

# Planningsbesluit radiotherapie 2000

21 september 2000/nr.  
CSZ/ZT/2095183

De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport;  
Gelet op artikel 5 van de Wet op bijzondere medische verrichtingen en op artikel 1, onder b, van het Besluit aanwijzing bijzondere medische verrichtingen,

Besluit:

## Artikel 1

In deze regeling wordt verstaan onder radiotherapie: de behandeling van patiënten door middel van:  
– teletherapie  
– brachytherapie.

## Artikel 2

De behoefte aan het aantal centra waar radiotherapie plaatsvindt, de spreiding van deze centra over Nederland en de manier waarop eventuele uitbreiding van bestralingapparatuur bij de bestaande centra gerealiseerd moet worden, zijn neergelegd in de bijlage bij deze regeling.

## Artikel 3

Het bedrag van de investeringskosten voor apparatuur, bedoeld in artikel 1, onder b, van het Besluit aanwijzing bijzondere medische verrichtingen, tot welk bedrag een vergunning niet vereist is, wordt vastgesteld op 30 mln. per afzonderlijk apparaat.

## Artikel 4

Het Planningsbesluit radiotherapie (Stert. 1987, 148) wordt ingetrokken.

## Artikel 5

Deze regeling treedt in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst.

## Artikel 6

Deze regeling wordt aangehaald als: Planningsbesluit radiotherapie 2000.

Deze regeling zal met de daarbij behorende bijlage en toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

*De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,  
E. Borst-Eilers.*

## Bijlage bij artikel 2 van het Planningsbesluit radiotherapie

In deze bijlage is het aantal centra waar radiotherapie plaats mag vinden, aangegeven, alsmede de spreiding van deze centra over Nederland en de manier waarop eventuele uitbreiding van bestralingapparatuur bij de bestaande centra gerealiseerd moet worden.

Er zijn thans één en twintig centra waar radiotherapie plaatsvindt. Dit aantal en de spreiding van deze centra over Nederland worden als voldoende beoordeeld. Dit aantal centra zal daarom de komende jaren moeten voorzien in de behoefte aan radiotherapie. De 21 centra waar het om gaat zijn de volgende:

1. zes zelfstandige radiotherapeutische instituten
  - ARTI, te Arnhem,
  - RTI Stedendriehoek en Omstreken, te Deventer,
  - RTI Limburg, te Heerlen/Maastricht,
  - RTI Friesland, te Leeuwarden,
  - Zeeuws RTI, te Vlissingen,
  - Dr. Bernard Verbeeten Instituut te Tilburg.
2. één categoriaal kankerinstituut
  - Antoni van Leeuwenhoekhuis/Nederlands Kanker Instituut te Amsterdam.
3. zeven radiotherapeutische afdelingen in academische ziekenhuizen
  - Academisch Medisch Centrum te Amsterdam,
  - Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit te Amsterdam,
  - Academisch Ziekenhuis Groningen,
  - Leids Universitair Medisch Centrum te Leiden,
  - Academisch Ziekenhuis Nijmegen,

- Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Daniël den Hoed
- Universitair Medisch Centrum Utrecht.

4. zeven radiotherapeutische afdelingen in algemene ziekenhuizen
  - Medisch Spectrum Twente, te Enschede,
  - Catharina Ziekenhuis, te Eindhoven,
  - Centrale Bestralingsafdeling Medisch Centrum Haaglanden (locatie Westeinde), te Den Haag,
  - Isala Klinieken, te Zwolle
  - Leyenburg Ziekenhuis, te Den Haag
  - Diagnostisch Centrum SSDZ/Reinier de Graaf Groep, te Delft,
  - Medisch Centrum Alkmaar te Alkmaar.

Elk van deze centra is in het bezit van een vergunning voor de medische verrichting radiotherapie als bedoeld in artikel 2 van de Wet op bijzondere medische verrichtingen.

De verwachting is dat de behoefte aan radiotherapie de komende jaren zal toenemen. Met het oog op kwaliteit en doelmatigheid acht ik uitbreiding van het aantal der centra niet aangewezen om deze groei op te vangen. Wel zal in 2005 op basis van een evaluatie door het College voor zorgverzekeringen worden bezien of uitbreiding van het aantal centra tegen die tijd wel noodzakelijk wordt. De toenemende behoefte aan radiotherapie zal naar mijn oordeel in de bestaande centra kunnen worden opgevangen. Aandacht verdient daarbij de wijze waarop de uitbreiding van tele- en brachytherapieapparatuur en van de steeds daarmee gepaard gaande menskracht (radiotherapeuten, klinisch fysici en laboranten) binnen de bestaande centra wordt opgevangen en welke bouwkundige maatregelen hiervoor benodigd zijn. Uitbreiding van bestralingapparatuur in een bestaand centrum komt dan ook aan de orde indien:  
– de mogelijkheden ontbreken om

met de bestaande capaciteit in het centrum de toegenomen behoefte aan radiotherapie op te vangen, én  
– algemeen aanvaardbare wachttijden voor radiotherapie in het centrum stelselmatig worden overschreden, én  
– de organisatie van de voorziening binnen het centrum transparant en doelmatig is, én  
– functionerende afspraken bestaan met betrekking tot afstemming en taakverdeling tussen het centrum en de andere centra.

Deze vier algemene uitgangspunten voor de beoordeling van initiatieven voor de uitbreiding van bestralingapparatuur zijn bedoeld voor het lokaal overleg ter zake.

Bij de afspraken die jaarlijks tussen ziekenhuizen, verzekeraars en de Minister worden gemaakt over de verdeling van de volumegroeiruimte ten behoeve van de ziekenhuiszorg en in het bijzonder over het zogenoemde WBMV-kader, dient rekening te worden gehouden met de behoefte aan uitbreiding van bestralingsapparatuur en de daarvoor noodzakelijke bouwinvesteringen.

Hieraan ten grondslag zal een inventarisatie moeten liggen van de zijde van de betrokken veldpartijen over de benodigde investeringen en exploitatiegevolgen ervan, de spreiding over het land, de afgesproken specialisaties in de centra en de prioriteit der initiatieven.

### **Toelichting bij het Planningsbesluit radiotherapie 2000**

#### *Algemeen*

In artikel 1 van het Besluit aanwijzing bijzondere medische verrichtingen (Stb. 1991, 511) is bepaald dat het verboden is zonder vergunning van de Minister radiotherapie uit te voeren of te doen uitvoeren voor zover dit betreft megavolttherapie en brachytherapie.

In dit planningsbesluit is het begrip megavolttherapie vervangen door teletherapie. De Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie heeft aangegeven dat teletherapie tegenwoordig de gebruikelijke terminologie is voor de hier bedoelde behandelingen. Teletherapie is de verzamelnaam voor de verschillende behandelingen met ioniserende straling op afstand (van buiten het lichaam) waarvan megavolttherapie

een voorbeeld is. Voordeel van deze omschrijving is dat voor een radiotherapeutisch centrum de behoefte aan apparatuur voor de diverse toepassingsvormen van radiotherapie in onderlinge samenhang kan plaatsvinden en bij de vaststelling van het investeringsbudget voor medische inventarissen ook rekening kan worden gehouden met de capaciteit van deze nieuwere vormen van radiotherapie.

In dit planningsbesluit is het aantal centra waar radiotherapie plaats mag vinden, neergelegd, alsmede de spreiding van deze centra over Nederland en de manier waarop eventuele uitbreiding van bestralingapparatuur bij de bestaande centra gerealiseerd moet worden.

Over het ontwerp van het planningsbesluit zijn reacties ontvangen van de Gezondheidsraad, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, enkele academische ziekenhuizen, de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie, de secretariaten van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, het College Tarieven Gezondheidszorg en het College voor Zorgverzekeringen.

#### *Radiotherapie*

In Nederland worden in het jaar 2000 ca. 28.500 nieuwe patiënten bestraald voor een maligne aandoening waarbij huidkanker (behalve het melanoom) niet wordt meegerekend. Met huidkanker en benigne indicaties meegerekend worden ca. 30.000 nieuwe patiënten bestraald. Bij de helft van de patiënten is de behandeling gericht op curatie. Uit de literatuur is bekend dat 50% van de patiënten met kanker wordt gecureerd, van wie 22% curatie ontleent aan uitsluitend chirurgie, 14% aan uitsluitend radiotherapie, 4% aan uitsluitend chemotherapie en 10% aan een combinatie van chirurgie en radiotherapie.

Met name voor solide tumoren hangt het succes van curatieve bestralingsbehandeling sterk af van de totale stralingsdosis die in een tumor kan worden bereikt. Hoe hoger de totale bestralingsdosis in de tumor, des te groter de kans op lokale tumorcontrole en op de genezing van de patiënt. De tolerantie voor straling van de gezonde weefsels die de tumor omgeven, beperkt echter de totale stralingsdosis in de tumor en daarmee ook de kans op lokale tumor contro-

le. Met het beschikbaar komen van high dose, high precision bestralings technieken (zoals die met moderne lineaire versnellers kunnen worden uitgevoerd) zijn de resultaten van radiotherapie verder verbeterd en is betere sparing van de normale weefsels mogelijk geworden.

Radiotherapie is ook een effectieve palliatieve behandelingsmethode. Vooral voor patiënten met pijnlijke skeletmetastasen is radiotherapie aangewezen. Bij 85% van de patiënten treedt een aanzienlijke vermindering van pijn op en bij de helft van deze patiënten verdwijnt de pijn volledig. Naast de toepassing bij maligne aandoeningen wordt radiotherapie aangewend bij patiënten met benigne aandoeningen, zoals bijvoorbeeld arterioveneuze malformaties, neurinomen, meningeomen en het voorkomen van restenose-ring van bloedvaten en heterotopie botvorming.

Radiotherapie neemt dus een belangrijke plaats in binnen de oncologie. Ondanks de hoge kosten voor de bouw en relatief hoge initiële investeringen is radiotherapie in vergelijking met andere behandelingsmodaliteiten zoals kankerchemo- en immunotherapie aan te merken als een kosteneffectieve en derhalve een relatief goedkope behandelingswijze. Wel is – zoals de Gezondheidsraad terecht opmerkt – door het ontbreken van afgerond onderzoek op dit punt nog geen betrouwbare kwantificering van die kosteneffectiviteit mogelijk.

#### *Behoeft aan radiotherapie*

Het aantal nieuwe kankerpatiënten en bestraalde patiënten groeit. Deze groei zal blijven. Daarnaast zal sprake zijn van een toenemend gebruik van radiotherapie voor benigne aandoeningen, leidend tot een verdere stijging van het aantal bestralingspatiënten.

De Voorzitter van de Gezondheidsraad heeft over het ontwerp planningsbesluit radiotherapie 2000 op 4 juli jl. geadviseerd. Hij concludeert dat de huidige groei in de behoefte aan radiotherapie nog steeds aansluit bij eerdere ramingen van de Raad uit 1993 (advies van de Gezondheidsraad uit 1993 ‘Ontwikkelingen in de radiotherapie: een behoefte raming voor 1995 – 2010’). Hij wijst er echter op dat de in 1993 als wenselijk geziene capaciteitsontwikkeling onvoldoende gelijke

tred heeft gehouden met de feitelijk opgetreden groei in het vraagvolume. Dit heeft nadelige gevolgen voor de kwaliteit van de radiotherapeutische zorg en leidt tot relatief lange wachttijden. De Voorzitter adviseert om daar waar de medisch technische ontwikkelingen in de radiotherapie thans mogelijkheden bieden om patiënten met meer effect te behandelen en tegelijkertijd het optreden van schadelijke bijwerkingen te beperken, die ontwikkelingen ook in ons land de mogelijkheid te geven om de bestaande achterstand ten opzichte van ons omringende landen in te lopen.

De Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO) heeft in 1999 een commissie ingesteld om de ontwikkelingen in de radiotherapie te beschrijven en een beeld te geven van de te verwachten groei tussen nu en 2010. Die commissie heeft onder meer voortgebouwd op het advies van de Gezondheidsraad uit 1993. De rapportage van de NVRO-commissie is, in de vorm van het rapport 'Radiotherapie: onze zorg', in maart 2000 verschenen en biedt een actueel beeld van de ontwikkelingen in de radiotherapie. Ook deze commissie constateert dat het aantal aanwezige lineaire versnellers thans te laag is om adequaat in de zorgbehoefte te voorzien. De commissie schat dat voor 2005 een aanzienlijke toename ten opzichte van de huidige situatie nodig zal zijn om in de behoefte te voorzien. Mede gezien deze prognose zal de NVRO de ontwikkelingen in de radiotherapie vervolgen en indien nodig, de ramingen van de zorgbehoefte bijstellen. Ik beschouw de door de Gezondheidsraad en de NVRO beschreven ontwikkelingen, die goed op elkaar aansluiten, als een reële prognose ter bepaling van de behoefte aan radiotherapie voor de komende jaren en daarmee een goede basis voor een verdere capaciteitsbepaling. Wel ben ik van oordeel dat bij de verdere capaciteitsbepaling uitdrukkelijk de mogelijkheid verdisconteerd moet worden om de bestaande apparatuur via bedrijfstijdverlenging maximaal uit te zetten.

#### *Concentratie bij bestaande centra via WBMV*

Op zich acht ik de spreiding van de radiotherapeutische centra over ons land met de huidige 21 centra voor-

alsnog voldoende. Het van de grond af opbouwen van een nieuw centrum voor radiotherapie in Nederland is op dit moment een weinig verantwoorde onderneming. Uitbreiding van het aantal centra vergt immers niet alleen kostbare materiële investeringen maar vooral ook de opbouw van nieuwe radiotherapeutische kennis en ervaring op locatie. Met toepassing van artikel 2 van het onderhavige besluit heb ik dan ook besloten het huidige aantal van 21 centra radiotherapie voor de komende jaren te fixeren. Verdere verruiming van de bestralingsbehandelingsmogelijkheden dient naar mijn oordeel daar plaats te vinden waar reeds radiotherapeutische infrastructuur aanwezig is.

In 2005 zal op basis van een evaluatie door het College voor Zorgverzekeringen over de toepassing van dit planningsbesluit, worden bezien of uitbreiding van het aantal centra tegen die tijd wel noodzakelijk is. Daarbij zal ook expliciet aandacht moeten worden gegeven aan de vraag waar uit oogpunt van organisatie van de zorg een maximum moet worden gesteld aan verdere uitbreiding van bestralingsmogelijkheden per centrum.

#### *Uitbreiding van capaciteit bij de bestaande centra*

Ik acht het van belang dat de aandacht van betrokken ziekenhuizen en zelfstandige centra, samen met verzekeraars en de betrokken beroepsgroepen uitgaat naar een goede waardering van de behoefte aan uitbreiding radiotherapie voor de komende jaren. Het rapport van de NVRO "Radiotherapie: onze zorg" biedt hiertoe goede aanknopingspunten. Zoals de Gezondheidsraad ook constateert is er sprake van een achterstand in de radiotherapie waardoor mogelijke kwaliteitsverbetering van de bestralingsbehandeling achterwege blijft of onvoldoende wordt gerealiseerd. In de komende 5 jaar moet deze achterstand zijn weggewerkt.

Bij de afspraken die jaarlijks worden gemaakt tussen ziekenhuizen, verzekeraars en de Minister over het financiële kader voor de bijzondere medische verrichtingen dient dan ook uitdrukkelijk rekening te worden gehouden met de behoefte aan uitbreiding van apparatuur, personeel en de noodzakelijke (bouw)investeringen ten behoeve van radiotherapie.

Hieraan ten grondslag zal een inventarisatie moeten liggen van de betrokken ziekenhuizen en zelfstandige centra in afstemming met de betrokken verzekeraars over de benodigde investeringen en exploitatiegevolgen evenals over de prioriteit der initiatieven om een realistische spreiding van de investeringswensen over een termijn van meerdere jaren te verkrijgen.

Om de behoefte aan lineaire versnellers verder in beeld te krijgen heb ik dan ook de betrokken ziekenhuizen en zelfstandige centra gevraagd om in afstemming met de betrokken verzekeraars en door tussenkomst van Zorgverzekeraars Nederland, de Vereniging van Academische Ziekenhuizen, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de Orde van medisch specialisten een overzicht op te stellen van de benodigde versnellers (en de exploitatiegevolgen ervan) en de prioriteit per initiatief waarbij tevens aandacht wordt geschonken aan de benodigde personele bezetting. Ik acht het een goede zaak indien de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie door partijen hierbij wordt betrokken.

In dat verband is het van belang op het volgende te wijzen. De budgettaire consequenties die voortvloeien uit uitbreiding van capaciteit aan radiotherapie (rente/afschrijving, vaste capaciteitskosten, productie, honorarium etc) moeten – net als de kosten voor de andere bijzondere medische verrichtingen – worden gedekt binnen de financiële ruimte die jaarlijks in de Zorgnota beschikbaar wordt gesteld. Over de manier waarop dat gebeurt zijn in de Meerjarenaafspraken tussen ziekenhuizen, medisch specialisten, verzekeraars en overheid afspraken gemaakt. Die houden in dat ten behoeve van de voorzieningen die ressorteren onder de WBMV jaarlijks afspraken worden gemaakt.

Omdat de functie radiotherapie met andere functies zoals hartchirurgie en PTCA moet concurreren bij de verdeling van de beschikbare macrokaders, waaronder het macrokader voor de bijzondere medische verrichtingen, en niet alle ziekenhuizen dezelfde functies uitoefenen, zullen de partijen op lokaal niveau ook zelf waarborgen dienen te stellen om tot een verantwoorde verdeling van de beperkt gestelde middelen voor uitbreiding

van capaciteit te komen. Dit aspect zal ook in de eerdergenoemde evaluatie door het College voor Zorgverzekeringen moeten worden bezien.

In de bijlage bij artikel 2 van het planningsbesluit zijn criteria opgenomen ter bepaling van het moment waarop uitbreiding van bestralingapparatuur in een bestaand centrum aan de orde is. Uitbreiding in een bestaand centrum komt pas aan de orde indien:

1. de mogelijkheden ontbreken om met de bestaande capaciteit in het centrum de toegenomen behoefte aan radiotherapie op te vangen. Op zich kan dit tekort het gevolg zijn van onvoldoende personeel, van onvoldoende apparatuur of een combinatie van beide factoren. In casu gaat het in het besluit vanzelfsprekend om de apparatuur. De koppeling die in het eerder genoemde rapport van de NVRO is gemaakt tussen de onderscheiden categorieën behandelingen en het aantal benodigde versnellers is bij de beoordeling in principe een goed uitgangspunt. Als er een te grote spanning ontstaat, is dat een feit waarmee rekening moet worden gehouden;

2. algemeen aanvaardbare wachttijden voor radiotherapie in het centrum stelselmatig worden overschreden. Daarvoor zijn de zgn. Treeknormen een goed uitgangspunt. Deze normen zijn nog in ontwikkeling en zullen de komende tijd verder uitgewerkt gaan worden. Ook de uitgangspunten in het advies van de Gezondheidsraad dienen hierbij te worden betrokken. Voor radiotherapie vind ik het stellen en hanteren van te aanvaarden wachttijden van groot belang. Natuurlijk moet zijn aangetoond dat in dit geval de wachttijden het gevolg zijn van een tekort aan apparatuur en moet de bedrijfstijd van de beschikbare apparatuur bij de beoordeling zijn betrokken. De bedrijfstijd van de apparaten moet immers wel maximaal worden uitgerust;

3. de organisatie van de voorziening binnen het centrum transparant en doelmatig is. Het kan natuurlijk niet zo zijn dat afwijkingen ten opzichte van het NVRO-rapport en van de gestelde aanvaardbare wachttijden als zodanig voldoende criteria zijn om tot uitbreidingen te beslissen. Vanzelfsprekend dient de apparatuur

ook optimaal te worden benut. Intensieve benutting reduceert de kosten per bestralingssessie aanzienlijk. De mogelijkheden van bedrijfstijdverlenging moeten zijn verkend. Inzichtelijk moet al met al zijn gemaakt dat er sprake is van een efficiënt werkende organisatie voor de oncologische zorg;

4. er functionerende afspraken bestaan met betrekking tot afstemming en taakverdeling tussen het centrum en de andere centra. Het gaat dus niet enkel om afspraken; ze moeten zinnig zijn en worden nageleefd.

Deze vier algemene uitgangspunten voor de beoordeling van initiatieven voor de uitbreiding van bestralingapparatuur zijn bedoeld voor het lokaal overleg ter zake.

#### *Investerings in apparatuur en/of bouw*

Voor investeringen in apparatuur is de limiet waarboven een vergunning op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen voorgeschreven is, zo gesteld dat in de praktijk daarvoor geen afzonderlijke vergunning behoeft te worden aangevraagd.

Voor bouw ten behoeve van vervanging of uitbreiding van capaciteit voor radiotherapie gelden de regelen van de Wet ziekenhuisvoorzieningen. Er is echter een tweetal bijzonderheden.

De eerste bijzonderheid is dat ziekenhuis en verzekeraar, in het hierboven geschetste besluitvormingsproces, overeenstemming moeten bereiken over de uitbreiding van de benodigde capaciteit. Daarmee ligt in feite al vast of behoefte bestaat aan bouw. Dat gegeven plaatst de afgifte van een verklaring van behoefte op grond van de wet ziekenhuisvoorzieningen in een bijzonder licht. Deze wet schrijft de afgifte voor van een dergelijke verklaring door de Minister na advisering door College Bouw en Gedeputeerde Staten van de betreffende provincie. Ik ben echter voornemens de overeenstemming tussen lokale verzekeraar en ziekenhuis bij de afgifte van de verklaring zeer zwaar te laten wegen, aangenomen tenminste dat betrokkenen er voor gezorgd hebben dat de financiële en budgettaire consequenties van de uitbreiding zijn opgenomen in het hierboven genoemde overzicht en prioritering van de benodigde versnellers.

De tweede bijzonderheid is dat ik het mogelijk maak om de financiering

van de bouwinvesteringen te realiseren via de trekkingsrechten. Achtergrond hierbij is dat de bouw van een extra bunker bij een instelling die al over een (groot) aantal bunkers beschikt te karakteriseren valt als reguliere instandhoudingsbouw. Voorwaarde is natuurlijk wel dat een dergelijk project is opgenomen in het Lange termijn Huisvestingsplan en dat er voldoende trekkingsrechten beschikbaar zijn. Als er onvoldoende trekkingsrechten zijn staat het verklaring/vergunningstraject open. Voordeel van de keuze voor de inzet van trekkingsmiddelen is dat er sprake is van een eenvoudige en snelle procedure. Voor academische ziekenhuizen geldt dat de zgn. meldingsregeling gebruikt kan worden.

Met name de algemene en de academische ziekenhuizen zullen van deze vereenvoudiging kunnen profiteren. Zij beschikken immers over aanzienlijke hoeveelheden trekkingsrechten. Voor de zelfstandige en categorale radiotherapeutische centra zijn de mogelijkheden op dit punt veel beperkter waardoor bouwkundige aanpassingen in de praktijk via de verklaring- en vergunningprocedure zullen moeten blijven lopen.

#### *WTG-beleidsregels*

In samenspraak met Zorgverzekeraars Nederland, de Vereniging van Academische Ziekenhuizen en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen heeft de NVRO de afgelopen periode uitwerking gegeven aan een nieuw stelsel van definities en uitgangspunten voor de organisatie van de radiotherapie. Inmiddels heeft het College tarieven gezondheidszorg op basis van deze systematiek nieuwe beleidsregels en nieuwe (kosten)inventarissen vastgesteld. Met het door de NVRO omschreven basispakket en de daaraan gekoppelde opsomming van apparatuur die hoort bij een modelafdeling radiotherapie kan de werklast en de zorgzwaarte goed in beeld gebracht worden.

In dit verband zijn twee punten van belang.

1. In de beleidsregels van het College tarieven gezondheidszorg is dus voor de bekostiging van vervanging van apparatuur een voorziening getroffen. Het betreft de beleidsregel I-424; investeringen 2000. Aanpassing van de beleidsregel (m.n. 3.2.4. en 5.) is

nodig om deze aan te laten sluiten op de mogelijkheden om de financiering van de bouwinvesteringen te realiseren via de trekkingsrechten.

2. Het CTG wijst er in zijn reactie op het ontwerp planningsbesluit op dat de huidige generatie apparatuur een snelle ontwikkeling doormaakt naar nieuwere, veiligere, preciezere en effectievere bestralingsapparatuur, die echter veel duurder is. Het gevolg is dat de nieuwe beleidsregels inmiddels niet langer aansluiten bij de huidige investeringskosten voor bestralingsapparatuur.

Ik zal het CTG verzoeken de betreffende beleidsregel op beide genoemde punten te bezien.

#### *Kwaliteit van radiotherapeutische zorg*

De beroepsgroep Radiotherapie houdt zich intensief bezig met kwaliteitsborging en de bevordering van doelmatigheid. Landelijke richtlijnen met betrekking tot de radiotherapeutische behandelingen van patiënten met bijvoorbeeld longtumor of mammacarcinoom zijn opgesteld. De Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie werkt daarbij nauw samen met de Vereniging van Integrale Kankercentra en met het Landelijk Oncologisch Beraad. De vereniging heeft een systeem van visitaties van niet-opleidingsklinieken ontwikkeld dat in combinatie met visitaties van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica (NVKF) wordt uitgevoerd. Daarbij wordt ook de kwaliteit van het gehele zorgproces op een afdeling radiotherapie in de beoordeling meegenomen. In het verleden hiervan is een proces van certificering in gang gezet waarbij aansluiting is gezocht met internationale ontwikkelingen. Al deze activiteiten zijn ook terug te vinden in het door de vereniging opgestelde curriculum voor het onderwijs van de opleiding tot radio-

therapeut. Daarin zijn niet alleen onderwijsdoelen maar ook de eindtermen van het vijfjarige curriculum nauwkeurig omschreven. Patiëntgerichte dosimetrie en kwaliteitscontrole van apparatuur op bestralingsafdelingen is vast onderdeel binnen de radiotherapeutische praktijk. Dit is terug te vinden in het door de NVKF opgestelde curriculum voor het onderwijs van de opleiding tot klinisch fysicus in de radiotherapie.

Onderzoek naar de (kosten)effectiviteit is binnen de beroepsgroep sterk ontwikkeld. De waarde van (pre- en postoperatieve) radiotherapie en de rol van palliatieve radiotherapie worden in nationale en internationale studies onderzocht. Het optreden van late stralenschade vormt daarvan een belangrijk onderdeel. Ook op het terrein van producttypering en kostprijs-onderzoek zijn initiatieven ontplooid mede om daarmee een bijdrage te leveren aan het transparant maken van de relatie werklast en financiering van uitwendige en inwendige radiotherapie.

#### *Verdere ontwikkeling van de radiotherapie*

Sommige vormen van bestraling zijn nog in ontwikkeling, zoals neutronenbestraling, intravasculaire brachytherapie en sommige bestralingen bij benigne aandoeningen. Implementatie van een aantal nieuwe technieken vindt niet of op zeer beperkte schaal plaats ( intraoperatieve radiotherapie, stereotactische bestraling en , bestraling gecombineerd met hyperthermie , geaccelereerde en gehyperfractioneerde radiotherapie, IMRT, 3D conformatietechnieken). In haar advies uit 1993 ('Ontwikkelingen in de radiotherapie') heeft de Gezondheidsraad aangegeven dat de meeste van deze technieken hun waarde reeds hebben bewezen. Deze nieuwe vormen van tele- en brachytherapie, die gebruikt

worden voor de reguliere patiëntenzorg, vallen onder dit planningsbesluit. Sommige van deze nieuwe technieken zullen algemeen toepassing (gaan) vinden in de centra voor radiotherapie. Voor een aantal technieken zal de beschikbaarheid in enkele centra afdoende zijn. Het is uitdrukkelijk de bedoeling dat ten aanzien van de verdere ontwikkeling van de radiotherapie een taakverdeling tussen de centra tot stand komt. Een landelijk spreidingsbeleid heeft het voordeel dat de behoefte aan apparatuur voor de diverse toepassingsvormen in onderlinge afstemming tussen de centra kan worden afgesproken.

#### *Deregulering*

Ten opzichte van het vorige planningsbesluit radiotherapie is sprake van deregulering. Allereerst is de behoefte aan capaciteitsuitbreiding in de, met een vergunning functionerende, centra geen onderwerp meer van besluitvorming door de Minister maar van het lokale overleg tussen verzekeraars en aanbieders. Ook de regelgeving om uitbreidingen van vergunningplichtige apparatuur bij bestaande centra te realiseren, is vereenvoudigd. In hoeverre deze deregulering op termijn daadwerkelijk leidt tot kwalitatief goede, doelmatige en voldoende toegankelijke radiotherapeutische zorg zal onderwerp zijn van het eerdergenoemde evaluatieonderzoek van het College voor zorgverzekeringen.

*De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,  
E. Borst- Eilers.*