bestuur en komt nooit terecht bij managers van afdelingen. We zijn misschien niet altijd voorstander van managers, maar het is wel belangrijk dat mensen op de werkvloer ook de goede besluiten kunnen nemen om patiënten wel of niet te behandelen. Er worden in academische ziekenhuizen nog steeds besluiten genomen, bijvoorbeeld op basis van de beleidsregel dure geneesmiddelen, die wat mij betreft niet kunnen. Ik vind dat de bestuurders van academische ziekenhuizen daarop beter en harder moeten ingrijpen, zodat dit op de werkvloer niet gebeurt. Of dit bij sarcoïdose wel of niet is gebeurd, kan ik minder goed overzien. Ik denk dat het in zijn algemeenheid wel zo is.

Mevrouw **Gunning-Schepers**: Ik heb slechts een heel klein punt. Er werden net managers tegenover professionals gezet. Ik denk dat het goed is ons te realiseren dat de bestuurlijke functies in een academische setting heel vaak worden vervuld door mensen die voorheen als hoogleraar of als arts, dus als professional, hebben gewerkt. Deze zaken hebben dus niet zozeer te maken met de achtergrond van mensen, maar met de bestuurlijke functie die ze daarin vervullen. Ik moet eerlijk zeggen dat ik zowel het woord manager als het woord professional zo langzamerhand behoorlijk denigrerend vind worden. Ik denk dat het goed is ons te beperken tot de functies die mensen daarin hebben.

De heer **Slenter**: De heer Mulder heeft al van alles over de numerus fixus gezegd. Ik wil iets zeggen over het overschrijden van de Treeknormen. Vanuit het Capaciteitsorgaan monitoren wij maandelijks de Treeknormen. Het probleem is dat de Treeknorm in een individueel ziekenhuis misschien wel voor een paar specialismen kan worden overschreden, maar in een ander ziekenhuis wordt onderschreden. Wij krijgen de landelijke gegevens en zetten alles bij elkaar. In ons Capaciteitsplan 2010 staat dat de Treeknorm voor het eerste poliklinische bezoek, alleen voor de MDL-specialisten is overschreden. Voor twee andere specialismen zitten we ertegenaan. Op klein onderdelen zullen we eroverheen schieten, maar ik praat dan over deelonderdelen van een specialisme. De gemiddelde Nederlander kan, als hij shopt, binnen zes weken overal terecht. Overschrijding van de Treeknormen is op dit moment dus niet aan de orde, met uitzondering van een paar supergespecialiseerde onderdelen. Als men naar een speciaal ziekenhuis wil, zal men echter langer moeten wachten.

De heer **Peeters**: Mevrouw Gunning maait eigenlijk het gras voor mijn voeten weg, want ik wilde ook een opmerking maken over de managers en de specialisten. Ik ben zelf dertien jaar lang vrijgevestigd specialist geweest. Daarna was ik vier jaar voorzitter van een algemeen ziekenhuis en nu ben ik sinds acht jaar voorzitter van een academisch ziekenhuis. Als het om inhoudelijke afwegingen gaat, kan ik u verzekeren dat de specialist in het ziekenhuis echt in the lead is. Misschien moeten we wel in de toekomst nadenken over de vraag hoe we de bestuurbaarheid van de instellingen – ik heb het dan over algemene ziekenhuizen, niet zozeer over academische ziekenhuizen – kunnen vergroten, om uiteindelijk de concentratie, niet alleen van de academische zorg, maar ook van de meer algemene, electieve zorg, wat effectiever tot stand te kunnen brengen. Ik kan uit ervaring zeggen dat het als voorzitter van een algemeen ziekenhuis echt lastiger is om daaraan inhoud te geven, dan vanuit een academisch ziekenhuis. Deze hebben nu eenmaal een andere besturingsfilosofie dan de algemene ziekenhuizen.

Mevrouw **Bolle**: Ik wil kort ingaan op de numerus fixus. Er is een aantal opmerkingen gemaakt over de opleidingsplaatsen van medisch specialisten en arts-assistenten. Ik denk dat we in de ramingen ook de verpleeg-

kundig specialist moeten meenemen. Het Capaciteitsorgaan begint hieraan ook aandacht te besteden. Als de taken van medisch specialisten worden herschikt, zodat zij zich kunnen concentreren op de hoogcomplexere, niet-geprotocolleerde zorg, betekent dat ook wat voor de opleidingsplaatsen van de verpleegkundig specialisten. Misschien hebben we dan wel voor de medisch specialisten op bepaalde gebieden minder plaatsen nodig en op andere gebieden juist meer. Ik pleit er dus voor die taakherschikking mee te nemen in de ramingen. Dit kan mogelijk tot andere cijfers leiden.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Ik wil terugkomen op die regiefunctie. Mevrouw Wind zegt dat het regionaal moet worden georganiseerd. Ik zeg het maar even wat huiselijk. Bovendien zegt zij dat de zorgverzekeraars hiervoor niet de meest aangewezen organisatie zijn. Mevrouw Bolle heeft ook gesproken over de regionale ordening. Zij zegt dat er eigenlijk een zorgcontinuüm moet zijn. Mevrouw Gunning heeft er ook over gesproken. Zij zegt dat het algemeen belang moet worden vertegenwoordigd. Ook de heer Mulder is op die regionale ordening ingegaan.

De heer Leerink heeft gesproken over de situatie in Oost-Groningen. Hij zegt dat het te gek voor woorden is – ik zeg het even in mijn eigen woorden – dat de zorgverzekeraar erop wordt aangekeken als hij zich bemoeit met het aantal ziekenhuizen, terwijl hij niets hoort vanuit de traumazorg in de ziekenhuizen. Als buitenstaander krijg ik niet echt een helder beeld. Hoe moeten die regie en de borging van het algemeen belang dan worden geregeld? De politiek heeft hierin toch een verantwoordelijkheid. Het is voor ons een centrale vraag.

Los van alles schrik ik van de opmerking van de heer Leerink over de dure geneesmiddelen. Het is nu niet aan de orde, maar als het echt zo is dat de financiën van invloed zijn op de kwaliteit en dat niet die geneesmiddelen worden voorgeschreven die voorgeschreven moeten worden, wil ik daar graag inzicht in krijgen. In de debatten over dure geneesmiddelen heeft dit ook steeds een grote rol gespeeld.

Mevrouw **Wind**: Even voor de duidelijkheid, met betrekking tot de concentratie pleit ik ervoor te kiezen voor de academische ziekenhuizen als het gaat om zeer specialistische, zeer ingewikkelde en zeer dure zorg. Vanuit de academische ziekenhuizen moet het proces worden doorgetrokken tot en met de huisartsen en de verpleegkundigen. Dat heeft niet zoveel te maken met de regionalisering. Kwaliteit van zorg is voor patiënten een primair belang en als ze wat verder moeten rijden voor dure zorg, is dat namelijk helemaal niet zo'n probleem, als de voor- en nazorg maar dicht bij huis is.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het gaat mij niet om de academische zorg en de concentratie, maar vooral om de andere vormen van zorg.

Mevrouw **Wind**: Die moet je juist niet los van elkaar zien. Het gaat om de keten van academische ziekenhuizen naar streekziekenhuizen naar eerstelijnszorg. Ik pleit ervoor daarin niet te knippen. Dan ontstaan er allemaal deelproblemen.

De rol van de NMa heeft wel met de regionale benadering te maken. Ik denk dat er vanuit de politiek de ruimte moet komen om onderlinge afspraken te kunnen maken en informatie te kunnen uitwisselen. Dat heeft natuurlijk niets te maken met afbakening van concurrentieposities, maar heeft te maken met kwaliteitsverhoging en kostenbewustzijn. Ik geloof dat mevrouw Gunning daarover het nodige heeft gezegd.

Mevrouw **De Vries**: Ik wil heel kort iets zeggen over dure medicijnen. Ik vind eigenlijk dat dit onderwerp niet thuishoort in deze discussie, maar als

het erin wordt meegesleept, wil ik er wel graag iets over zeggen. Menzis in het bijzonder heeft hierin een heel strikt standpunt. Ik kan me niet voorstellen dat men in umc's niet de dure medicijnen, die zijn geregistreerd voor een bepaalde indicatie, krijgt, als men daar volgens de richtlijnen recht op heeft.

Er is nog een spanningsveld, maar misschien wordt dit opgelost. 20% van de kankerpatiënten heeft bijvoorbeeld een zeldzame ziekte. Voor die zeldzame ziekten kan nooit een registratiedossier worden gemaakt, maar er kan wel heel goede evidentie uit de wetenschap aanwezig zijn, bijvoorbeeld op grond van de drie patiënten in Amerika die deze ziekte ook hebben gehad en die het op dat medicijn heel goed hebben gedaan. Als we met de zorgverzekeraar bespreken dat we de patiënt dit willen geven, zegt de zorgverzekeraar: dat hoort bij uw academische functie. Dan moeten we het dus zelf betalen. De zorgverzekeraar ziet hierin voor zichzelf geen taak. Mijn beroepsgroep heeft de afgelopen jaren een voor iedereen toegankelijk beleid gemaakt, waarin staat wanneer het wel of niet een indicatie is, voor zaken die niet zijn geregistreerd. Ik heb het gevoel dat het overleg met de verschillende partijen op dit moment zodanig gaat dat het binnenkort zal zijn opgelost. Als dat zo is, hebben we geen probleem en moeten we het ook niet naar elkaar uitspelen. In umc's waarin meer patiënten worden behandeld met zeldzame ziekten, zal het probleem dat mensen met zeldzame ziekten tussen de wal en het schip kunnen vallen, nog geprononcerder naar voren komen. Als de kosten daarvan allemaal op de umc's worden afgewenteld, denk ik niet dat de umc's het zullen trekken.

Mevrouw **Bolle**: Ik wil terugkomen op de vraag van de heer Van der Veen over de regionale samenwerkingsvorming. Uiteraard ben ik het eens met Wilna Wind dat we het als één continuüm moeten zien. Het sluit op elkaar aan. Ik denk echter dat de eerste lijn er met name uitspringt, omdat daarin zoveel losse eenheden van professionals zitten. Ik heb met de vorming van de keten-dbc meegemaakt dat het heel lastig is om organisatorisch iemand de regie te geven. Bij de inhoud van de zorg hebben we allemaal wel ideeën over de vraag wie de regie moet krijgen. Die hoort bij de professionals te liggen, bij degene die daarvoor bij uitstek het meest geschikt is. Dat kan afhankelijk zijn van de patiëntensituatie. Binnen het regionale regievraagstuk is de inrichting van de organisaties heel lastig. Alle partijen hebben toch hun eigen belangen. Daarom denk ik dat de zorgverzekeraar een belangrijke aanjaagrol moet vervullen.

De heer **Tollenaar**: Ik heb twee opmerkingen over de regiefunctie. Ik heb mij vanochtend laten uitleggen door een collega van mijn rechterbuurman, een strategisch beleidsadviseur van Achmea, dat er in Nederland in totaal 1 miljoen mensen zijn die 7000 verschillende aandoeningen hebben. Op het totaal aan premiebetalers heeft 20% regelmatig zorg nodig. We doen als professionals van alles op het gebied van praktijkvariatie, uitkomsten en concentratie van zorg, maar dit is een issue dat volgens mij nog onvoldoende in beeld is. Het is mij, als professional, niet helemaal duidelijk wie daarin de regie heeft. De NFU heeft hierin een belangrijke taak. We moeten hiervoor in ieder geval aandacht krijgen. Als we de hoogvolume zorg concentreren, houden we automatisch deze restgroep over en zoals de heer Mulder al zei, dat komt dan bij de NFU terecht.

Een ander issue heeft te maken met de regie op de concentratie van hoogvolume zorg of hoogcomplexe zorg, die toch in iedere regio wel aanwezig is. Daarbij lopen we ook tegen een probleem aan. Het woord NMa is hier al gevallen. In mijn eigen vakgebied betreft dit bijvoorbeeld operaties aan de alveesklier of aan de slokdarm en ingewikkelde gastro-intestinale exercities. Als wij de specialisatiegraad willen blijven aanbieden voor deze zorg, komt het erop neer dat we regionaal met de

huizen moeten samenwerken. We zullen ziekenhuisoverstijgende dienstgroepen in de regio's moeten maken. Ik merk dat iedereen bij de ontwikkeling van beleid op de achtergrond de schaduw van de NMa voelt. Mogen wij wel in de regio een groep dokters bij elkaar brengen, die de zorg als een team aanbiedt? Ik ben er ontzettend voor, vanwege de goede ervaringen die we in Nederland met netwerken hebben. Ik vind wel dat er vanuit de politiek duidelijkheid moet komen. Wij willen best competitie aangaan op allerlei gebieden, maar we moeten iets regelen voor de hoogcomplexere zorg, waarvoor er 24/7 topspecialistische deskundigheid beschikbaar is. Als de politiek vraagt wat ze met de regiefunctie moet, denk ik dat ze hier iets mee kan.

De heer **Gans**: Ik wil op de regionalisatie ingaan. Ik heb natuurlijk ervaring met de Oost-Groningse ziekenhuizen. We hebben het altijd over hoogvolume zorg, maar ik denk dat we ons heel goed moeten realiseren dat patiënten zelden met een diagnose in de hand bij een dokter komen. Er zullen altijd initiële diagnostiek en evaluatie moeten plaatsvinden. Ik ben ook opleider interne geneeskunde. Voor de regionalisatie wil ik een parallel trekken met de opleidingen. Alle internisten in Nederland zijn in staat om bij de meest voorkomende klinische presentaties en ziektebeelden de initiële diagnostiek en behandeling te doen. Wij leren hen vervolgens vooral de grenzen van hun competenties te kennen en te weten wanneer ze moeten doorverwijzen of collega's moeten raadplegen. We hebben het over het management in het ziekenhuis, maar het zijn volgens mij de professionals die netwerken opbouwen tussen disciplines en met andere disciplines. Onderling overleggen zij hoe patiëntenstromen lopen, zodat de patiënten ook die zorg krijgen die hun toekomt. Dan kan er vervolgens een probleem zijn met de bereikbaarheid en de afstanden. Ook daarin nemen de academische ziekenhuizen initiatief. Wij zoeken binnen de acute zorg naar methoden om patiënten op een veilige en kwalitatief hoogwaardige manier te verplaatsen tussen ziekenhuizen. Ik denk dat wij vooral bezig zijn met de inhoud. Ik ken meerdere disciplines binnen de interne geneeskunde die allemaal een netwerk hebben opgebouwd met hun lokale ziekenhuizen, waarbij er afspraken zijn gemaakt over wie wanneer en waar behandeld moet worden. Ook hierbij geldt hetzelfde principe: als het in een perifeer ziekenhuis kan, moet het ook vooral daar gebeuren. Als het echter nodig is om die expertise in te brengen, waarvoor vaak meerdere disciplines in een ziekenhuis nodig zijn, moet die er ook zijn.

Mevrouw **Gunning-Schepers**: Als we dit tot een goed einde willen brengen, is het belangrijk dat we voortborduren op wat zich al heeft ontwikkeld, in plaats van een enorme verandering in het stelsel aan te brengen. Ik denk dat het goed is ons te realiseren dat er al heel veel is bereikt. Een deel van die mechanismen is ook bruikbaar om op voort te borduren. Ik denk dat de wetenschappelijke verenigingen van de beroepsbeoefenaren heel belangrijk zijn geweest in het doen van klinisch onderzoek. Op grond daarvan weten we wat ongeveer de normen zijn voor volumeconcentratie, waarbij nog kwaliteit geboekt kan worden. Dat vlak namelijk na een zeker aantal af. Het is belangrijk dat we dit blijven doen, want het is nog steeds nog maar voor een beperkt aantal patiëntengroepen beschikbaar. Zij moeten de normen aangeven. Ik denk dat samenwerking op regionaal niveau kan voortbouwen op de netwerken die de afgelopen vijf à zes jaar heel succesvol zijn geweest, waaronder de eerder genoemde onderwijs- en opleidingsregio en de acute zorgregio. Het gaat altijd om een samenwerking tussen de professionals, die bij de patiëntengroepen zijn betrokken, en de ziekenhuizen, die ook de noodzakelijke investeringen moeten doen om die concentratie mogelijk te maken. Ik denk dat de NFU terecht de verantwoordelijkheid neemt voor de taakverdeling van de topreferente zorg. Daaraan zit natuurlijk ook een

onderzoeksc component vast, die vanuit de faculteit en de universiteit goed moet worden afgedekt. Ik denk dat de samenwerking met de CRAZ het ook mogelijk maakt een aantal realiseerbare criteria te benoemen, waarin de patiënteninbreng echt een belangrijke rol speelt. Met betrekking tot het algemeen belang pleit ik voor het volgende: laat de inspectie kritisch kijken en laat het parlement zichzelf geregeld de vraag stellen of wij in Nederland de zaak zo hebben geregeld dat wij voor onze samenleving «the best bang for the buck» krijgen.

De heer **Leerink**: Ik denk dat wij een stuk van die regionale regie kunnen voeren en ook zullen voeren. Daarmee zijn we op dit moment ook concreet bezig. In alle regio's waarin we een groot marktaandeel hebben, vullen we dit in.

Voor de academische zorg ben ik aanzienlijk bescheidener. Mijn buurman had het net over 7000 aandoeningen waaraan 1 miljoen Nederlanders lijden. Daarvoor zijn vaak heel bijzondere, gespecialiseerde behandelingen nodig. Ik heb niet die illusie dat ik dat allemaal even kan regelen. Ik hoop vooral dat de academische ziekenhuizen en de professionals in die ziekenhuizen dat met elkaar regelen. Volgens mij gebeurt dit ook al, op heel veel punten. Ik zou willen dat de wensen van de professionals hierin meer en beter worden gefaciliteerd door de ziekenhuisorganisaties eromheen, zodat het ook sneller en beter wordt geëffectueerd.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Voorzitter. Ik heb een vraag aan de heer Leerink. Hij spreekt hier namens de zorgverzekeraar Menzis, maar ik heb hem nog niet concreet horen zeggen wat de rol is van de zorgverzekeraars in de concentratie van zorg in brede zin. Wat kunnen de zorgverzekeraars doen? Wat gaan ze doen? Wat hebben ze van de overheid nodig, om dit goed te kunnen doen?

De **voorzitter**: U hebt ook nog een vraag van de VVD?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Mijn eigen vraag is al beantwoord.

De heer **Leerink**: Die vraag wil ik graag beantwoorden. De betaalbaarheid van de zorg en de premiestijging zijn vraagstukken die primair bij ons op het bordje liggen. Dat is niet alleen een macrovraagstuk, maar ook een vraagstuk waarmee onze klanten iedere dag te maken hebben. We merken aan de telefoon en in de correspondentie met klanten dat ze moeite hebben om het allemaal te betalen. Wij vinden die betaalbaarheid dus een belangrijke insteek. Concentratie van zorg moet een bijdrage leveren aan de betaalbaarheid. Als dat niet zo is of als we dat niet kunnen aantonen, zullen wij er in ieder geval minder energie in stoppen. Ik zie heel veel voorbeelden – ik heb het even niet over academische ziekenhuizen – bijvoorbeeld in de ggz of in de algemene ziekenhuizen, waarin specialisatie al leidt tot veel betere behandelingen en tot een snellere goede behandeling. Er is minder sprake van behandelingen die eigenlijk niet zo veel toevoegen. Dat is voor het totaal aan patiënten en voor de zorgverzekeraar en dus ook voor alle premiebetalers uiteindelijk veel goedkoper. Daarbij is concentratie en specialisatie van de behandeling een heel belangrijk punt. Wij moeten zorgen dat wij weten waar die «centers of excellence» zitten en zorgen dat onze patiënten daar terecht komen en niet ergens anders. Dat is soms ook vervelend, omdat we tegen klanten die toch ergens anders heengaan, moeten zeggen dat het dan niet wordt vergoed. Dat is het enige machtsmiddel of dwangmiddel dat wij hebben om dit daadwerkelijk te realiseren. Wij vinden dit een ingewikkeld vraagstuk. Het gaat om onze klanten, die ook premie betalen. Ik weet wel dat wij stappen zullen zetten om selectief in te kopen. We hebben dit al gedaan, maar we zullen het nog meer doen. We zullen niet meer overal behandelingen inkopen. Recent heb ik aan een aantal ziekenhuizen in onze

werkgebieden brieven gestuurd – dat hebben alle verzekeraars gedaan – waarin wij aan de hand van de heekundenormen stellen dat wij een aantal behandelingen volgend jaar niet meer bij hen zullen inkopen. Ik ga ervan uit – dat weet ik ook eigenlijk wel – dat de meeste chirurgen in de ziekenhuizen dit al lang aan het regelen zijn. Gelukkig maar, zeg ik dan. Dat betekent dat mijn machtsmiddel ook niet zoveel effect meer hoeft te hebben. Ik vind dat de normen die zijn gesteld door de wetenschappelijke verenigingen en die wij vervolgens kunnen afdwingen, ons heel erg kunnen helpen om de concentratie op een goede manier tot stand te brengen.

De heer **Tollenaar**: Deze normen zijn overigens nog wat anders dan richtlijnen, waarbij we vooral volgens de wetenschappelijke evidentie werken. Bij de normen zitten er ook bestuurlijke en misschien zelfs politieke keuzes. Het is op dit moment een belangrijk draaipunt, ook binnen de wetenschappelijke verenigingen, dat wij erover nadenken. Wij zien het probleem van de explosieve kostenstijging. Wij willen onze verantwoordelijkheid daarvoor nemen. Het kost wel even tijd om vanuit de wetenschap ineens die andere stappen te zetten. We hebben er echter een begin mee gemaakt en we gaan ermee door.

De heer **Leerink** zegt dat concentratie vooral tot kostenreductie moet leiden. Mijn insteek is dat het vooral tot kwaliteitsverbetering moet leiden. Gelukkig gaat deze vaak hand in hand met kostenreductie. Als er namelijk minder complicaties zijn, vallen de kosten ook lager uit. Als we de concentratie kwaliteitgestuurd willen inzetten, is het essentieel dat we de uitkomst kunnen meten. In de Nederlandse situatie zit daarin op dit moment een enorm deficit. Wij hebben een woud aan prestatie-indicatoren gecreëerd, waarbij we veel data hebben, die iets zeggen over processen en structuur, maar niet zoveel over uitkomsten. Ik denk dat we daarin een enorme slag kunnen maken. We hebben binnen een aantal beroepsverenigingen daarmee een begin gemaakt, waaronder mijn eigen vereniging. Voor het meten en het bewaken van uitkomsten en de kwaliteit is binnen de huidige financieringsstructuur geen ruimte. Ik denk dat we daar serieus naar moeten kijken. Ik denk ook dat we een enorme kostenbeperkende slag kunnen maken, als we als professionals tot enige regelgeving kunnen komen en tot uniforme verslaggeving, zodat we een uitstekende bronregistratie krijgen. Daarin kunnen overheid, zorgverkeeraars en professionals elkaar vinden. Bij deze doe ik daartoe een oproep.

De heer **Gans**: De heer **Leerink** praat over concentratie en vooral over volumeactiviteiten. Volgens hem leidt dit tot verbetering van de zorg. Dat suggereert dat de wereld stilstaat. Het is een heel reductionistische benadering van de patiëntenzorg. Bepaalde vormen van laagcomplexere chirurgie kunnen bij wijze van spreken heel goed in zbc's worden georganiseerd. Dat gaat prima. Echter, met de vergrijzing en de comorbiditeit is het een uitdaging om de hoogcomplexere zorg te kunnen bedienen. Dat zullen we maar ten dele kunnen doen door concentratie van zorg. Het idee erachter is namelijk dat we bepaalde stukken van een ziekenhuis weg kunnen zetten, maar dat kan juist niet, want we hebben de expertise uit alle disciplines nodig om de hoogcomplexere zorg te garanderen. We kunnen loopbanden maken, maar het is een vraag voor ons allen wie de patiënten, met name de oudere, kwetsbare, hoogcomplexere patiënten met comorbiditeit, die van die loopband afvallen, opraapt dat zij de zorg krijgen die hun toekomt. Dat is de uitdaging en daar wordt volgens mij doorlopend aan voorbij gegaan.

Mevrouw **Wind**: Ik ben het met de heer **Tollenaar** eens dat we behoefte hebben aan de resultaten van een behandeling. Voordat we het hele pakket aan meetinstrumenten vervangen door een nieuw pakket, wil ik het volgende zeggen: laten we er dan niet alleen een beoordeling van

specialisten van maken. Voor een patiënt is kwaliteit van zorg iets anders dan een geslaagde operatie. Het valt bij de heilkunde te prijzen dat ze zelf met normen komen. Ik hoop wel dat de specialisten ervan hebben geleerd dat ze het niet weer alleen doen.

De heer **Mulder**: Ik heb nog een opmerking over de dreigende discussie over de vraag wat er bovenaan staat: kwaliteit of doelmatigheid en betaalbaarheid. Zo loopt het niet bij professionals of bij verbeteringen in de zorg. Het begint bij de kwaliteit. We moeten leren vanuit de kwaliteit ervoor te zorgen dat het proces erachter goed en doelmatig is gestructureerd. Voor een deel van de zorg is dit best te plannen, voor een deel ook niet, maar we kunnen erin sturen. De hele logistiek in een ziekenhuis, zeker in onze centra, is terecht aan de orde. Ik geef toe dat het kwetsbaar is als we niet alle uitkomstindicatoren hebben, maar als we volop inzetten op de kwaliteit en de verbeteringen laten zien en tegelijkertijd zorgen dat de instelling goed is georganiseerd qua logistiek en op de werkvloer, zijn kwaliteit en doelmatigheid twee zijden van dezelfde medaille. Zo wordt het in huis ook beleefd. Ik heb zelf ervaring met Lean-projecten waarin we heel nadrukkelijk met mensen naar zorgpaden kijken. Hoe organiseren we de zorg? Dan zien we drie dingen: doelmatigheidsvergroting, kwaliteitsverbetering en tevreden patiënten. Dat is toch de lijn die we moeten volgen. Die lijn is niet gebaat bij opmerkingen als: er moet hier bezuinigd worden, of het is niet betaalbaar. Het gaat erom dat we betere zorg realiseren. Als dit lukt, is het ook voor de verzekeraar acceptabele zorg om te contracteren. Ik zie dat veel umc's deze lijn volgen. Ik denk dat dit heel goed is. Zo brengen we de kwaliteitsverbetering verder. Er wordt gezegd dat we nog niet ver zijn en dat we nog veel meer moeten innoveren, maar het landschap in de medische zorg is in tien jaar met een indrukwekkend tempo veranderd. We moeten een zeker realisme hebben. Niet alles kan morgen worden geregeld. We moeten ook beseffen dat er al heel veel op de rails staat en dat we internationaal uitstekend scoren op de kwaliteit en de doelmatigheid van ons stelsel.

De heer **Tollenaar**: Allereerst heb ik misschien een geruststelling: de tweede set normen van de heilkunde gaat deze maand naar de patiëntenverenigingen. We doen het heel graag samen en we realiseren ons heel goed dat uitkomsten die door de patiënt zijn gerapporteerd, nevenstaand zijn en minstens zo belangrijk zijn als wat de dokters rapporteren. Het is heel duidelijk in de toekomst een kwestie van teamwork. Dan kom ik nog even terug op de multimobiliteitsdiscussie. Onze populatie wordt inderdaad steeds complexer en heeft meer ziekten. Ik denk overigens dat we daarin ook een slag kunnen maken. Ook daarin zal een bepaald patroon te herkennen zijn. Juist op dat gebied moeten de academische huizen en de professionals in de toekomst innoveren. Het is gewoon niet inpasbaar dat straks alle patiënten die een aandoening hebben naast hun heupfractuur, in een academisch huis worden behandeld. Het zal de richting opgaan van toegesneden deskundigheid in die ziekenhuizen die deze zorg verlenen.

Mevrouw **De Vries**: Het is misschien toch goed te realiseren dat er in principe geen structuur is om kwaliteitsanalyses te doen. Daarvoor zijn er geen financiën. Het feit dat er over chirurgische processen het een en ander bekend is, komt ook in belangrijke mate omdat het, als een vrijwilliger iets wil analyseren, het gemakkelijkst is om iets te analyseren wat zich voltrekt in een dag. Een operatie duurt meestal niet meer dan een dag. Er zijn echter veel meer dingen waarvoor we mensen in Nederland behandelen. Er zijn behandelingen die jaren duren. We zien wel dat er nu een proces op gang komt. Als de zorgverzekeraar en de overheid graag willen weten hoe het staat met de zorg in Nederland, zullen we echt moeten nadenken over het regelen van financiering om dit te analyseren.

Ik denk ook dat we het moeten willen weten. We moeten reële parameters hebben en we moeten niet alles registreren, anders wordt dat een doel op zich. Het is goed ons te realiseren dat we van een aantal dingen iets afweten, maar het is ook heel belangrijk ons te realiseren dat we van de meeste dingen helemaal niks afweten. We springen bovenop hetgeen we nu al weten, maar we maken ons minder druk over alles wat we niet weten, terwijl dat een groter deel van de zorg is. We hebben daar geen idee van op dit moment.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik was bang dat ik de heer Leerink niet goed heb begrepen, maar uit de reacties van de overige aanwezigen begrijp ik dat ik hem wel goed heb begrepen. Ik maak me dus ernstig zorgen maken over zijn opmerking dat de verzekeraar minder energie zal steken in het inkopen van zorg, als de betaalbaarheid niet ten positieve wordt gekeerd. Ik maak hieruit op dat de kosten boven de kwaliteit gaan, zoals de heer Tollenaar ook al aangaf. Dat lijkt me niet een goede insteek.

De heer **Leerink**: Ik weet dat ik hier niet een populair standpunt verkondig, maar één ding is zeker: in de Tweede Kamer en in de samenleving is de betaalbaarheid van de zorg een groot issue. Bijna niemand is bereid op te staan en te zeggen: ik ga er wat aan doen. Ik vind dat die betaalbaarheid wel gegarandeerd moet worden. Ik vind dat bij iedereen in de zorg, de zorgverzekeraars, de patiëntenorganisaties, de professionals en de ziekenhuizen, de verantwoordelijkheid ligt om te zorgen dat de betaalbaarheid beter wordt. Het kan beter en dat weet iedereen. Er is geen professional die vindt dat het niet beter kan.

Als wij iets doen, taken verschuiven enzovoorts, wil ik ook afspraken maken waarvan de premiebetaler beter wordt. Natuurlijk is het mooi dat de zorg er beter van wordt. Als de zorg beter wordt, leidt dat heel vaak tot betere resultaten voor het totaal van de kosten, dus niet voor de individuele ingreep. Het leidt tot lagere kosten. Ik vind wel dat het mijn verantwoordelijkheid is, namens mijn 2,1 miljoen klanten, om er op te letten of dit echt wordt gerealiseerd. Wij geven in Nederland ruim 3 mld. uit aan de zorg in academische ziekenhuizen. Deze ziekenhuizen zijn de rijkste instellingen die we in Nederland hebben. Ik vind niet dat het een enorm probleem is om over betaalbaarheid te praten. Ik vind het een belangrijk onderwerp, waarover professionals moeten nadenken als ze bezig zijn met herschikken.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Het aardige is dat een heleboel vragen van ons worden beantwoord, als u allemaal op elkaar reageert. Ik heb nog twee vragen. We praten steeds over concentratie van zorg, maar bij academische ziekenhuizen denken we natuurlijk ook aan wetenschappelijk onderzoek. Hoe gaat dat met die regie? Wat is er eerst bij een concentratie van zorg, het wetenschappelijk onderzoek of de zorg? Ik heb nog niet gehoord hoe de ziekenhuizen omgaan met die combinatie. Bij concentratie van zorg kan ik me, simpel gezegd, voorstellen dat mensen eerst naar een academisch ziekenhuis moeten en daar wel of geen zorg krijgen. Daarna moeten ze weer terug naar hun eigen regio en krijgen daar vervolgens eventueel nazorg. Voor de topklinische zorg moeten ze dus misschien wel een eind reizen, maar voor de andere typen zorg kunnen ze meer in de buurt terecht. Dat is dan de bereikbaarheid. Hoe zit het met de afstemming met de lokale specialisten of met de eerstelijnszorg? Het lijkt me reuze belangrijk dat we bij concentratie er wel voor zorgen dat ook de nazorg in het hele traject goed is geregeld.

De heer **Mulder**: We hebben er wel een zekere ervaring in, omdat veel patiënten in bepaalde fasen van de diagnostiek of de behandeling naar een academisch centrum moeten en daardoor ook een reisafstand moeten overbruggen. Ze raken eigenlijk weg van hun eigen zorgcontext en

bevinden zich tijdelijk onder de hoede van een umc. 50% van de patiënten in mijn eigen instelling komt niet uit de regio. Zo geconcentreerd is er al op de topreferentie. Het is heel belangrijk dat er voortdurend overdracht plaatsvindt en dat het umc alleen maar datgene doet, waartoe het op dat moment is geëigend. De patiënt moet zo snel mogelijk worden gefaciliteerd om de behandeling in het ziekenhuis in de betrokken regio of bij de huisarts te kunnen voortzetten. Daarop moeten we heel erg letten. De academische ziekenhuizen zouden helemaal vollopen, als er op een onderdeel iets wordt gevraagd en dit vervolgens impliceert dat de hele behandeling er moet plaatsvinden. Dit is ook helemaal niet geïndiceerd vanuit kwaliteit. Uit het oogpunt van kwaliteit is het vaak op onderdelen zelfs beter dat die nazorg gewoon in de eigen regio plaatsvindt. Ik denk dat mevrouw Smilde terecht zegt dat die concentratietaakverdeling nog verder verscherpt moet worden. Het moet een aandachtspunt blijven. Mevrouw Smilde vraagt hoe het zit met het wetenschappelijk onderzoek. Er wordt vooral over patiëntenzorg gepraat. Kenmerkend aan umc's is dat onderzoek wordt gekoppeld aan patiëntengroepen. Dat is het wezenskenmerk van een umc om effectief te zijn. Vraagstellingen vanuit de patiëntenzorg gaan naar het wetenschappelijk onderzoek en oplossingen van het wetenschappelijk onderzoek worden geïmplementeerd in de patiëntenzorg. We moeten portfolio's maken en kiezen wat we wel onderzoeken en wat we niet onderzoeken. In onze wetenschappelijke sturing formuleren we dus zwaartepunten, die herkenbaar zijn in de patiëntencategorieën waarvoor we landelijk referentie nemen. Ik geef een voorbeeld: wij doen veel op neurowetenschappelijk gebied en dat is terug te zien in ons patiëntenprofiel. Denk aan ziekten als Alzheimer, MS en Parkinson. Wij doen dat niet alleen in Nederland, wij doen dit met een aantal umc's die daarop ook een profiel hebben. Ook landelijk zien we dus een soort taakverdelings- en concentratieprofiel, dat natuurlijk moet worden waargemaakt in de markt van onderzoekssubsidies waarop we elkaar nationaal en internationaal op kwaliteit beconcurreren. Zo werkt het systeem nu ongeveer.

Mevrouw **Wind**: Het eerste deel van de vraag raakt mijn pleidooi om niet alleen naar de academische ziekenhuizen te kijken, maar juist vanuit het patiëntenperspectief te kijken naar de voor- en nazorg dicht bij huis. Doe alleen in de academische ziekenhuizen wat echt moet. Anders stromen ze vol en dat is in niemands belang. Daarbij hoort de financieringssysteematiek. Als iemand bij zijn huisarts komt, wordt doorverwezen naar een zelfstandig behandelcentrum, daar een diagnose krijgt en later naar een academisch ziekenhuis gaat, betalen we, als dit ziekenhuis de hele behandeling overdoet, twee keer. We kennen het probleem allemaal. Doe er wat aan, want ik ga niet kiezen tussen kwaliteit en kosten. Het beheersen van de kosten is ook in het belang van de patiënt en is een voorwaarde voor de houdbaarheid van een solidair stelsel. De politiek moet hier iets mee.

De heer **Gans**: Ik wil me aansluiten bij de heer Mulder en een voorbeeld noemen. Wij hebben een groot niertransplantatiecentrum en doen gemiddeld 140 niertransplantaties per jaar. Wij hebben een netwerk gecreëerd. Alle nefrologen in Noordoost-Nederland maken deel uit van dat netwerk. We hebben met de dokters afspraken gemaakt over de nacontroles van de patiënten. Via een soort eHealth kunnen ze toegang krijgen tot ons ziekenhuissysteem, ook als er actuele problemen zijn met een patiënt, die bijvoorbeeld in Enschede is. Ze kunnen dan in onze systemen kijken en met de dokters overleggen. Ik denk dat er een heel goede afstemming is over dit soort activiteiten. Dat is voor te stellen voor meerdere systemen. Tegelijkertijd is het boeiend dat deze mensen allemaal bij ons in een database zitten – dat is de koppeling naar het onderzoek – en worden gebenchmarkt. Wij kijken naar onze uitkomsten

van niertransplantaties. We rapporteren deze en benchmarken ze naar andere regio's van academische ziekenhuizen. Wij kunnen kijken of wij de richtlijnen voor hypertensiebehandeling of suikerziektebehandeling volgen. Op die manier kunnen we ook de kwaliteit van de zorg monitoren. Als we de patiënt op het moment dat het kan weer naar buiten sturen, is het essentieel dat we dit op een uniforme wijze opvolgen. Dat doen we ook, om vervolgens de data beschikbaar te krijgen voor het onderzoek dat nodig is en om onze protocollen weer bij te stellen.

De heer **Peeters**: Ik kan me alleen maar aansluiten bij de heer Gans en de heer Mulder. Het doet me goed dat we het even echt hebben over de topreferente zorg. Dat is niet alleen complexe zorg. De academische centra hebben een taak om deze beschikbaar te houden voor Nederland. Dat hoeft niet op elke plaats precies hetzelfde te zijn, hoewel het soms lastig is. De patiënt komt inderdaad niet binnen met op zijn voorhoofd geschreven: ik heb multiple sclerose. De patiënt heeft een klacht. Naast de complexe patiëntenzorg is de ontwikkeling in de zorg, de innovatiefunctie, een ongelooflijk belangrijke taak van een umc. Dat moeten we ons wel realiseren. Dat vergt een enorme infrastructuur op het gebied van onderzoek, van basaal tot en met toegepast onderzoek. Dat vraagt ook om concentratie en het efficiënter inzetten van de middelen. Het is de taak van de NFU om daaraan invulling te geven. Het onderzoek gaat steeds meer in de richting van niet alleen betere diagnostiek bedrijven, maar vooral ook eerdere diagnostiek bedrijven. Om het populair te zeggen: het gaat niet alleen om mensen beter maken, maar ook om gezondere mensen te houden. Dat is een belangrijk onderdeel van de taak van de umc's.

Mevrouw **De Vries**: Het is natuurlijk heel mooi om als bestuur van een umc te beslissen waarnaar onderzoek wordt gedaan. Ik denk dat het belangrijk is te realiseren dat medisch specialisten in de umc's veel minder verdienen dan hun collega's in de regio. De hoeveelheid tijd die men aan patiëntenzorg besteedt, neemt steeds verder toe. De meeste mensen in de umc's zien onderzoek als iets wat ze 's avonds of in het weekend doen. Er zitten gelukkig heel veel idioot gedreven mensen in de umc's. Ik ben er niet zeker van dat mensen die nu in hun opleiding al gewend zijn om op nette tijden te werken, dit automatisch zullen meenemen. We zien een internationale beweging dat er minder mensen in academische centra willen blijven werken, gewoon vanwege de werkdruk die ze daarin ervaren. In een doorsnee ziekenhuis wordt men afgerekend op hoe men zijn patiëntenzorg doet. Er zijn nog een paar parameters waarvoor men in een umc wordt mee gemeten. Het is, denk ik, de realiteit dat het op dit moment in de umc's voor allerlei vakgebieden moeilijk is om de staf adequaat in te vullen. Dit moeten we meewegen. Velen geloven erin dat we het alleen goed doen in een umc. We moeten ons echter realiseren dat het voor de toekomst niet automatisch is gegarandeerd dat er niet alleen sprake is van routinematige patiëntenzorg, maar dat men ook tot momenten van reflectie kan komen waarin men zich afvraagt hoe goed men het doet.

De **voorzitter**: Dank u wel. Dan is dit de afsluiting van ons rondetafelgesprek over academische zorg, concentratie en spreiding. Ik bedank u allen van harte voor uw tijd. Mogen we uw position paper rondsturen aan de overige deelnemers? Ik zie u allen knikken. Er wordt een woordelijk verslag gemaakt, dat u krijgt toegestuurd via e-mail.

Sluiting 12.59 uur.