

Vergaderjaar 2014–2015

33 278

Interdepartementaal Beleidsonderzoek: Universitair Medische Centra (UMC's)

Nr. 5

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 27 januari 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap over de brief van 11 juli 2014 over de Positioneringsnota universitair medische centra (umc's) en kabinetsreactie op het Interdepartementaal Beleidsonderzoek: Universitair Medische Centra (UMC's) (Kamerstuk 33 278, nr. 4).

De vragen en opmerkingen zijn op 26 september 2014 aan de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap voorgelegd. Bij brief van 26 januari 2015 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

Inhoudsopgave	blz.
I. Vragen en opmerkingen van de fracties	2
1. Algemeen	2
2. De positie van de umc's in het stelsel	2
3. De topreferente functie en transparantie	4
4. Taakverdeling en concentratie	6
5. Innovatie, valorisatie en economische impact	7
6. Onderwijs, opleiding en nascholing van professionals	7
II. Reactie van de Ministers van VWS en van OCW	8

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

1. Algemeen

De leden van de **VVD-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van de positioneringsnota betreffende de umc's en hebben daarover enkele vragen.

De leden van de **PvdA-fractie** hebben met interesse kennisgenomen van de positioneringsnota universitair medische centra. Zij vinden vooral de visie van het kabinet op de taakverdeling van het leveren van zorg tussen umc's en algemene ziekenhuizen van belang; hierover stellen zij verderop in hun inbreng een aantal vragen.

De leden van de **SP-fractie** hebben met gemengde gevoelens kennisgenomen van de positioneringsnota van de universitair medische centra en van de kabinetsreactie op het Interdepartementaal Beleidsonderzoek: Universitair Medische Centra (UMC's). Deze leden zijn geen voorstander van marktwerking in de zorg. Het betalen per verrichting heeft volgens genoemde leden een oprijvende werking op het aantal behandelingen en daarmee een negatieve invloed op de ontwikkeling van de totale zorgkosten. De leden van de SP-fractie betreuren het dat in de umc's met de DOT-systematiek (= DBC's op weg naar transparantie) gewerkt wordt evenals zij dat betreuren in ieder ander ziekenhuis. De voorliggende nota die de knip tussen door middel van DOT-systematiek gefinancierde zorg en de drie bijzondere functies van umc's omschrijft, is wat deze leden betreft een van de vele voorbeelden van bureaucratie en onduidelijkheid waartoe marktwerking in de zorg leidt.

De leden van de **CDA-fractie** maken graag van de mogelijkheid gebruik schriftelijke vragen te stellen over de positioneringsnota umc's. Deze leden zijn positief gestemd over deze positioneringsnota; de situatie in het zorglandschap in 2014 is immers anders dan die in 2006.

De leden van de **D66-fractie** hebben met interesse kennisgenomen van de positioneringsnota universitair medische centra. Deze leden delen met het kabinet de conclusie dat Nederland trots kan zijn op de umc's die een unieke combinatie zijn van onderwijs, wetenschappelijk onderzoek en topreferente patiëntenzorg.

2. De positie van de umc's in het stelsel

De leden van de **PvdA-fractie** delen de conclusie dat men trots kan zijn op de werkzaamheden en prestaties van de umc's. Deze leden streven ernaar om de unieke positie die de Nederlandse umc's wereldwijd bekleden op het gebied van (topreferente) zorg, onderzoek en onderwijs uit te bouwen. Tot hoever reikt de ambitie van het kabinet? Welke doelen

heeft het kabinet zich gesteld voor de internationale concurrentiepositie van de Nederlandse umc's? En op welke wijze draagt de uit het Citrienfonds beschikbare € 25 miljoen hieraan bij? Hoe wordt de Kamer de komende vijf jaar op de hoogte gehouden van de verbeteringen die voortkomen uit het Citrienfonds en de prestaties van de umc's in het algemeen, ook internationaal bezien? Kan het kabinet toelichten waarom thema's als samenwerking, patiëntveiligheid en e-health voor de umc's een bijdrage vanuit het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) behoeven? Heeft deze bijdrage alleen betrekking op topreferente zorg, wetenschappelijk onderzoek en onderwijs, of ook op basiszorg zoals algemene ziekenhuizen deze leveren? Waarom is de bijdrage vanuit het Citrienfonds nodig naast de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg? De leden van de PvdA-fractie merken op dat circa 60% van door umc's geleverde zorg ook in algemene ziekenhuizen kan worden geleverd omdat deze zorg niet valt onder de ROBIJN-labels (= Rijks Overheids Bijdrage IJverig Nageplozen). Deze leden zijn benieuwd naar de visie van het kabinet op basiszorg in umc's. Het lijkt genoemde leden goed te herijken waar in de toekomst welk type zorg wordt geleverd. Dat gaat wat deze leden betreft verder dan alleen de zorg die in de toekomst geleverd wordt door umc's. Ook algemene ziekenhuizen en eerstelijnszorg dienen hierbij betrokken te worden. Kan het kabinet met een visie komen? Welke criteria heeft het kabinet in de toekomst voor ogen om te bepalen waar de zorg het beste geleverd kan worden? In hoeverre zet het kabinet hierbij in op zowel kwaliteit, betaalbaarheid en belangen van de patiënt en hoe gaat het hierop sturen? In hoeverre zet het kabinet in op substitutie van basiszorg vanuit de umc's naar algemene ziekenhuizen en/of huisartsen? Acht het kabinet deze beweging wenselijk en hoe zet het in op ketenbenedering tussen umc's, algemene ziekenhuizen en de eerste lijn? In hoeverre houdt het kabinet er in zijn visie rekening mee dat het leveren van basiszorg voor sommige umc's noodzakelijk is om overeind te blijven? Om welke umc's gaat het? Acht het kabinet een nieuw samenwerkingsmodel voor umc's onderling, maar ook met algemene ziekenhuizen en de eerstelijnszorg, in de toekomst op zijn plaats? Zo nee, waarom niet? Zo ja, wie neemt de regie?

Genoemde leden zijn verheugd dat het Nederlandse wetenschapsstelsel zeer goed presteert en dat de umc's circa 40% van de Nederlandse wetenschappelijke publicaties voor hun rekening nemen. Zij zijn benieuwd welk percentage van deze publicaties binnen vijf jaar haar weg vindt naar de praktijk in de vorm van zorgvernieuwing en valorisatie. Kan het kabinet hier inzicht in geven? Welke implementatie-ambities heeft het kabinet? Vindt het kabinet evenals de leden van de PvdA-fractie dat umc's zich bij uitstek lenen voor implementatie van wetenschappelijke kennis, aangezien binnen umc's de gehele weg van fundamentele verkenning naar patiëntgebonden onderzoek en klinische toepassing kan worden bewandeld? Hoe zet het kabinet samen met de umc's in op maximale praktijkbenutting van wetenschappelijk onderzoek?

De leden van de **SP-fractie** juichen het toe dat de drie bijzondere functies van de umc's: topreferente patiëntenzorg, wetenschappelijk onderzoek en onderwijs, niet ook onderworpen zijn aan de DOT-systematiek. Zoals gezegd zouden genoemde leden er in zijn geheel voor pleiten niet met deze financieringswijze te werken aangezien die bureaucratie, onduidelijkheid, fraude en kostenopdrijving in de hand werkt. Deze leden betreuren het dat de umc's evenals de overige ziekenhuizen steeds grotere risico's lopen en ook verantwoordelijk zijn voor de eigen kapitaal-lasten. Volgens de leden van de SP-fractie zou de overheid garant dienen te staan voor het vastgoed van ziekenhuizen, zodat de risico's evenals de kapitaallasten laag zijn en zo min mogelijk vreemd vermogen aange-trokken hoeft te worden met alle nadelige financiële gevolgen van dien, zoals het betalen van onnodig hoge rentes aan geldschieters. Deze leden

kunnen zich vinden in het inrichten van het Citrienfonds om projecten uit te voeren die moeten leiden tot behoud van goede zorg of de verbetering ervan.

De leden van de **CDA-fractie** merken op dat umc's ook een publieke taak hebben. Genoemde leden vragen dan ook of het kabinet het tegelijkertijd uitoefenen en de onderlinge verwevenheid van de drie bijzondere functies, topreferente patiëntenzorg, wetenschappelijk onderzoek en onderwijs, nog steeds ziet als de publieke taak van de umc's, namelijk dat wat hen onderscheidt van andere algemene ziekenhuizen en daarmee ook om een aparte financiering vraagt.

Deze leden vragen of het kabinet kan aangeven waarin de positioneringsnota van 2014 verschilt ten opzichte van de eerdere nota uit 2006, in het bijzonder waar het gaat om het duurzaam borgen van de publieke taak van de umc's.

De leden van de **D66-fractie** hechten grote waarde aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg en het inzicht daarin voor patiënten. Deze leden lezen dat ten bate daarvan in lijn met het hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg het Citrienfonds is opgericht, waarvoor de komende vijf jaar € 25 miljoen beschikbaar is. Genoemde leden vragen het kabinet of het niet beter is de kwaliteitsagenda een meer structureel karakter te geven. Zij vragen of het kabinet wil onderzoeken of de academische component daarin een rol kan spelen.

3. De topreferente functie en transparantie

De leden van de **VVD-fractie** constateren dat in de nota wordt gesproken over de trajecten die gestart zijn met betrekking tot transparantie over de besteding van publieke middelen en het doelmatig uitvoeren van de taken van de umc's. Een mogelijke uitkomst is dat er verschuiving in budgetten plaatsvindt tussen de umc's. Genoemde leden hebben wel vragen met betrekking tot de mogelijke uitkomst. Zou het onderzoek ook als uitkomst kunnen hebben dat het budget verkleind wordt of dat er bijvoorbeeld een substitutie plaatsvindt van (een deel van) het budget van de umc's naar algemene ziekenhuizen en of andere zorgaanbieders?

Het komt voor dat umc's niet academische ziekenhuizen overnemen; is het mogelijk dat de academische component wordt gebruikt ter financiering van dit soort overnames? Of kan het zo zijn dat een academische component wordt gebruikt voor de exploitatie?

De leden van de **PvdA-fractie** vinden het innovatief om met het TopZorg programma te bezien in hoeverre klinisch wetenschappelijk onderzoek bij enkele niet-umc's in aanmerking komt voor bijzondere financiering vanuit de overheid, maar zij hebben hierbij nog wel enkele vragen. Het programma loopt tot 2018 en dan volgt een besluit. Deze leden vragen of er tussentijds al relevante resultaten worden verwacht en of deze met de Kamer gedeeld worden. In hoeverre heeft het kabinet het idee dat innovatie momenteel belemmerd wordt omdat niet-umc's geen adequate financiering kunnen krijgen voor onderzoek en zorgvernieuwing? Worden er momenteel kansen voor zorgvernieuwing onbenut gelaten omdat niet-umc's geen onderzoek kunnen verrichten omdat financiering ontbreekt? Indien de resultaten van het TopZorg programma het kabinet aanleiding geven om ook niet-umc's bijzondere financiering vanuit de overheid te verschaffen voor onderzoek, wat houdt dit concreet in voor de mogelijke winstuitkering voor deze niet-umc's, bijvoorbeeld de algemene ziekenhuizen? Hoe duidt het kabinet in dat geval de mogelijke frictie tussen extra publieke middelen en winstuitkering aan particuliere investeerders? Wat betreft topinkomens in de zorg vragen de leden van de PvdA-fractie welke waarborgen het kabinet stelt om ervoor te zorgen dat

eventuele bijzondere financiering voor onderzoek (voortkomend uit TopZorg) ten goede komt aan inkomens van medisch specialisten in algemene ziekenhuizen.

Daarnaast zijn genoemde leden blij met de voortvarendheid van het ROBIJN-project, waardoor er inzicht komt in de prestaties en kosten van umc's en de kostenonderbouwing van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg. Zij vragen in hoeverre de ROBIJN-labels rekening houden met zorg die doelmatig in algemene ziekenhuizen kan worden verleend. Wanneer zijn de negen ROBIJN-labels gevalideerd en wanneer volgt een besluit over welk deel van de topreferente zorg bekostigd kan worden door middel van prestatiebekostiging en voor welk deel een beschikbaarheidsbijdrage benodigd blijft? Ook vragen deze leden in hoeverre het ROBIJN-project de kosten van umc's in dezelfde mate transparant maakt als bij reguliere ziekenhuizen het geval is. In hoeverre verwacht het kabinet tevreden te zijn over de behaalde mate van kostentransparantie van umc's?

De leden van de **SP-fractie** beamen dat er nog altijd aanleiding is voor specifieke financiering vanuit de overheid voor de bijzondere functies van de umc's. Genoemde leden zijn uiteraard ook voor een doelmatige besteding van publieke middelen. Of dat dit echter bereikt kan worden op de voorgestelde wijze, het introduceren van «prikfels» en de openstelling van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg aan andere aanbieders, dat betwijfelen deze leden. Welke prikfels heeft het kabinet hier voor ogen en hoe draagt dit bij aan de doelmatige besteding van publiek geld? Om te voorkomen dat andere, wellicht ook private, partijen aanspraak maken op dit publieke geld, juichen de leden van de SP-fractie het toe dat vooralsnog geen andere zorgaanbieders toegelaten worden. Wel maken deze leden zich zorgen over mogelijke ontwikkelingen op dit vlak en zij vragen het kabinet met een visie hierop te komen. Volgens genoemde leden zou de topreferente functie zich moeten concentreren bij de umc's. De leden van de SP-fractie staan dan ook negatief tegenover het TopZorg programma waarbij onder andere het St. Antonius in Nieuwegein en het Oogziekenhuis de komende jaren € 30 miljoen beschikbaar krijgen voor klinisch wetenschappelijk onderzoek. Bovendien vragen genoemde leden waarom voor dit programma gekozen is voor uitgerekend deze ziekenhuizen. Kan dit nader worden toegelicht? Dat er door middel van het programma ROBIJN gepoogd wordt meer inzicht te verkrijgen in de kosten en opbrengsten van de publieke taken van umc's vinden deze leden zinvol. Wel willen zij waarschuwen dat het verkrijgen van dit inzicht niet mag doorslaan in meer regeldruk, bureaucratie en minder tijd voor onderzoek en zorg. Hoe gaat het kabinet hiervoor zorg dragen, zo vragen deze leden.

De leden van de **CDA-fractie** vragen of het kabinet kan aangeven welke criteria ten grondslag hebben gelegen aan de selectie van ziekenhuizen die deel mogen nemen aan het TopZorg programma. Waarom kiest het kabinet in plaats van TopZorg niet voor een samenwerkingsmodel tussen umc's en algemene ziekenhuizen, waarbij algemene ziekenhuizen gebruik kunnen maken van de kennisinfrastructuur van umc's, zo vragen deze leden. Het kabinet is voorstander van concentratie van de zorg. Ook samenwerking op het gebied van onderzoek en vooral de onderzoekinfrastructuur is van groot belang omdat de middelen schaarser worden en de kosten hoger. Met het experiment op het vlak van TopZorg lijkt het kabinet echter zowel de middelen voor bijzondere zorg als die voor onderzoek over meer aanbieders te verdelen en daarmee te versnipperen. De leden van de CDA-fractie vragen of het kabinet kan uitleggen hoe de experimenten op het gebied van TopZorg zich verhouden tot zijn oproep om meer concentratie in de zorg.

De leden van de **D66-fractie** stellen vast dat bij het hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg 2014–2017 is afgesproken dat de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg gedurende de huidige kabinetsperiode niet wordt opengesteld aan andere zorgaanbieders. Deze leden vragen het kabinet of het daarmee de deur naar deze openstelling definitief tracht dicht te gooien of dat het hier op een later moment wel mogelijkheden voor ziet.

De leden van de **D66-fractie** constateren dat het kabinet bij ZonMw het TopZorg programma is gestart, waarin wordt onderzocht in hoeverre de combinatie van specifieke vormen van zorg met voornamelijk klinisch wetenschappelijk onderzoek bij enkele niet-umc's in aanmerking komt voor bijzondere financiering. Deze leden vragen het kabinet op basis van welke criteria de aangewezen ziekenhuizen zijn geselecteerd. En op welke wijze wordt bepaald of het TopZorg programma geslaagd is? Heeft het kabinet ook een samenwerkingsmodel tussen umc's en algemene ziekenhuizen overwogen in plaats van het TopZorg programma? Zo ja, waarom is uiteindelijk voor het TopZorg programma gekozen? Genoemde leden vragen ook hoe de experimenten op het gebied van TopZorg zich verhouden tot de tendens naar meer concentratie in de zorg.

De leden van de **D66-fractie** lezen met veel interesse dat het **ROBIJN**-programma, dat als doel heeft het transparant maken van kosten en opbrengsten van de publieke taken van de umc's en het scherper definiëren van de publieke taken en de topreferente functie, concrete resultaten begint op te leveren. Deze leden vragen wel wanneer definitief helder wordt wat de topreferente functie inhoudt en wat deze kost, zodat bepaald kan worden welk gedeelte door middel van prestatiebekostiging gefinancierd kan worden en wat via de beschikbaarheidsbijdrage bekostigd moet blijven. Wanneer wil het kabinet beslissen over de nieuwe verdeling van de budgetten en het daaraan gekoppelde transitierégime?

De leden van de **D66-fractie** constateren dat volgens de laatste analyse van de umc's ongeveer 40% van de door hen geleverde zorg topreferent is. Deze leden vragen of daaruit af te leiden is dat zo'n 60% van de door umc's geleverde zorg ook door algemene ziekenhuizen kan worden verricht. Deze leden vragen of indien dat juist is er kostenbesparingen mogelijk zijn door substitutie van bepaalde vormen van curatieve zorg van umc's naar algemene ziekenhuizen.

4. Taakverdeling en concentratie

De leden van de **PvdA-fractie** vinden het noodzakelijk dat umc's op nationaal niveau hard werken aan afstemming van zorg, onderzoek en onderwijs. Vindt het kabinet dat er op dit moment voldoende samenwerking is tussen umc's? Acht het kabinet het denkbaar dat er in de nabije toekomst wachtlijsten ontstaan omdat zeer specialistische zorg te geconcentreerd is georganiseerd en samenwerking en kennisdeling onvoldoende van de grond komt waardoor de benodigde zorg voor de wachtende patiënten niet kan worden overgenomen door een ander umc? Welke rol heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en op basis waarvan beoordeelt zij de samenwerking tussen umc's? In hoeverre wordt nationale samenwerking belemmerd omdat umc's op bepaalde gebieden ook concurreren om financiële middelen, bijvoorbeeld met betrekking tot het onderzoeksbudget van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) en Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen (ZonMw)?

Genoemde leden vinden samenwerking op het gebied van zeldzame ziekten van groot belang omdat het vaak gaat om zeer kleine aantallen patiënten, waardoor het moeilijk is om de effectiviteit van behandelingen vast te stellen en expertise op te bouwen. Zij wijzen hierbij niet alleen op de nationale samenwerking zoals beschreven in het Nationaal Plan Zeldzame Ziekten, maar ook op de internationale samenwerking. Hoe

wordt de Kamer op de hoogte gesteld van de voortgang van het Nationaal Plan Zeldzame Ziekten? En hoe beoordeelt het kabinet de samenwerking van umc's met internationale academische ziekenhuizen op het gebied van behandelingen voor zeldzame ziekten? Kan het kabinet hier enkele voorbeelden van geven?

Het kabinet stipt aan dat samenwerking tussen umc's en zorgaanbieders in de regio op het gebied van onderwijs en opleiding bijna overal goed functioneert. Kan het kabinet aangeven waar de samenwerking niet naar wens verloopt, op welke aspecten dit betrekking heeft en welke activiteiten er worden ondernomen om alle studenten van umc's in aanraking te laten komen met het gebruikelijke aanbod van patiënten?

De leden van de **SP-fractie** delen de mening niet dat concentratie per definitie leidt tot de versterking van innovatie en verbetering van zorg. Genoemde leden onderstrepen dan ook dat het van belang is dat de zorg en het onderzoek ook overgenomen dienen te kunnen worden door een ander umc wanneer de situatie daarom vraagt. Wel vragen deze leden welke situatie het kabinet hierbij voor ogen heeft. Is dit uitsluitend in het geval van incidenten zoals het sluiten van een bepaalde afdeling, of ook in het geval van een te grote reisafstand voor de patiënt? De leden van de SP-fractie wensen op dit punt een uitvoerige toelichting.

De leden van de **D66-fractie** constateren instemmend dat de umc's werken aan de concentratie van zorg en onderzoek, waarbij het uitgangspunt is om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Genoemde leden achten het wel van groot belang dat daarbij situaties zoals die zich hebben voorgedaan rondom de stop van de specialistische transgenderzorg in het VUmc in de toekomst te allen tijde worden voorkomen. Dit betekent dat zorg en onderzoek altijd overgenomen moeten kunnen worden door een ander umc als de situatie daarom vraagt. Deze leden vragen hoe dit in de toekomst geborgd gaat worden. Zij vragen of het kabinet de umc's wil verplichten daarover aanvullende afspraken te maken.

5. Innovatie, valorisatie en economische impact

De leden van de **SP-fractie** staan terughoudend tegenover valorisatie. Naar de mening van deze leden is fundamenteel onderzoek niet gebaat bij commercieel belang. Dergelijk onderzoek dient volgens genoemde leden altijd ingegeven te worden door de oprechte behoefte van de wetenschap. De leden van de SP-fractie willen dan ook dat voorkomen wordt dat de umc's een verlengstuk worden van de industrie.

6. Onderwijs, opleiding en nascholing van professionals

De leden van de **PvdA-fractie** merken op dat het selectieproces voor nieuwe geneeskundestudenten in de toekomst decentraal zal plaatsvinden. Graag horen deze leden welke geschikte selectiemomenten de umc's voor ogen hebben en op welke criteria zij beoordelen of iemand een goede toekomstige arts is. In hoeverre hebben de criteria straks voornamelijk betrekking op kwaliteit en motivatie? In hoeverre maakt een scholier met goede afstudeercijfers en goede motivatie in het decentrale toelatingsstelsel straks een reële kans om toegelaten te worden? Zijn het kabinet en de umc's voornemens om deze criteria transparant te maken? Genoemde leden vragen daarbij of de criteria universeel zijn of dat ieder umc hierin zijn eigen afweging kan maken in het kader van specialisatie en taakverdeling.

De leden van de **SP-fractie** hebben vragen bij het afschaffen van het huidige systeem van toelating tot de geneeskundige opleiding welke bestaat uit een combinatie van loting, directe toelating voor de 8+ student

en decentrale selectie. Het systeem van decentrale selectie wat daarvoor in de plaats komt selecteert studenten op de juiste combinatie van eigenschappen, zo lezen deze leden. Genoemde leden zien deze eigenschappen echter graag verder geconcretiseerd zodat zij als geschikt en objectief criterium kunnen dienen. Ook vragen deze leden in hoeverre de diverse vooropleidingen in dit proces betrokken worden. Hoever zijn de umc's inmiddels met het optimaliseren van het selectieproces, zo vragen de leden van de SP-fractie tot slot.

II. REACTIE VAN DE MINISTERS VAN VWS EN VAN OCW

De positie van de umc's in het stelsel

De leden van de CDA fractie vragen waarin de positioneringsnota van 2014 verschilt ten opzichte van de eerdere nota uit 2006 en vragen vervolgens naar de visie van het kabinet op de publieke taak van de umc's en de financiering daarvan.

Wij zijn, net als het kabinet in 2006, van mening dat de publieke taken van umc's goed moeten worden geborgd. Wij geven in de huidige positioneringsnota daarom aan dat de umc's vanwege de verwevenheid van de drie bijzondere publieke functies, topreferente patiëntenzorg, wetenschappelijk onderzoek en onderwijs, onderscheidend zijn van de algemene ziekenhuizen en nog steeds bij uitstek de partij zijn om de topreferente functie uit te kunnen voeren. Dit rechtvaardigt de specifieke financiering vanuit de overheid. Het verschil ten opzichte van de positioneringsnota in 2006 zit voornamelijk in de ontwikkelingen in het zorgveld sinds 2006, zoals de discussie over de duurzaamheid van ons stelsel, de discussie over concentratie en spreiding en de introductie van meer risico's voor zorgaanbieders en verzekeraars, en de consequenties daarvan voor de rol en de positie van de umc's in het zorgveld.

De leden van de PvdA fractie vragen naar de ambitie van dit kabinet wat betreft de positie en de prestaties van de umc's.

In de positioneringsnota hebben we aangegeven dat we trots mogen zijn op de umc's in Nederland. Ook in de wetenschapsvisie wordt aangegeven dat Nederland onderzoek in een groot aantal vakgebieden tot de wereldtop behoort. Het klinisch medisch onderzoek is hier een illustratief voorbeeld van.¹ Uit internationaal vergelijkend onderzoek komt naar voren dat het Nederlandse wetenschapsstelsel in termen van meetbare uitkomsten zeer goed presteert. In de verschillende internationale ranglijsten staat Nederland consequent in de top of subtop. In de onlangs verschenen publicatie van het Rathenau Instituut² wordt dit opnieuw bevestigd. Het doel van dit kabinet is om deze positie te behouden en waar het kan te versterken.

De leden van de PvdA fractie vragen welk percentage van de publicaties van de umc's binnen vijf jaar haar weg vindt naar de praktijk in de vorm van zorgvernieuwing en valorisatie, welke implementatie ambities het kabinet heeft, of het kabinet vindt dat de umc's zich bij uitstek lenen voor implementatie van wetenschappelijke kennis en hoe het kabinet samen met de umc's inzet op maximale praktijkbenutting van wetenschappelijk onderzoek.

¹ Wetenschapsvisie 2025 (Kamerstuk 29 338, nr. 141).

² Feiten & Cijfers, de Nederlandse Universitair Medische Centra 2014.

Door de hele keten van ontwikkeling tot toepassing, van fundamenteel onderzoek tot zorg, onder één dak te plaatsen is in de umc's een optimale omgeving gecreëerd om nieuwe bevindingen snel hun toepassing te laten vinden in de praktijk. De umc's bieden van oudsher academische werkplaatsen voor de medische faculteiten waardoor er een gestructureerd samenwerkingsverband bestaat tussen onderzoek, onderwijs en de zorgpraktijk. Welk percentage van de onderzoekspublicaties precies een weg naar de praktijk vindt is moeilijk te zeggen. Het is niet één publicatie die tot aanpassing van de zorg leidt, maar vaak een heel aantal onderzoeken bij elkaar. Daarnaast zal niet elk onderzoek leiden tot nieuwe zorg. Per definitie zullen uitkomsten van onderzoek ook kunnen leiden tot het niet aanpassen van de praktijk omdat onderzoek uitwijst dat de zorg er niet mee zal verbeteren. Verder kan onderzoek er ook toe leiden dat bepaalde verrichtingen beter niet meer gedaan kunnen worden. De vele voorbeelden van innovaties die in de umc's ontwikkeld zijn en nu in de praktijk worden toegepast illustreren dat het onderzoek de weg naar de praktijk daadwerkelijk vindt. Zo kunnen genoemd worden de door-to-needle time bij CVA's, de time-out procedure bij operaties, de ontwikkeling van geneesmiddelen voor de ziekte van Pompe en Fabry, de ontwikkeling van «biologicals» en «small molecules» voor de behandeling van reumatoïde artritis en de ontwikkeling van een nieuwe diagnosetest voor QT syndroom, een erfelijke hartritmestoornis. De umc's hebben onlangs een onderzoek laten uitvoeren naar de economische waarde van de umc's waarbij ieder in de umc's geïnvesteerde euro zich drie tot vier maal terugverdient³

Internationaal gezien is de umc vorming in Nederland uniek en dat is een belangrijke reden dat het translationele onderzoek in Nederland internationaal gezien zo hoog aangeschreven staat. Een deel van de resultaten zal binnen de umc's rechtstreeks vertaald kunnen worden naar de praktijk. Voor andere vindingen is een langere weg nodig via valorisatie en betrokkenheid van bedrijven. Het kabinet stimuleert dit laatste door het topsectorenbeleid, waar de umc's een belangrijke rol spelen in de topsector LSH en het Europees onderzoek en innovatiebeleid (Horizon2020).

Vervolgens vragen de leden van de PvdA fractie naar de rol van het Citrienfonds wat betreft de positie, de prestaties en de internationale concurrentiepositie van de umc's, waarom de thema's uit het Citrienfonds een bijdrage vanuit het Ministerie van VWS behoeven, of deze bijdrage alleen betrekking heeft op de topreferente zorg en hoe de Kamer op de hoogte wordt gehouden van de verbeteringen die voortkomen uit het Citrienfonds.

Met het Citrienfonds wil de Minister van VWS samen met de umc's een bijdrage leveren aan een duurzame gezondheidszorg en een impuls geven aan een aantal grote landelijke onderwerpen, waar het van belang is om gezamenlijk stappen te maken. De umc's zullen een aantal plannen, die voortkomen uit het hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg, voortvarend aanpakken en een extra impuls geven aan belangrijke thema's die bijdragen aan een duurzame gezondheidszorg zoals registratie aan de bron, samenwerking, patiëntveiligheid en e-health. Er is specifiek gekozen voor deze onderwerpen omdat de gehele (curatieve) zorg en alle patiënten baat hebben bij de uitkomsten van deze projecten. Samenwerking met andere partijen is daarom ook een vereiste voor financiering van projecten uit het Citrienfonds. Door de krachten te bundelen en dit gecoördineerd te doen zullen de benodigde ontwikkelingen daadwerkelijk gerealiseerd kunnen worden. Betaalbare zorg tegen

³ Economic impact of university medical centers in the Netherlands – BIGGAR economics 2014.

een hogere kwaliteit is goed voor de internationale concurrentiepositie van de Nederlandse zorg en dus ook de Nederlandse umc's. De Minister van VWS zal de Kamer begin 2017 op de hoogte brengen van de voortgang van dit programma.

De D66 fractie vraagt of het niet beter is de kwaliteitsagenda een meer structureel karakter te geven aangezien het Citrienfonds alleen de komende 5 jaar financiering van kwaliteitsprojecten beschikbaar stelt. Daarnaast vragen deze leden, net als de leden van de PvdA fractie, of de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg (voorheen de academische component) een rol kan spelen in de financiering van de kwaliteitsagenda of het Citrienfonds.

De Minister van VWS geeft de kwaliteitsagenda een meer structureel karakter door de uitwerking van de, in het hoofdlijnenakkoord afgesproken, kwaliteit- en doelmatigheidsagenda waar nu op vele fronten aan gewerkt wordt. De beschikbaarheidsbijdrage academische zorg is niet bedoeld voor het financieren van kwaliteit- en doelmatigheidsprojecten maar voor de financiering van de topreferente functie. Ook is deze beschikbaarheidsbijdrage niet bedoeld voor de financiering van het Citrienfonds, het Citrienfonds richt zich namelijk niet op de topreferente functie maar op projecten die bijdragen aan een duurzame gezondheidszorg in het algemeen.

De leden van de PvdA fractie vragen naar de visie van het kabinet op basiszorg in de umc's en vragen zich af of het leveren van basiszorg noodzakelijk is voor een umc om overeind te blijven.

Voor alle umc's geldt dat het leveren van basiszorg noodzakelijk is om te blijven functioneren als ziekenhuis. Het leveren van basiszorg is noodzakelijk uit financieel oogpunt, voor het behouden van de vaardigheden van de zorgprofessionals, ten behoeve van de onderzoeksprofilering en voor het leveren van volwaardig onderwijs aan studenten. Wel is de Minister van VWS van mening dat het aandeel basiszorg in de umc's naar beneden moet, zeker als deze zorg daar niet doelmatig uitgevoerd kan worden. De umc's zouden keuzes moeten maken in welke basiszorg ze wel en niet blijven aanbieden. Umc's sturen hier zelf ook al actief op. Ook de inkoopstrategie van de zorgverzekeraar speelt hierbij een rol.

Vervolgens vragen de leden van de PvdA fractie naar de criteria om te bepalen waar de zorg het beste geleverd kan worden, in hoeverre het kabinet inzet en stuurt op de kwaliteit, betaalbaarheid en de belangen van de patiënt, in hoeverre het kabinet inzet op substitutie van basiszorg van umc's naar algemene ziekenhuizen en de eerste lijn en in hoeverre het kabinet inzet op de ketenbenadering tussen umc's, algemene ziekenhuizen en de eerste lijn, mogelijk door het ontwikkelen van een nieuw samenwerkingsmodel tussen umc's onderling of met andere zorginstellingen.

De Minister van VWS vindt het wenselijk dat de zorg georganiseerd wordt rondom de patiënt op de plek waar dat het beste kan. Idealiter verschuift, waar dat enigszins mogelijk is, de zorg van de derde lijn terug naar de tweede lijn, van de tweede lijn naar de eerste lijn, en van de eerste lijn naar zelfmanagement van de patiënt. In een aantal gevallen wordt er ook ingezet op substitutie rechtstreeks van de derde naar de eerste lijn (thuiszorgbeademing bijvoorbeeld). Er is winst in termen van kwaliteit en doelmatigheid te behalen als de systemen de patiënt daarbij optimaal helpen. In het huidige stelsel is de verzekeraar aan zet is om, op basis van onder andere de richtlijnen, te bepalen waar welke zorg het beste uitgevoerd kan worden. Hierbij dient rekening gehouden te worden met de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg en de belangen van de patiënt.

Een samenwerkingsmodel tussen umc's onderling of tussen umc's, algemene ziekenhuizen en eerstelijnszorg lijkt ons een goede zaak, alleen als dat in het belang is van de patiënt uit kwaliteitsoverwegingen waardoor het voldoet aan de mededingingsregels van de Autoriteit Consument en Markt (ACM). De regie hierover ligt echter bij de partijen zelf. Op onderwijs gebied komt dit al volop van de grond door de samenwerking in de Onderwijs- en Opleidingsregio (OOR). Op het gebied van de zorg gebeurt dit ook steeds vaker. Zoals al beschreven in de positioneringsnota hebben de umc's samen met andere zorgaanbieders netwerken gevormd, waarin de zorg voor bijzondere categorieën patiënten beter georganiseerd is en waarin praktijkgericht onderzoek wordt uitgevoerd om verdere verbeteringen door te voeren. Voorbeelden hiervan zijn het Nationaal Programma Ouderenzorg, het Regionaal Overleg Acute Zorg, het Nationaal Programma Palliatieve Zorg, de comprehensive cancer networks en de ontwikkeling van expertisecentra voor zeldzame aandoeningen. Het Citrienfonds laat hier ook enkele voorbeelden van zien. Registratie aan de bron wordt ingestoken vanuit de umc's, maar ook andere zorginstellingen worden betrokken in diverse projecten en de resultaten kunnen ook door hen gebruikt worden. Dat geldt ook voor de ontwikkelingen op het gebied van patiëntveiligheid en e-health die door het Citrienfonds een impuls zullen krijgen. Samenwerking met andere partijen is in veel gevallen een voorwaarde voor honorering van de gelden uit dit fonds.

De topreferente functie en transparantie

In de positioneringsnota is aangegeven dat het kabinet en de umc's de belangrijkste conclusies uit het IBO umc's onderschrijven. Hieruit voortvloeiend zijn er twee trajecten gestart, de umc's hebben in overleg het ROBIJN traject gestart met als doel de transparantie van de publieke functie te vergroten. Het kabinet heeft daarnaast besloten het TopZorg programma te starten.

TopZorg programma

Er zijn door leden van verschillende fracties vragen gesteld over het TopZorg programma. *De leden van de SP, het CDA en de D66 fractie vragen waarom er gekozen is voor de drie aangewezen ziekenhuizen.*

In de eerste plaats wil de Minister van VWS aangeven dat het gaat om een experiment waardoor er bewust is gekozen voor een beperkt aantal ziekenhuizen. Het St. Elisabeth Ziekenhuis, het St. Antonius Ziekenhuis en het Oogziekenhuis leveren op de domeinen long, hart, neuro, trauma en oog al een bijzondere combinatie van zeer specialistische zorg, onderzoek en onderwijs. Binnen het TopZorg programma kunnen ze dit verder uitbreiden en worden ze verondersteld de meerwaarde van deze combinatie aan te tonen. De Vereniging Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen (STZ) onderschrijft de keuze voor de twee ziekenhuizen in het experiment die onder de vereniging vallen en heeft per brief bevestigd dat er gedurende de looptijd van het programma geen andere STZ ziekenhuizen aan het experiment worden toegevoegd.

De leden van de D66 fractie vragen op welke wijze wordt bepaald of het TopZorg programma geslaagd is.

Na afloop van het programma moet aangetoond worden wat de maatschappelijke meerwaarde is geweest van dit experiment op het gebied van de patiënt, de volksgezondheid, de kosten, opleiding en onderzoek. Die meerwaarde kan onder andere worden vertaald in drie aspecten van geleverde zorg:

- Verbeterd de door de patiënt ervaren kwaliteit van zeer specialistische zorg?
 - Verbeterd de gezondheid/vitaliteit van een gedefinieerde populatie/specifieke doelgroep die zeer specialistische zorg behoeft?
 - Worden de kosten per capita verminderd of in ieder geval beheerst?
- Ook zal gekeken worden hoe de extra middelen besteed worden, welk beleid door de ziekenhuizen is ingezet om de combinatie tussen zorg en onderzoek vorm te geven en welke zorg en onderzoek ook op een andere manier gefinancierd kan worden. Daarnaast moet het resultaat van het TopZorg programma, naast de uitkomsten van ROBIJN, beslisinformatie opleveren waarmee de Minister van VWS keuzes kan maken wat betreft de toekomstige financiering van zorginstellingen op het gebied van de zeer specialistische zorg in combinatie met wetenschappelijk onderzoek.

De leden van de PvdA fractie vragen of de Kamer tussentijds geïnformeerd wordt over de resultaten van het TopZorg programma, in hoeverre innovatie wordt belemmerd omdat niet umc's geen adequate financiering krijgen en of er daardoor kansen voor zorgvernieuwing onbenut worden gelaten.

Om goed te kunnen beoordelen of de maatschappelijke meerwaarde, zoals hierboven beschreven, gehaald wordt en of er momenteel kansen op zorgvernieuwing onbenut worden gelaten is direct vanaf de start van het programma een evaluatiebureau ingeschakeld (iBMG) die deze vragen na 4 jaar gaat beantwoorden. iBMG is onlangs gestart om hiervoor de juiste indicatoren te ontwikkelen en de juiste gegevens te verzamelen. Halverwege het programma zal er een tussenevaluatie plaatsvinden waarna bijsturing van het programma kan plaatsvinden. Hierover zal de Minister van VWS de Kamer begin 2017 informeren. Tijdens de evaluatie zal ook gekeken worden in hoeverre innovatie en zorgvernieuwing vorm krijgen binnen de geselecteerde ziekenhuizen, ook in vergelijking met de umc's, en hoe de activiteiten die uitgevoerd worden zich verhouden tot de tendens naar meer concentratie op het gebied van zorg en onderzoek. *Hier vragen de leden van de D66 en de CDA fractie ook naar.* Wij zijn het erover eens dat zorg en onderzoek dat logischerwijs beter in een umc plaats kan vinden niet versnipperd uitgevoerd moet worden. De ZonMw commissie en het evaluatiebureau zullen hier rekening mee houden in de beoordeling en de evaluatie.

De SP fractie geeft aan zich zorgen te maken over de mogelijke openstelling van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg aan andere aanbieders en vraagt om een visie op de mogelijke ontwikkelingen en de prikkels die het kabinet hierbij voor ogen heeft. Ook de D66-fractie vraagt of het kabinet de deur naar openstelling definitief dichtgooit of daar op een later moment nog mogelijkheden voor ziet.

Wij zijn het eens met de SP fractie dat een doelmatige besteding van publieke middelen van groot belang is. Of dat gerealiseerd kan worden door het al dan niet openstellen van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg, of het op een andere manier vormgeven van de financiering van de topreferente functie is sterk afhankelijk van de uitkomsten van ROBIJN, het TopZorg programma en de (on)mogelijkheden van het invoeren van prestatiebekostiging voor een deel van de topreferente functie. Al deze aspecten zullen de komende jaren uitvoerig bestudeerd worden waarna er een gedegen besluit genomen zal worden over de toekomst van de financiering van de topreferente functie van de umc's en de mogelijk vergelijkbare activiteiten van enkele algemene ziekenhuizen. Zoals is afgesproken wordt de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg deze kabinetperiode niet opengezet. Hierover zal in 2020 een definitief

besluit genomen worden als de uitkomsten van ROBIJN en het TopZorg programma bekend zijn.

De leden van de PvdA fractie vragen wat de mogelijke openstelling van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg aan andere zorgaanbieders dan umc's inhoudt voor de mogelijke winstuitkering voor deze zorgaanbieders, hoe het kabinet in dat geval de mogelijke frictie tussen extra publieke middelen en winstuitkering aan particuliere investeerders duidt en welke waarborgen het kabinet stelt om ervoor te zorgen dat eventuele bijzondere financiering, voortkomend uit TopZorg, ten goede komt aan medisch specialisten in algemene ziekenhuizen.

Het al dan niet krijgen van een beschikbaarheidsbijdrage mag geen verschil maken voor het mogen uitkeren van winst omdat een beschikbaarheidsbijdrage nooit meer mag zijn dan de werkelijke kosten en dus ook geen invloed heeft op de winst. Om hierop toe te kunnen zien is het duidelijk gescheiden houden van de publieke geldstroom en is de bekostiging van geleverde zorg via zorgverzekeraars een belangrijke voorwaarde. Mocht de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg in de toekomst opengesteld worden voor algemene ziekenhuizen dan is deze financiering uitsluitend bedoeld voor het financieren van de topreferente functie, het salaris van de medisch specialist is hier een onderdeel van.

De leden van de D66 fractie en van de CDA fractie vragen waarom er niet gekozen is voor een samenwerkingsmodel tussen de umc's en algemene ziekenhuizen, in plaats van het TopZorg programma, waarbij algemene ziekenhuizen gebruik kunnen maken van de kennisinfrastructuur van de umc's.

Wij zijn het eens dat samenwerking met de umc's op het gebied van zeer specialistische zorg en onderzoek van groot belang is. Uit recent onderzoek komt naar voren dat de gemiddelde citatiescore van onderzoek dat door STZ ziekenhuizen in samenwerking met umc's is uitgevoerd hoger is dan onderzoek dat zelfstandig door STZ ziekenhuizen is uitgevoerd. Daarnaast vinden wij het belangrijk dat er geen infrastructuur wordt opgezet in STZ ziekenhuizen die beter of doelmatiger in umc's gebruikt, opgezet of uitgebreid kan worden. Om die reden is in de opdracht aan de deelnemende ziekenhuizen de voorwaarde opgenomen dat voor de medische zorg rondom het gekozen domein een samenwerkingsovereenkomst met tenminste één umc vereist is. Voor onderzoek is een soortgelijke overeenkomst met tenminste één universitair instituut nodig. De ZonMw commissie die alle onderzoeksaanvragen beoordeelt zal hier ook uitdrukkelijk op letten en zal ook de opbouw of uitbreiding van de infrastructuur zorgvuldig beoordelen.

ROBIJN

Het doel van ROBIJN is het integraal transparant maken van de kosten en de opbrengsten van de publieke functie van de umc's. *De leden van de PvdA- en de D66 fractie constateren dat de eerste resultaten van ROBIJN laten zien dat 40% van de door hen geleverd zorg topreferent is en vragen zich af of 60% van door umc's geleverde zorg daarom ook in algemene ziekenhuizen kan worden geleverd en hiermee mogelijk een kostenbesparing gerealiseerd kan worden.*

Met de analyses in ROBIJN hebben de umc's inderdaad vastgesteld dat circa 40% van de patiënten in umc's voldoet aan een aantal definiërende kenmerken en dat die patiënten niet of vrijwel niet worden behandeld in algemene ziekenhuizen. Het zorgvolume dat bij deze patiënten hoort is ongeveer 75% van het totale zorgvolume in de umc's. Het merendeel van

de zorg in de umc's wordt dus geleverd aan de «academische patiënten». Dat neemt niet weg dat 60% van de patiënten niet aan de genoemde criteria voldoet. Voor een deel komt dat doordat de populatie complexe patiënten in umc's zich niet in 10 labels laat samenvatten, ofwel er zijn ook buiten de labels patiënten die terecht in een umc worden behandeld en als academische patiënt kunnen worden aangemerkt. Een deel van deze 60% bestaat echter uit patiënten die wel zijn gezien in één van de acht umc's, maar uiteindelijk niet als «academisch» zijn bestempeld. Een deel van deze groep is alsnog als patiënt van het umc behandeld, een deel heeft geen verdere behandeling nodig en een deel is terugverwezen naar een algemeen ziekenhuis. Hierbij is het wenselijk dat de zorg georganiseerd wordt rondom de patiënt op de plek waar dat het beste kan met de daarbij horende kostenbesparing. Echter, een mix van de patiëntenpopulatie in umc's blijft nodig vanuit een financieel oogpunt, maar ook voor het onderhoud van vaardigheden van medisch specialisten. Voor hen is het goed om niet uitsluitend met complexe zorg bezig te zijn.

De leden van de PvdA en de D66 fractie vragen wanneer de ROBIJN labels gevalideerd zijn en het duidelijk wordt wat de topreferente functie kost, wanneer er een besluit wordt genomen over de bekostiging van de topreferente functie en wanneer het kabinet beslist over de verdeling van de budgetten tussen de umc's.

De resultaten van ROBIJN wat betreft de definitie van de topreferente patiënt worden in het voorjaar van 2015 opgeleverd door de umc's. De vaststelling van de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage per umc is lastiger dan oorspronkelijk gedacht. De komende periode zal samen met de NFU bekeken worden welke stappen er nog gezet moeten worden om tot een goede financiële onderbouwing te komen. Tegelijkertijd zal ook de NZa bekijken welke informatie ze nodig hebben om een besluit te kunnen nemen over de validatie, hoogte en de verdeling van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg. In een volgende fase zal bezien worden op welke wijze de bekostiging van de umc's in de toekomst plaats zal vinden. Dit betreft ook de vraag welk deel eventueel door middel van prestatiebekostiging gefinancierd kan worden en wat via de beschikbaarheidsbijdrage bekostigd moet blijven. Hoelang het precies duurt voordat duidelijk is wat de beste manier van bekostigen van deze zorg is, is nog niet duidelijk. Hiervoor is een uitgebreide afweging van voor- en nadelen en een analyse van de budgettaire consequenties noodzakelijk.

De leden van de VVD fractie vragen of ROBIJN ook als uitkomst kan hebben dat de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg verkleind wordt of dat er substitutie van het budget naar andere zorgaanbieders plaatsvindt.

Indien blijkt dat umc's minder geld uitgeven aan de topreferente functie dan ervoor beschikbaar is dan zal de financiering van de topreferente functie aangepast worden. In het hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg 2014–2017 is afgesproken dat de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg gedurende deze kabinetsperiode niet wordt opengesteld aan andere zorgaanbieders. Hierna zal met behulp van onder andere de resultaten van TopZorg programma en ROBIJN opnieuw moeten worden bezien hoe de zeer specialistische zorg het best kan worden bekostigd en welke instellingen aanspraak kunnen maken op deze middelen.

Daarnaast vragen de leden van de VVD fractie zich af of de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg gebruikt kan worden ter financiering van overnames van algemene ziekenhuizen of voor de exploitatie.

Nee, dit is niet mogelijk, de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg is puur bedoeld voor het uitvoeren van de topreferente functie. Deze middelen kunnen en mogen dus niet worden aangewend voor het financieren van overnames of voor de exploitatie. Umc's moeten zich elk jaar verantwoorden over de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg die ze ontvangen.

De leden van de PvdA fractie vragen in hoeverre de ROBIJN labels rekening houden met zorg die doelmatig in andere ziekenhuizen kan worden verleend, in hoeverre het ROBIJN project de kosten van umc's in dezelfde mate transparant maakt als bij reguliere ziekenhuizen en in hoeverre het kabinet hiermee tevreden verwacht te zijn.

ROBIJN is een medisch onderbouwde statistische analyse die beoogt inzicht te geven in de huidige topreferente functie en de kosten daarvan. ROBIJN analyseert de zorg door umc's zoals deze nu geleverd wordt en analyseert niet hoe en door wie deze zorg het beste geleverd kan worden. De umc's zijn ook niet één op één te vergelijken met algemene ziekenhuizen, voornamelijk vanwege de publieke taken van umc's. Vanwege deze taken en de verwevenheid hiervan, is het voor umc's lastiger om transparant te zijn dan voor algemene ziekenhuizen. Niet alle kosten zijn één op één aan een van de publieke taken toe te delen. Bij een topreferente patiënt is bijvoorbeeld niet altijd duidelijk waar de basiszorg ophoudt en waar de topreferente zorg begint. Wanneer er meer inzicht is in de kosten van de publieke taken van umc's, wordt ook duidelijker welk deel van de zorg nou echt reguliere zorg is. Wij hebben er vertrouwen in dat ROBIJN de kosten van de publieke taken van umc's zo transparant mogelijk maakt.

De SP fractie vraagt hoe het kabinet ervoor gaat zorgen dat het verkrijgen van inzicht in de kosten en opbrengsten van de publieke taken van de umc's niet doorslaat in meer regeldruk, bureaucratie en minder tijd voor onderzoek en zorg.

Het is belangrijk dat umc's zo transparant mogelijk zijn over hoe zij de publieke middelen besteden. Dit is immers gemeenschapsgeld. Wij zijn het eens met de stelling dat meer transparantie niet ten koste mag gaan van (tijd voor) onderzoek en zorg.

Taakverdeling en concentratie

Zowel de leden van de PvdA fractie, de SP fractie en de D66 fractie onderstrepen het belang dat de zorg en het onderzoek overgenomen moet kunnen worden door een ander umc als de situatie daarom vraagt. Zij vragen wanneer dit het geval is, hoe dit geborgd gaat worden, of er geen wachtlijsten zullen ontstaan, wat de rol is van de NZa, of er voldoende samenwerking is en hoe samenwerking tot stand komt of belemmerd wordt door concurrentie tussen umc's.

De umc's werken in toenemende mate samen. Hoewel alle umc's over de volle breedte medisch specialistische zorg aanbieden is de zeer gespecialiseerde zorg veelal al in hoge mate geconcentreerd. Ten aanzien van de uitvoering van de topreferente functie heeft de Minister van VWS de afspraak met de umc's dat zij alle patiënten in Nederland passende zorg bieden, hiermee is dit voldoende geborgd. Dat betekent dat de topreferente functie alleen wordt overgenomen door een ander umc als de situatie daarom vraagt of als dit in het belang is van de kwaliteit, en niet als de reisafstand voor bepaalde patiënten te groot is. Dit betekent ook dat een umc niet zomaar een deel van de topreferente zorg af kan stoten als er voor de patiënten geen andere plaats is om naar toe te gaan. In de

praktijk betekent dit dat een umc een afdeling niet eerder kan sluiten dan nadat er over de zorg voor deze patiënten met een of meer van de andere umc's sluitende afspraken zijn gemaakt.

Continuïteit van zorg is hierbij van groot belang. De NZa heeft hierbij een rol als het gaat om het goed laten verlopen van dit proces, aangezien het om zorg gaat die door middel van een beschikbaarheidsbijdrage wordt gefinancierd. Daarbij moet wel een onderscheid worden gemaakt tussen topreferente zorg en reguliere zorg. Voor topreferente zorg is per definitie geen standaard behandeling voorhanden, maar binnen de topreferente zorg worden de behandelingen wel ontwikkeld. Dan komt ook een moment dat bezien moet worden of de zorg (of een deel daarvan) die ontwikkeld is nog in een umc moet worden uitgevoerd, of dat dit ook kan worden overgenomen door een algemeen ziekenhuis. Dat betekent ook dat de financiering niet meer vanuit de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg wordt bekostigd, maar moet worden overgenomen door de verzekeraar. Een goed voorbeeld hiervan is de behandeling van HIV patiënten. Vroeger gebeurde de behandeling vrijwel uitsluitend in de umc's. Inmiddels is de zorg voor een groot deel overgedragen aan algemene ziekenhuizen, omdat er goede behandeling voorhanden is.

Ook streven umc's ernaar om weinig voorkomende ziekten die aan elkaar gerelateerd zijn samen te brengen in expertisecentra. Zo kan kennis tussen gerelateerde ziekten gedeeld worden en gebruikt worden voor de verbetering van andere ziekten. Ook kan zo gezorgd worden dat de kennis over een ziektebeeld niet beperkt is tot één expert, maar geborgd wordt in een afdeling. Dit komt de continuïteit ten goede en er ontstaat geen leemte als de expert vertrekt. Deze ontwikkeling hoeft niet altijd te betekenen dat een ander umc de zorg voor deze patiënten helemaal niet meer kan leveren. Afhankelijk van de benodigde zorg kan gezocht worden naar de beste behandeling voor elke patiënt. Dat kan bijvoorbeeld betekenen dat de patiënt onder behandeling blijft van het eigen umc en slechts voor heel specialistische zorg naar het expertisecentrum gaat, of eens per jaar in het expertisecentrum gezien wordt en vanuit deze rol de behandeling met het behandelende umc kan afstemmen. Van belang is daarbij dat het behandelend umc gebruik kan maken van de kennis van het expertisecentrum.

De Minister van VWS verwacht geen toename in de wachtlijsten mits de benodigde infrastructuur in mensen en middelen op peil blijft. De umc's zijn ervoor verantwoordelijk in gezamenlijkheid voldoende zorg aan te bieden voor de verschillende patiëntengroepen. Dit kan echter wel betekenen dat zorg die nu op vier plaatsen wordt aangeboden straks wordt geconcentreerd in één of twee umc's. Dat betekent voor patiënten soms meer reizen, maar heeft als groot voordeel dat de kennis over deze patiënten is geconcentreerd, waardoor het onderzoek en de ontwikkeling en daardoor ook de zorg verbetert.

De Minister van OCW geeft aan dat ten aanzien van de onderzoekssubsidies er inderdaad concurrentie tussen de umc's bestaat, maar dat ook op dit gebied steeds meer wordt samengewerkt in grote consortia van onderzoeksgroepen van diverse umc's. Daarnaast wordt steeds meer subsidie vanuit Europa (horizon2020) gehaald, dit leidt vooral tot een verdere samenwerking tussen de umc's. Zo zijn de umc's momenteel een strategische agenda voor Europa aan het opstellen, waarin ze de gezamenlijke inzet van Nederland op de Life Sciences and Health agenda bepalen. Ook het topsectorenbeleid stimuleert deze samenwerking.

De leden van de PvdA fractie vragen hoe de Kamer op de hoogte wordt gehouden van het Nationaal Plan Zeldzame Ziekten, hoe het kabinet de internationale samenwerking op dit gebied beoordeelt en welke voorbeelden daarvan te geven zijn.

Zoals aangegeven in de brief van 14 november 2013 zal de Minister van VWS de Kamer periodiek schriftelijk informeren over de stand van zaken en voortgang van de uitvoering van het Nationaal Plan Zeldzame Ziekten (Kamerstuk 29 477, nr. 262). De umc's onderhouden vanuit hun dagelijkse werkzaamheden al contact met buitenlandse zusterinstellingen. Dat geldt ook voor het domein van de zeldzame ziekten. Specifiek op het gebied van zeldzame ziekten wordt op dit moment een inventarisatie gemaakt van Nederlandse instellingen die in aanmerking komen voor aansluiting aan het European Reference Network for Rare Diseases (ERN). Dit Europese netwerk moet in 2016 operationeel zijn. Om mee te kunnen doen moeten de Nederlandse centra medio 2015 zijn beoordeeld. Vanaf dat moment is er een duidelijker beeld over de samenwerkingsrelaties van Nederlandse expertisecentra met internationale tegenhangers en zullen enkele voorbeelden daarvan in de periodieke rapportage opgenomen worden.

De leden van de PvdA fractie vragen waar de samenwerking op het gebied van onderwijs en opleiding niet goed verloopt, op welke aspecten dit betrekking heeft en welke activiteiten er worden ondernomen om alle studenten in aanraking te laten komen met het gebruikelijke aanbod van patiënten.

De samenwerking verloopt overal goed. De umc's maken binnen de Onderwijs- en Opleidingsregio (OOR) afspraken met andere ziekenhuizen over opleidingsplekken voor coassistenten en arts-assistenten. Deze samenwerking is intensief. Studenten geneeskunde volgen voornamelijk in de masterfase, door middel van coschappen, onderwijs in de klinische setting. Doordat ze niet alleen bij umc's maar ook bij algemene ziekenhuizen, huisartsenpraktijken en ggz instellingen coschappen lopen, komen ze in aanraking met diverse typen patiënten. Hetzelfde geldt voor de arts-assistenten die een deel van hun medisch specialistische vervolgopleiding in de algemene ziekenhuizen volgen.

Onderwijs, opleiding en nascholing van professionals

De leden van de PvdA fractie vragen welke geschikte selectiemomenten de umc's voor ogen hebben, op welke criteria zij beoordelen, in hoeverre de criteria straks voornamelijk betrekking hebben op kwaliteit en motivatie, in hoeverre een scholier met goede afstudeercijfers en goede motivatie in het decentrale toelatingssysteem straks een reële kans om toegelaten te worden, of deze criteria universeel zijn en of deze criteria transparant gemaakt worden. Ook de leden van de SP fractie vragen naar een concretisering van de selectiecriteria. Vervolgens vragen deze leden in hoeverre de diverse vooropleidingen in dit proces betrokken worden en hoever de umc's zijn met het optimaliseren van het selectieproces.

Voor de geneeskunde opleiding wordt al sinds 2001 ervaring opgebouwd met decentrale selectie. Daarbij wordt er voortdurend onderzoek gedaan, eerst vooral aan de Erasmus Universiteit en meer recent ook aan andere universiteiten. Hierdoor is veel kennis opgedaan over geschikte methoden voor selectie voor de geneeskunde opleiding. De NFU laat weten dat voor het komende studiejaar 2015–2016 voor het eerst alle geneeskunde opleidingen hun studenten zullen selecteren, behoudens de directe toelating van aspirant-studenten met een eindexamencijfer van 8 of hoger. Daarbij zullen naast motivatie zowel cognitieve als non-cognitieve selectiecriteria worden gehanteerd. De geneeskunde opleidingen geven

aan dat hoge cijfers op het vwo een voorspellende waarde hebben voor het studiesucces in de bacheloropleiding. Daarnaast zijn ook non-cognitieve eigenschappen zoals empathisch vermogen erg belangrijk voor de communicatie met de patiënt. Verder is motivatie van belang vanwege de relatief hoge studiebelasting. De criteria waarop de geneeskunde opleidingen selecteren zijn niet universeel. Iedere geneeskunde opleiding stelt zijn eigen selectiecriteria vast. Het is namelijk juist de bedoeling dat iedere geneeskunde opleiding zijn eigen selectiecriteria bepaalt, afhankelijk van haar eigen profiel.

In de transparantie over de criteria waarop geselecteerd wordt kan nog een verbeteringslag plaatsvinden. De Minister van OCW wil de transparantie van selectiecriteria en -procedures samen met vertegenwoordigers van de instellingen verder uitwerken. Dit zal gebeuren in de werkgroep van onderwijsinstellingen, gefaciliteerd door Studielink, die de Minister van OCW heeft beschreven in de brief met informatie over de afschaffing van de loting (Kamerstuk 31 288, nr. 399). In deze brief is ook aangegeven dat de uitslagen van de selectieprocedures uiterlijk 15 april bekend zullen moeten worden. De geneeskunde opleidingen zullen hun selectieprocedures zodanig moeten (her)organiseren dat dit mogelijk wordt. Daarnaast wordt in de brief gesproken over meer gezamenlijke selectiemethodieken om zo de selectie efficiënter in te richten. Dit zou met name voor zwaar overschreven studies zoals geneeskunde een uitkomst bieden. De Minister van OCW heeft aan de werkgroep van onderwijsinstellingen gevraagd de mogelijkheden hiertoe te onderzoeken.