

Vergaderjaar 1998–1999

26 275

Positionering academische ziekenhuizen

Nr. 2

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 2 april 1999

Een aantal in de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ vertegenwoordigde fracties hebben de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen een aantal vragen voorgelegd over het beleidsstandpunt Positionering academische ziekenhuizen.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft deze vragen, mede namens de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen, beantwoord bij brief van 2 april 1999.

Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Essers

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Swildens-Rozendaal (PvdA), ondervoorzitter, Bijleveld-Schouten (CDA), Middel (PvdA), Essers (VVD), voorzitter, Dankers (CDA), Oudkerk (PvdA), Lambrechts (D66), Rijpstra (VVD), Rouvoet (RPF), De Vries (VVD), Van Vliet (D66), Van Blerck-Woordman (VVD), Passtoors (VVD), Eisses-Timmerman (CDA), Gortzak (PvdA), Hermann (GL), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Van Gent (GL), Arib (PvdA), Spoelman (PvdA), Kant (SP), E. Meijer (VVD) en Van der Hoek (PvdA).

Plv. leden: Van 't Riet (D66), Rehwinkel (PvdA), Eurlings (CDA), Apostolou (PvdA), Örgü (VVD), Van de Camp (CDA), Noorman-den Uyl (PvdA), Ravestein (D66), Weekers (VVD), Schutte (GPV), Cherribi (VVD), Schimmel (D66), Terpstra (VVD), Udo (VVD), Visser-van Doorn (CDA), Belinfante (PvdA), Harrewijn (Groen-Links), Ross-van Dorp (CDA), Hamer (PvdA), Th. A. M. Meijer (CDA), Rosenmöller (GL), Duijkers (PvdA), Smits (PvdA), Marijnissen (SP) en O. P. G. Vos (VVD).

1 en 2 (PvdA-fractie)

«Waarop is volgens de ministers de constatering gebaseerd dat de academische ziekenhuizen relatief ver gevorderd zijn met de ontwikkeling tot geïntegreerde organisatie voor medisch specialistische zorg?»
«Kan worden aangegeven welk verschil er bestaat tussen academische ziekenhuizen ten aanzien van integratie?»

De medisch specialisten in de academische ziekenhuizen bekleeden van oudsher binnen de organisatie leidinggevende posities, bijvoorbeeld als afdelingshoofden. Hierdoor wordt onder eenhoofdige leiding de integratie van de diverse taken van het academisch ziekenhuis verwezenlijkt, tegelijk is dit een belangrijk element in de samenhang van diverse ziekenhuisfuncties. Het geïntegreerde bedrijf is in alle academische ziekenhuizen gelijkelijk gerealiseerd. De facturering voor de medisch-specialistische zorg («de maatschap») en de overige kosten door het academisch ziekenhuis geschiedt geïntegreerd.

Samenhang in de zorgverlening, niet in het minst binnen het (academisch) ziekenhuis, achten wij om tal van redenen een vanzelfsprekendheid in de gezondheidszorg anno 1999. De ontwikkeling van een geïntegreerde organisatie voor medisch-specialistische zorg in het ziekenhuis is hiervan een naar ons oordeel belangrijk onderdeel. Deze is bijvoorbeeld gemakkelijker in staat te komen tot overeenkomsten met externe partijen zoals andere ziekenhuizen in de regio, thuiszorgorganisaties, verpleeghuizen, regionale huisartsenorganisaties, samenwerkingsverbanden van apothekers en dergelijke. Zoals aangegeven in paragraaf 2.2 van de notitie is dit naar ons oordeel een positief element. Men kan deze ontwikkeling aflezen aan bijvoorbeeld het ontstaan van medische beleidsplannen in de academische ziekenhuizen, geïntegreerde begrotingen, budgetbeheer en andere beheersmethodieken op basis van managementinformatie, sociaal beleid, etc.; het gaat om documenten die onder leiding van het bevoegd gezag doch met sterke inbreng vanuit de medisch-inhoudelijke deskundigheid worden opgesteld en een groot draagvlak (moeten) bezitten. Zulke beleidsplannen worden in de academische ziekenhuizen reeds jaren gebruikt en hebben een sturend en samenbindend effect. De combinatie van taken in het academisch ziekenhuis -patiëntenzorg, onderwijs, onderzoek, ontwikkeling en opleiding, is voor de medisch specialisten in het academisch ziekenhuis (die tevens belast zijn met onderwijs, onderzoek, ontwikkeling en opleiding) en het eindverantwoordelijk bestuur (als zodanig beschreven in de WHW) een zwaarwegend motief voor een geïntegreerde organisatie. De indruk bestaat dat voorts het dienstverband voor alle medewerkers (dus ook de specialisten) in het academisch ziekenhuis in deze een gunstige rol speelt.

De vorming van nieuwe organisatie-eenheden in het (academisch) ziekenhuis (divisies, clusters, behandel-zorg-eenheden, e.d.) die wel wordt aangeduid als «kanteling», waarbij nieuwe functionaliteiten tot hun recht komen, is ook een manifestatie van de door ons bedoelde geïntegreerde organisatie. De logistieke uitvloeisels hiervan kunnen voor de patiënt een wezenlijke verbetering zijn. Uiteraard kunnen individuele academische ziekenhuizen tot uiteenlopende keuzen komen ten aanzien van de wijze van ordening.

3 en 9 (PvdA-fractie)

«Wordt de innoverende rol van academische ziekenhuizen alleen verwacht of wordt er ook daadwerkelijk geëvalueerd in hoeverre aan deze verwachting wordt voldaan?»
«Vanwege de relatie met de medische faculteit enerzijds en hun positie in de zorgnetwerken anderzijds spelen de academische ziekenhuizen een grote rol in de ontwikkeling en implementatie van kennis. De ministers

achten het van het grootste belang dat er goede en kenbare afspraken worden gemaakt op landelijk en lokaal niveau over wetenschappelijk onderzoek en de inzet van participanten. Hoe willen de ministers deze afspraken in de praktijk vorm geven? Kunnen de ministers tevens aangeven wat de huidige stand van zaken is ten aanzien van het overleg tussen de academische ziekenhuizen en overige gezondheidszorginstellingen op het gebied van taakverdeling?»

Van de academische ziekenhuizen mag een belangrijke publieke en maatschappelijke functie verwacht worden. Als kenniscentrum is het academisch ziekenhuis bij uitstek geschikt zijn deskundigheid en informatie aan anderen ter beschikking te stellen. Het innovatieve vermogen uit zich in de ontwikkeling van nieuwe functies en de verbetering van bestaande functies. De rol die de academische ziekenhuizen in dit verband voor anderen vervullen hangt evenwel samen met de opbouw van netwerken en mate van participatie van anderen daarin. In dit verband is in de meerjarenafspraken afgesproken dat NVZ, VAZ en Orde initiatief nemen voor het opstellen van een sectorale zorgvisie. In deze visie worden het inhoudelijk beleid en de positionering van alle ziekenhuizen in het totale zorgveld uitgewerkt. Deze visie geeft dan tevens een kader voor de beoordeling van de uitgesproken verwachting.

Het is ons bekend dat de academische ziekenhuizen samen met de medische faculteiten streven naar een intensievere relatie met enkele grotere algemene ziekenhuizen; naar onze mening is dit een goede weg die ook kan leiden tot snellere toepassing van wetenschappelijke resultaten.

Voor wat de lokale samenwerking betreft beschikt de overheid niet over een volledig overzicht. Wel is bekend dat, reeds vele jaren, algemene ziekenhuizen, andere zorginstellingen en ook huisartsen met academische ziekenhuizen samenwerken bij onderzoek, bijvoorbeeld projecten waaraan grotere aantallen patiënten moeten meewerken of transmurale projecten.

Voor wat het medisch-wetenschappelijk onderzoek betreft wordt gewezen op de openbaarheid waarin het universitaire onderzoek in ons land plaatsvindt; uiteraard geldt dit evenzo voor de academische ziekenhuizen. Voorts wordt regelmatig door de Koninklijke Nederlandse Academie van wetenschappen (KNAW) een uitvoerige evaluatie verzorgd. Naar verwachting biedt de KNAW deze, thans mede gebaseerd op oordelen van buitenlandse experts, in april 1999 aan.

Innovaties dienen ook hun weg te vinden in het onderwijs aan studenten in de geneeskunde, in de opleiding van medisch-specialisten, in na- en bijscholing, de organisatie van congressen en via publicaties. Uiteraard spelen de academische ziekenhuizen hier een essentiële rol. Deskundigen uit academische ziekenhuizen werken verder actief mee in tal van andere voor ons beleid relevante gremia en programma's, zoals Commissies van de Gezondheidsraad, het programma gericht op kosten-evaluatie van richtlijnen dat aan het iMTA is opgedragen, vele programma's van ZON, etc.

4, 17 en 42 (resp. PvdA-fractie, resp. VVD-fractie, resp. GroenLinks-fractie)
«Hoe wordt vorm gegeven aan de faciliterende verantwoordelijkheid van de overheid door het wegnemen van schotten?»

«Kunnen de Ministers voorbeelden aandragen waarin de ontschotting al daadwerkelijk heeft plaatsgevonden?»

«De veelheid van regels werkt belemmerend op de ontwikkeling van brede en diverse samenwerkingsverbanden. Zijn de ministers bereid haast te maken met de ontschotting dan wel deregulering, zodat binnen afgesproken kaders gewerkt kan worden met verantwoording achteraf?»

In algemene zin geldt dat de overheid bereid is oplossingen te zoeken ingeval wet- en regelgeving blokkades (schotten) opwerpen voor gewenste vormen van samenwerking en netwerkvorming. De vaak als barrière voor de organisatie van een zorgcontinuüm ervaren scheiding tussen het eerste (langdurige zorg) en tweede (kortdurende zorg) compartiment is een goed voorbeeld van waar de overheid haar bereidheid toont om een en ander te faciliteren. Zo zijn er in het Regeerakkoord twee experimenten op dit gebied aangekondigd, die in de loop van deze kabinetsperiode gestalte zullen krijgen. Op basis van de ervaringen die hier zullen worden opgedaan zullen eventueel structurele maatregelen worden getroffen. Overigens zijn inmiddels de nodige wet- en regelgeving al zodanig opgerekt, dat «ontschotte» zorg gemakkelijker realiseerbaar is. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan de «flexizorgregeling» bij de ziekenfondsen. Op basis daarvan wordt onder meer op twee plaatsen intraveneuze behandeling thuis toegepast en vindt elders een zogenoemd project «grensverleggende dagverpleging» plaats, waarbij een deel van de behandeling thuis plaatsvindt. Ook de meerjarenafspraken zijn er op gericht om de vrijheidsgraden voor samenwerking en ontschotting in de regio te vergroten. Deze meerjarenafspraken zijn gebaseerd op het principe van kaderstelling vooraf en verantwoording achteraf.

5 (PvdA-fractie)

«Hoe wordt aan de voorwaarde voor benchmarking, namelijk risicodragende verzekeraars, vorm gegeven?»

In het najaarsakkoord in het kader van de meerjarenafspraken is met ZN overeengekomen dat het overleg over het verdergaand risicodragend maken van de zorgverzekeraars in de komende jaren zal worden gecontinueerd. Uit dit overleg zullen afspraken naar voren moeten komen over de stappen die daartoe concreet moeten worden gezet. Overigens is inmiddels per 1 januari 1999 de nacalculatie bij het budgetonderdeel «overige verstrekkingen» tot nul gereduceerd.

6, 11 en 23 (resp. PvdA-fractie, resp. VVD-fractie, resp. CDA-fractie)

«Gedurende de afgelopen jaren is de samenhangende aansturing door faculteit en ziekenhuis steeds duidelijker geworden. Met betrekking tot bestuurlijke vormgeving van de samenhang worden echter niet overal dezelfde keuzen gemaakt. Waarom is dit volgens de ministers niet noodzakelijk? Welke rol speelt het concept van het centrum voor academische geneeskunde en gezondheidszorg hierbij?»

«De Ministers spreken de wenselijkheid uit van een meer samenhangende aansturing door medische faculteit en academisch ziekenhuis (AZ) en zoveel mogelijk verantwoordelijkheid bij uitvoerende partijen. Betekent dit a. een stimulering van fusies tussen academische ziekenhuizen en medische faculteiten, b. een wijziging in de huidige financiering en c. een verantwoordelijkheid in overeenstemming met die van universiteiten voor academische ziekenhuizen?»

«Kan al worden aangegeven of de ontwikkeling naar bestuurlijke integratie van medische faculteiten en academische ziekenhuizen naar universitaire medische centra om aanpassing van de wet- en regelgeving vraagt? Hoe denken de bewindslieden van OCW en VWS hun gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de universitaire medische centra vorm te geven?»

Zoals beschreven in paragraaf 3.1 van de notitie ontwikkelen zich «centra voor academische geneeskunde en gezondheidszorg». Er is sprake van toenemende samenwerking tussen faculteit en ziekenhuis die door ons positief wordt opgevat. Vandaar dat wij hebben uitgesproken waar nodig aandacht te besteden aan aanpassing van de regelgeving. Het is duidelijk

dat momenteel zowel het tempo als de bestuurlijke vormgeving verschillen tussen de locaties. In dit stadium is dit naar ons oordeel niet bezwaarlijk, al was het maar omdat niet zonder meer een bepaalde constructie evident te prefereren zou zijn boven de andere. Wij achten het niet noodzakelijk dat academisch ziekenhuis en medische faculteit overal dezelfde keuzen maken ten aanzien van de bestuurlijke vormgeving. De WHW scheidt waarborgen om een doelmatige samenwerking op het terrein van het wetenschappelijk geneeskundig onderwijs en onderzoek tussen de universiteit en het academisch ziekenhuis te bevorderen. Daadwerkelijke invulling hiervan wordt overgelaten aan de instellingen zelf. De wetgever heeft ervan afgezien één model voor de bestuurlijke vormgeving voor te schrijven. Het staat op dit moment derhalve nog niet vast of nieuwe wetgeving noodzakelijk is en dus evenmin in welke zin aanpassing wenselijk is.

In antwoord op de vraag welke rol het concept van het centrum voor academische geneeskunde en gezondheidszorg hierbij speelt, wijzen wij op de groeiende wens bij de bestuurders om samenhangende taken van academisch ziekenhuis en medische faculteit via samenhangende aansturing uit te voeren.

Er is geen sprake dat wij fusies tussen academische ziekenhuizen en medische faculteiten stimuleren, evenmin als een wijziging in de financiering. Wij beraden ons thans over de gevolgen van de huidige medische clustervorming voor de wet- en regelgeving (WHW) en de pro's en contra's van clustervorming voor het geneeskundig onderwijs, onderzoek en de patiëntenzorg. Wij achten het nu nog te vroeg om, vooruitlopend op de uitkomsten van dit beraad, al concrete uitspraken te doen voor de toekomst ten aanzien van fusies, financiering en verantwoordelijkheden.

In dit verband wijzen wij nog op de verkenning die thans plaats vindt van regelgeving in de WHW, die belemmerend werkt voor de zelfregie van de instellingen. In het aanstaande ontwerp-Hoger Onderwijs en OnderzoekPlan 2000, dat in september wordt uitgebracht, zullen de bevindingen van deze verkenning worden opgenomen.

7 (PvdA-fractie)

«Ten behoeve van het vervullen van opgedragen werkzaamheden ten dienste van het wetenschappelijk geneeskundig onderwijs en onderzoek hebben de academische ziekenhuizen aanspraak op een vastgesteld deel van de rijksbijdrage voor de universiteit waaraan het ziekenhuis verbonden is. Welk bedrag omvat dit deel van de rijksbijdrage?»

Voor 1999 bedraagt het rijksbijdragedeel academische ziekenhuizen f 868 mln.

8 (PvdA-fractie)

«Om kwantitatieve en kwalitatieve redenen is het academisch ziekenhuis niet meer de exclusieve werkplaats voor de medische opleiding. Een belangrijk deel van de co-assistentenschappen vindt namelijk plaats in geaffilieerde ziekenhuizen. De ministers en de visitatiecommissie vinden dat kwaliteitsaspecten voorop dienen te staan bij de keuze voor een bepaalde inrichting van de co-schappen. Op welke kwaliteitsaspecten doelen de ministers en de commissie?»

De instellingen zijn zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van het onderwijs dat zij bieden. Wij matigen ons geen inhoudelijke opvatting aan over de wijze waarop de co-schappen worden ingericht. Dat neemt niet weg dat het Raamplan 1994, met de algemene- en discipline gebonden eindtermen van de medische opleiding, door de instellingen op verzoek

van de Ministers van OCenW en VWS is gemaakt. De instellingen hebben vervolgens zelf besloten om het Raamplan als richtsnoer te gebruiken bij het onderwijsprogramma en als richtsnoer bij de visitatie geneeskunde van 1997. Verder fungeerde een deel van het Raamplan bij de AmvB opleidingseisen van de wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg. In het Raamplan wordt het profiel van een net afgestudeerde arts beschreven.

Een co-assistent zal, uitgaande van het Raamplan 1994, aan het einde van zijn studie over een aantal vaardigheden, een bepaalde hoeveelheid kennis en een bepaalde attitude moeten beschikken. Daarvoor moet hij in aanraking komen met een representatieve weergave van ziektebeelden en zieken. Aangezien de zorg in het academisch ziekenhuis vooral topklinisch van aard is, zal een deel van de klinische stage zich buiten de muren van het academisch ziekenhuis moeten afspelen. Dit varieert van een geaffilieerd ziekenhuis tot een instelling voor de extramurale gezondheidszorg (bijvoorbeeld een RIAGG).

De mate waarin er buiten de academische ziekenhuizen co-schappen worden gelopen behoort tot de eigen verantwoordelijkheid van de instellingen en verschilt daarom ook per locatie.

9 (PvdA-fractie)

Het antwoord is samengevoegd bij vraag 3.

10, 44, 52 en 67 (resp. PvdA-fractie, resp. GroenLinks-fractie, resp. SP-fractie, resp. SGP-fractie)

«Met betrekking tot de aansturing en de financiering van alle medische en tandheelkundige toekomstige specialisaties wordt volgens de ministers thans overleg gevoerd met een door de veldpartijen geformeerde stuurgroep opleidingsfonds. Zijn de ministers bereid de Kamer tussentijds te rapporteren over de stand van het overleg?»

«Wanneer kan de Kamer de eerste adviezen verwachten van het Capaciteitsorgaan en de Stuurgroep Opleidingsfonds?»

«Hebben de academische ziekenhuizen (en de medische faculteiten) de fysieke mogelijkheden om de door de Kamer bepleite verhoging van de numerus fixus voor geneeskunde en tandheelkunde te accommoderen, ervan uitgaand dat de financiering door het ministerie van OCenW geregeld wordt?»

«Kunnen de ministers aangeven of en zo ja voor hoeveel de werkplaatsfunctie in de verhoging van de numerus fixus is meegenomen?»

«Kunnen zij aangeven in hoeverre de nieuwe bestuurlijke structuur bijdraagt aan het oplossen van knelpunten in de opleiding van specialisten.»

«Hoe zit het met de voortgang van het op te richten capaciteitsorgaan?»

«Wat zijn de resultaten van het overleg met de Stuurgroep Opleidingsfonds met betrekking tot de toekomstige aansturing en financiering van alle medische en tandheelkundige specialisaties?»

Het overleg met de Stuurgroep Opleidingsfonds heeft geleid tot overeenstemming over een door partijen op te richten Capaciteitsorgaan en College van Toezicht. Betrokken partijen zijn medische beroepsbeoefenaren, opleidingsinstellingen en zorgverzekeraars. Het Capaciteitsorgaan krijgt tot taak jaarlijks een capaciteitsplan op te stellen voor de planning en de financiering van de medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen. Het plan wordt door de minister van VWS vastgesteld. Het is aan de betrokken organisaties (bij voorbeeld wetenschappelijke verenigingen en Stichting Beroepsopleiding tot Huisarts) om tot invulling van de opleidingsplaatsen te komen. Een College van Toezicht zal nagaan in hoeverre de vastgestelde opleidingscapaciteit is gerealiseerd.

Het ministerie van VWS subsidieert het Capaciteitsorgaan en het College van Toezicht met een totale startsubsidie van 0,5 miljoen gulden in 1999 en van 1 miljoen gulden vanaf 2000. Een evaluatie van de nieuwe opzet zal na twee jaar geschieden. Nadere afspraken zullen nog worden gemaakt over de wijze waarop de academische ziekenhuizen zullen worden meegenomen.

De betrokken partijen hebben inmiddels ingestemd met de overeengekomen opzet. De Stuurgroep Opleidingsfonds is thans gestart met de voorbereiding voor de nadere uitwerking ervan. Het Capaciteitsorgaan wordt in mei 1999 opgericht. Vervolgens zal kunnen worden begonnen met de opstelling van het eerste capaciteitsplan.

Door de gestructureerde aanpak zal een helder beeld ontstaan over de gewenste opleidingscapaciteit van de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen. Tevens kan tijdig worden geconstateerd wanneer knelpunten zich zullen voordoen. Bij de opstelling van het plan zal onder meer rekening kunnen worden gehouden met substitutie en transmuralsatie. Wanneer het capaciteitsplan door de minister van VWS is vastgesteld is duidelijk hoe groot de opleidingscapaciteit inclusief de uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen werkelijk zal zijn. De financiering van de plaatsen voor uitbreiding zal geschieden binnen de beschikbare middelen in het kader van de meerjarenafspraken.

Over de vraag in hoeverre de ophoging van de numerus fixus fysiek te realiseren is en hoe de werkplaatsfunctie in de verhoging is meegenomen, het volgende.

Het landelijk beschikbare budget voor universiteiten (zie antwoord op vraag 27) is vanaf het begrotingsjaar 2000 verhoogd met f 7 mln. oplopend tot f 19 mln. in 2004. De VSNU (Vereniging Samenwerkende Nederlandse Universiteiten) heeft aangegeven dat hiermee tenminste de helft van de door ons bepleite verhoging van de numerus fixus, inclusief de werkplaatsfunctie, kan worden gerealiseerd. In de berekening van de f 19 mln. is f 14 mln. begrepen voor de werkplaatsfunctie. Het is aan de universiteit c.q. de medische faculteit om te bepalen hoe deze middelen worden aangewend.

Benadrukt wordt dat met deze inzet niet de gehele vanuit gezondheidszorg- en arbeidsmarktoverwegingen benodigde ophoging van de fixus kan worden gerealiseerd. Hiervoor zou additioneel nog een bedrag van f 19 mln. structureel benodigd zijn. Tenslotte wordt nog opgemerkt dat van een nog verder oplopende druk op dit punt sprake is. Actuele inzichten duiden erop dat een verdere uitbreiding noodzakelijk is vanuit de eerder genoemde overwegingen.

11 (VVD-fractie)

Het antwoord is samengevoegd bij vraag 6.

12, 24 en 61 (resp. VVD-fractie, resp. CDA-fractie, resp. SP-fractie)

«Voorzichtig wordt in de notitie meer verantwoordelijkheid ten aanzien van de bouw neergelegd bij het AZ. Ook wordt de noodzaak om snel op ontwikkelingen in te kunnen springen, benadrukt. Betekent dit voor bouwactiviteiten, zeker voor verbouw en aanpassingen, niet dat de verantwoordelijkheid na vaststelling van het budget geheel bij het AZ moet komen te liggen?»

«Wanneer kunnen concrete voorstellen tegemoet worden gezien met betrekking tot uniformering van het bouwregime voor de medische faculteiten en de academische ziekenhuizen?»

«Kan een reactie gegeven worden op de voorstellen van de VAZ wat betreft verdergaande decentralisatie met betrekking tot de bouw.»

Gesproken wordt in de notitie over het inlopen van de achterstand die de academische ziekenhuizen, vergeleken met de algemene ziekenhuizen,

hebben met betrekking tot de verantwoordelijkheid over de instandhouding. De daarmee samenhangende bestuurlijke en technische vraagstukken zullen in 1999 worden uitgewerkt. Deze problematiek heeft onze eerste aandacht. De mogelijkheden die het Planning en Bouwvolume Academische ziekenhuizen biedt worden daartoe verkend in een werkgroep die de aan te passen meldingsregeling onderzoekt en voorbereidt. Deze werkgroep zal binnenkort aan de slag gaan. Een concrete datum waarop voorstellen beschikbaar zullen zijn is nu nog niet te noemen.

Naar verwachting zullen (mogelijke) afstemmingsproblemen tussen academisch ziekenhuis en faculteit vanwege procedures hiermee vermeden worden. Over een verdergaande vorm van decentralisatie zullen wij in tweede instantie met betrokkenen de te hanteren uitgangspunten bespreken.

13 (VVD-fractie)

«Er is wederom een meerjarenafpraak gemaakt met AZ's. De VAZ constateert dat er evenwel veel te weinig mogelijkheden zijn voor technische ontwikkelingen. Dit betekent dat er keuzes gemaakt dienen te worden. Wordt er in het ontwikkelingsgeneeskundig traject uitgebreid onderzoek gedaan naar de kosten van behandelingen per toegevoegd kwalitatief goed jaar?»

Voor zover mogelijk wordt bij ontwikkelingsgeneeskundig onderzoek gebruik gemaakt van «kosten per QALY» hetgeen wil zeggen, de kosten van voor kwaliteit van leven gecorrigeerde levensverlenging in jaren. Het meten van het effect van de behandeling op de kwaliteit van leven is echter lang niet altijd mogelijk en dan moeten de onderzoekers in plaats van de bekende klinische parameters als de lengte en de kwaliteit van leven gebruik maken van zogenoemde surrogaat-parameters. De vooronderstelling daarbij is dat er een relatie bestaat tussen een gunstige reactie op de behandeling gemeten aan de hand van de surrogaat-parameter en het optreden van een verbetering van de lengte en/of kwaliteit van leven door de behandeling. Voorbeelden van surrogaat-parameters zijn een daling van de HIV-virus load, afname van de grootte van tumoruitzaaiingen of verbetering van de cognitieve functies onder invloed van een behandeling. Het gebruik van dergelijke uiteenlopende criteria om de therapeutische waarde van nieuwe technologieën in kaart te brengen, maakt de onderlinge vergelijkbaarheid van deze technologieën er niet eenvoudiger op en bemoeilijkt het proces van keuzes met betrekking tot de toelating van nieuwe technologieën tot het wettelijke verstrekkingenpakket. Dit probleem van de moeizame onderlinge vergelijkbaarheid van maat voor effectiviteit krijgt aandacht van de kant van wetenschappelijke onderzoekers en van beleidsadviserende instanties zoals de Ziekenfondsraad.

14, 29, 30, 37, 38 en 53 (resp. VVD-fractie, resp. CDA-fractie, resp. CDA-fractie, resp. D66-fractie, resp. D66-fractie, resp. SP-fractie)

«Is het waar dat de ontwikkelingsgeneeskunde is overgedragen van de Ziekenfondsraad naar het NWO? Zo ja, zijn de AZ's daarbij betrokken geweest? Wat waren de redenen voor deze overheveling?»

«Wordt het ontwikkelingsgeneeskundetraject via de Ziekenfondsraad ook in de toekomst gecontinueerd? Welk budgettair kader is daar de komende jaren voor beschikbaar? Welke financiële ruimte is voorzien om positief beoordeelde nieuwe medische mogelijkheden ook structureel te kunnen bekostigen? Gebleken is dat de aansluiting op afgelopen ontwikkelingsgeneeskunde projecten en structurele bekostiging uitermate moeizaam verloopt. Hoe kan daar verbetering in aangebracht worden?»

«Kan inzicht worden gegeven in de stand van zaken van de bekostiging voor het bevorderen van de doelmatigheid in de geneeskunde (Evidence

Based Medicine) en de implementatie van de uitkomsten? Verloopt de bekostiging naar wens? Hoe wordt verder vorm gegeven aan dit beleid?»
«Waarom is het programma «Ontwikkelingsgeneeskunde» overgeheveld van de Ziekenfondsraad naar NWO?»
«Zijn de subsidieprocedures en -voorwaarden voor subsidiëring van de doelmatigheidsprojecten van AZ-en al ter beschikking gekomen?»
«Kan een reactie worden gegeven op de opmerking van de VAZ dat de ingeboekte bedragen voor groei in academische ziekenhuizen in het jaar 2000 en erna volstrekt onvoldoende zijn om nieuwe technologische ontwikkelingen toegankelijk te maken in Nederland?»

Voor het VWS-beleid op het terrein van gezondheidsonderzoek, nemen twee intermediaire organisaties een centrale positie in, namelijk MW-NWO en ZON. De ZFR is geen intermediaire organisatie voor onderzoek hetgeen betekent dat de aansturing van onderzoek op het terrein van doelmatigheid elders zal moeten worden ondergebracht. Als bewaker en regisseur van een doelmatige aanwending van (collectieve) middelen voor de zorg heeft de ZFR echter zeer goed inzicht op welke terreinen doelmatigheidsonderzoek gewenst is. De ZFR is daarom gevraagd jaarlijks aan de minister van VWS, de eerste maal in april 2000, te rapporteren omtrent prioriteiten met betrekking tot onderzoek naar met name bedrijfsmatige doelmatigheid. Deze rapportage van de ZFR kan vervolgens aanleiding vormen de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) te vragen de minister van VWS op specifieke gebieden nader te adviseren. In deze opzet heeft de minister van VWS een meer centrale rol want elke twee jaar zal die, naar aanleiding van de adviezen van de RGO, voor het eerst voor 1 januari 2001, beslissen welke programmeringsopdrachten inzake onderzoek en ontwikkeling op het gebied van doelmatigheid aan MW-NWO, ZON respectievelijk de ZFR zullen worden gegeven.

Op basis van deze aangescherpte verdeling van verantwoordelijkheden is in april 1998 aan de ZFR, MW-NWO en ZON gevraagd in tripartiete overleg de overheveling van ontwikkelingsgeneeskunde van de ZFR naar NWO ter hand te nemen. Op basis van de resultaten van dit overleg heeft de minister van VWS besloten dat er een nieuw te vormen NWO-commissie doelmatigheidsonderzoek komt, waarbij de ontwikkelingsgeneeskunde zal worden ondergebracht. Deze nieuwe commissie zal van gemengde samenstelling zijn dat wil zeggen in deze commissie zal het gaan om een combinatie van leden met wetenschappelijke kennis op het terrein van toegepast doelmatigheidsonderzoek en leden met aangetoonde affiniteit voor bestuurlijke en beleidsmatige aangelegenheden. De samenstelling van de commissie vindt, na overleg tussen MW-NWO, ZFR en ZON plaats op voordracht van de minister van VWS. De activiteiten van deze nieuwe NWO-commissie doelmatigheidsonderzoek vangen aan met de ronde 2001. Voor het programma zal op jaarbasis een bedrag van f 27 mln. aan premiemiddelen beschikbaar worden gesteld; dit betekent dus dat het totale budget voor ontwikkelingsgeneeskunde, inclusief de f 8 mln. van het programma doelmatigheidsonderzoek van de VAZ op termijn naar NWO overgaat. Met betrekking tot genees- en hulpmiddelen en doelmatigheid kan de ZFR vooralsnog beschikken over f 20 mln. op jaarbasis.

De hierboven beschreven gang van zaken betekent een verandering van de huidige situatie. Om de continuïteit van het doelmatigheidsonderzoek te waarborgen zijn voor de overgangperiode maatregelen genomen. De ZFR en MW-NWO hebben de ronde ontwikkelingsgeneeskunde 2000 op de gebruikelijke wijze ter hand genomen. Tot ons genoegen gaat het programma doelmatigheidsonderzoek van de VAZ per 1 april 1999 van start. Tenslotte worden, gelijktijdig met de start van de nieuwe commissie

doelmatigheidsonderzoek bij NWO, een aantal doelmatigheidsprogramma's, die tot nu toe vanuit VWS werden aangestuurd en begeleid, overdragen aan ZON respectievelijk MW-NWO. Het gaat daarbij om onder meer het iMTA-programma Herijking richtlijnen, het richtlijnenprogramma «Gepast gebruik» van CBO en het Richtlijnen implementatie-programma onder leiding van prof. Grol (Nijmegen).

De brief van de Minister van VWS aan de vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 25 maart 1999 (kenmerk GZB/PCZ/991 010) gaat uitvoeriger op het hier beschreven terrein in.

15 (VVD-fractie)

«Zijn de AZ's betrokken bij FFTO's?»

De Minister van VWS heeft het veld opgeroepen mee te werken aan «proeftuinen» voor farmacotherapeutisch transmuraal overleg. De VAZ heeft bij de academische ziekenhuizen aandacht gevraagd voor dit initiatief.

Vier academische ziekenhuizen (VU, AMC, AZG en AZM) zijn betrokken bij indieningen FTTO's. De definitieve selectie om in aanmerking te komen voor experimenteerstatus (inclusief financiering en juridische bijdragen) is eerdaags te verwachten.

16 en 40 (resp. VVD-fractie, resp. D66-fractie)

«Vanuit hun functies is bijvoorbeeld de gemiddelde ligprijs per bed in een AZ hoog. Dit kan gevolgen hebben voor verzekeraars die werken in het adherentiegebied van de AZ's, voorzover het tweedelijnsbehandelingen betreft. Wordt hier op een of andere wijze rekening mee gehouden?»

«Ontstaat bij keuze voor variant a. en op termijn b. een schadelast-verdelingsprobleem? Is hierover overleg geweest met de zorgverzekeraars?»

In het kader van de budgettering van de ziekenfondsen wordt onderscheid gemaakt tussen vaste kosten en variabele kosten. Onder vaste kosten worden die kosten van de aanbieders van zorg verstaan waar de zorgverzekeraars geen invloed op kunnen uitoefenen. Hierbij valt onder meer te denken aan de kosten van de infrastructuur. Als variabele kosten kunnen worden aangemerkt de kosten, samenhangend met de productie. Op de productie als zodanig kunnen zorgverzekeraars wel in meerdere of mindere mate invloed uitoefenen. Op de vaste kosten worden de ziekenfondsen nagenoeg volledig nagecalculeerd; de variabele kosten moeten zij bestrijden uit het hen toegekende budget. Een exacte verdeling van vaste en variabele kosten is thans in studie.

De specifieke kosten, waarmee een academisch ziekenhuis wordt geconfronteerd (te denken valt met name aan de kosten voor topreferente zorg), zijn er de belangrijkste oorzaak van dat de gemiddelde ligprijs per bed in een academisch ziekenhuis hoger is dan die in een algemeen ziekenhuis. In het kader van het NZi onderzoek «Bekostiging Bepaald» wordt bekeken op welke wijze deze kosten het best in een nieuwe systematiek kunnen worden meegenomen.

Indien deze kosten worden aangemerkt als vaste kosten ontstaat er – zowel bij een keuze voor een apart budget voor de «kijkdoos» als bij het parameteriseren op basis van het NZi-onderzoek – geen schadelast-verdelingsprobleem.

De consequenties van deze keuze worden nog met partijen besproken. Voor de relatie met het NZi onderzoek wordt verwezen naar het antwoord op vraag 18.

17 (VVD-fractie)

Het antwoord is samengevoegd bij vraag 4.

18 en 47 (resp. VVD-fractie, resp. GroenLinksfractie)
«Hoe is het onderzoek van het NZi »Bekostiging Bepaald« in tijd gepland?»
«Wanneer verwachten de ministers de Kamer een standpunt t.a.v. »Bekostiging bepaald« toe te zenden?»

Het NZi heeft bedoeld onderzoek onlangs afgerond. Met betrokken partijen ben ik nu in overleg over de conclusies van het onderzoek en mogelijkheden van implementatie. De bedoeling is dat het COTG wordt gevraagd een bekostigingsmodel te ontwerpen.

Het NZi onderzoek geeft aan dat de ontwikkeling van een bekostigingsmodel voor de topreferentiefunctie er een zal zijn gebaseerd op weinig (herkenbare) parameters. Het model zal redelijk globaal van karakter zijn. Tevens geeft het onderzoek aan dat er herallocaties in de budgetten zullen optreden tussen de academische ziekenhuizen. In dit verband is de bestuurlijke bereidheid voor veranderingen voor ons een belangrijk aandachtspunt.

19 (VVD-fractie)
«Welke mogelijkheden van beïnvloeding van de geboden zorg, prestaties en doorverwijzing m.b.t. de topreferentiefunctie door verzekeraars zien de ministers.»

Door voor de topreferentiefunctie een bekostigingsmodel te ontwikkelen ontstaat er mogelijkheid voor verzekeraars met zorgaanbieders afspraken te maken over te leveren prestaties.

20 (VVD-fractie)
«Zouden de ministers de zinsnede over declaratierecht van het hoofd van de afdeling nader kunnen toelichten? Hoe kan daarmee welk inkomen arbeidsmarktconform worden gemaakt?»

De medisch specialisten in de AZ zijn in dienstverband werkzaam. Daarnaast kunnen zij voor de behandeling van particuliere patiënten de gebruikelijke tarieven voor de honorering van medisch specialistische hulp in rekening brengen. Met deze opbrengsten, gevoegd bij hun salaris, kan hun inkomen arbeidsmarktconform worden gemaakt. Dat wil zeggen dat de academische specialisten zich op die wijze een inkomen kunnen verwerven dat in vergelijking met beroepsgenoten, die verbonden zijn aan een algemeen ziekenhuis, recht doet aan de kennis en kunde die van een academisch specialist mag worden verwacht. Declaratie van bedoelde particuliere tarieven geschiedt door het hoofd van de afdeling. Over de verdeling van deze inkomsten zijn in de afzonderlijke academische ziekenhuizen regelingen getroffen.

21, 31 en 50 (resp. VVD-fractie, resp. CDA-fractie, resp. GroenLinks-fractie)
«Gelijkwaardigheid van de honoreringen van medisch specialisten in AZ's en algemene ziekenhuizen is aandachtspunt van toekomstig beleid. Hoe verhoudt zich dit tot de gelijkwaardigheid van honorering bij de universiteit?»

«In het toekomstig beleid zal de gelijkwaardigheid van de honorering van medisch specialisten in academische ziekenhuizen en de algemene ziekenhuizen een punt van aandacht zijn. Welke maatregelen hebben de ministers voor ogen, en binnen welk financieel kader?»

«Het rechte trekken van de achtergebleven honorering van medisch specialisten in de academische ziekenhuizen dreigt de extra middelen voor honorering uit de MJA op te slokken. Is de consequentie hiervan dat de volume-uitbreiding van medisch specialistische zorg niet mogelijk is, en dat dit haaks staat op het terugbrengen van de wachtlijsten?»

Het beleid is er op gericht om de honorering van medisch specialisten in academische ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. Dat impliceert overigens niet dat ze exact hetzelfde moeten zijn. In het regeerakkoord is al het voornemen om de goodwill problematiek op te lossen opgenomen. Voorts ligt er nog altijd de aanbeveling van de commissie Biesheuvel om de honoreringsstructuur zodanig aan te passen dat er daadwerkelijk sprake kan zijn van een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf.

Vorbereiding, uitwerking en realisering van dergelijke voornemens maken onderdeel uit van het overleg inzake de verdere uitwerking van de meerjarenaafspraken. Dat impliceert dat de mogelijkheden om dergelijke voornemens om te kunnen zetten in concrete maatregelen sterk afhangen van de bereidheid van de overlegpartners om ze te concretiseren. Dit alles dient uiteraard in principe binnen de financiële kaders zoals die onderdeel uitmaken van de meerjarenaafspraken voor de curatieve somatische zorg te worden gerealiseerd. Daarbij dient te worden bedacht dat de financiële kaders vanaf 2000 indicatief en onder voorbehoud zijn.

Met de omschrijving « Het rechtekken van de achtergebleven honorering van medisch specialisten in de academische ziekenhuizen » wordt bedoeld op het gevoerde overleg tussen academische ziekenhuizen en medisch specialisten, over de overgang naar een andere honoreringsstructuur. Kern van het onderwerp van overleg zijnde voorstellen is de introductie van een loondienst stelsel. De voorstellen bevatten tevens een gedeeltelijk wegwerken van de voornoemd verschil in beloning van de academische specialisten ten opzichte van de beloning van de in algemene ziekenhuizen werkzame specialisten. Momenteel wordt de financierbaarheid van de voorstellen nader verkend. De conclusie dat daarbij de volume-uitbreiding medisch specialistische zorg en daarmee het terugdringen van de wachtlijsten in de verdrinking komt is te voorbarig. Eventuele inpasbaarheid, qua financiering, van de bedoelde voorstellen zal zonnodig worden geagendeerd voor de vervolgoeverleggen inzake de uitwerking van de meerjarenaafspraken curatieve somatische zorg, die momenteel plaatsvinden. De uitkomsten van deze overleggen worden te zijner tijd vanzelfsprekend aan de Tweede Kamer voorgelegd. De honorering medisch specialisten staat geheel los van het loongebouw van de universiteiten. Gelijkwaardigheid daar wordt niet nagestreefd.

22 (VVD-fractie)

«Het Sociaal en Cultureel Planbureau geeft aan dat schaalvergroting verslechtering van doelmatigheid veroorzaakt en dat ook in AZ's doelmatigheid verbeterd kan worden. Bovendien zou er sprake zijn van enige overcapaciteit. Wat vinden de ministers van deze uitspraken? (SCP-werkbericht, 1998,4)»

Met de opvatting van het Sociaal en Cultureel Planbureau dat schaalvergroting verslechtering van doelmatigheid veroorzaakt ben ik het ten dele eens. Er zitten niet alleen nadelen aan schaalvergroting. Grotere ziekenhuizen kunnen immers door hun uitvoeriger outillage ook betere, althans intensievere patiëntenzorg leveren. Dat geldt à fortiori voor de academische ziekenhuizen. Voor het uitoefenen van hun taken (niet alleen reguliere patiëntenzorg, maar ook topklinische zorg, topreferente zorg, onderwijs en onderzoek) dient het ziekenhuis een capaciteit van een niet al te geringe omvang te hebben. Vanuit die benadering ben ik van mening dat de huidige capaciteiten van de academische ziekenhuizen aanvaardbaar zijn.

23 (CDA-fractie)

Het antwoord is samengevoegd bij vraag 6.

24 (CDA-fractie)

Het antwoord is samengevoegd bij vraag 12.

25 (CDA-fractie)

«De Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ) heeft in haar brief d.d. 23 november 1998 (tevens bijlage bij brief 3 december 1998 i.a.o. oproep staatscourant) een berekening gemaakt van de beschikbare financiële ruimte tot een met 2002. Zijn deze berekeningen in overeenstemming met de JOZ-gegevens (blz.48 en B115)?»

In de vraagstelling wordt verwezen naar blz. B115 van het JOZ 1999. Naar wij aannemen wordt hier blz. B145 bedoeld.

In het JOZ 1999 konden de financiële consequenties van de destijds nog te maken meerjarenafspraken over de aanvullende intensiveringsruimte nog niet per sector worden verwerkt. De nog toe te delen intensiveringsmiddelen stonden derhalve geparkeerd op de aanvullende post van het JOZ. De op blz. 48 en B145 van het JOZ 1999 opgenomen gegevens geven derhalve de stand van zaken voor de sector academische ziekenhuizen van september 1998 weer.

De door de Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ) gemaakte berekening van de beschikbare financiële ruimte tot en met 2002 is gebaseerd op het in november 1998 tot stand gekomen najaarsakkoord meerjarenafspraken curatieve somatische zorg.

De daarin opgenomen toedeling van de intensiveringsruimte aan de sector academische ziekenhuizen is vervolgens door de VAZ in haar berekening verwerkt.

26, 39 en 51 (resp. CDA-fractie, resp. D66-fractie, resp.SP-fractie)

«De academische ziekenhuizen werken al 4 jaar met een hoofdlijnenakkoord. Hoe wordt deze werkwijze beoordeeld? Kan de Kamer een overzicht krijgen over de afgelopen jaren van al die zaken die in het lokaal overleg tussen verzekeraars en academische ziekenhuizen als urgent zijn aangemerkt, maar niet gerealiseerd zijn kunnen worden omdat het financieel kader ontoereikend was? Is tegen die achtergrond het in de meerjarenraming voorziene budgettaire kader voor de academische ziekenhuizen realistisch en toereikend om de medisch-technologische ontwikkeling, als o.a. genoemd in het RIVM-rapport, te kunnen opvangen?»

«Kan een reactie worden gegeven op de kanttekeningen die de VAZ plaatst bij de meerjarenafspraken betreffende de ingeboekte bedragen voor groei in AZ-en in het jaar 2000 en erna in verhouding tot het toegankelijk maken van nieuwe technologische ontwikkelingen?»

«Kan een reactie worden gegeven op de opmerking van de VAZ dat de ingeboekte bedragen voor groei in academische ziekenhuizen in het jaar 2000 en erna volstrekt onvoldoende zijn om nieuwe technologische ontwikkelingen toegankelijk te maken in Nederland?»

Het hoofdlijnenakkoord heeft de helderheid en rust gegeven die er van werd verwacht. In plaats van kortingen achteraf bij budgetoverschrijdingen is op basis van afweging van behoeften en financiële ruimte gekomen tot keuzen in de ontwikkelingen. Deze ervaring is de grond van de afspraken in het regeerakkoord het model van meerjarenafspraken breed in de zorg te introduceren.

Een overzicht van de in het lokaal overleg als urgent aangemerkte zaken en een overzicht van uiteindelijke productieafspraken zoals ingediend bij het COTG, wordt door de VAZ op ons verzoek opgesteld. Zodra dit overzicht beschikbaar is zenden wij dit na.

In vergelijking tot de in de afgelopen jaren gerealiseerde uitbreidingen is die in 1999 ruim te noemen, doch in het jaar 2000 en de hierop volgende jaren minder ruim. Bij de opstelling van het JOZ en de meerjarenakkoorden is uiteraard rekening gehouden met het regeerakkoord waarin het accent op de care is gelegd en in mindere mate op de cure (waaronder hoog-technologische zorg).

Voor wat betreft het kunnen opvangen van de medisch technologische ontwikkeling binnen het in de meerjarenraming voorziene budgettaire kader voor de academische ziekenhuizen, verwijzen wij ook naar het antwoord op vraag 13.

De VAZ geeft in haar brief van 23 november 1998 aan dat het regeerakkoord de prioriteit bij de verdeling van de gemiddelde jaarlijkse groei-ruimte van 2,37% legt bij de care-sectoren en het opvangen van de groeiende vraag als gevolg van demografische ontwikkeling. De groei-ruimte voor de cure-sector is dan ook lager dan 2,37%. Het is dan ook niet terecht dat de VAZ de groei voor de academische ziekenhuizen legt naast de beoogde 2,37% groei voor de zorg als geheel.

Het percentage volumegroei van 2,37% in 1999 is berekend door het bedrag dat in 1999 beschikbaar komt voor volumegroei (f 1,415 miljard) te relateren aan de netto BKZ-uitgaven 1998 (59,7 miljard).

Wordt deze systematiek voor het JOZ-kader Academische ziekenhuizen gevolgd, dan betekent dit dat de volumegroei in 1999 moet worden afgezet tegen een budget van f 3,565 mld in 1998. Bij een volumegroei van f 85 miljoen in 1999 betekent dit een groeipercentage van 2,38% in 1999. Dit groeipercentage is hoger dan het door de VAZ voor 1999 berekende groeipercentage van 1,8% omdat de VAZ de berekeningsgrondslag niet heeft geschoond voor de rijksbijdrage OC&W.

In deze systematiek betekent een totale volumegroei academische ziekenhuizen van f 209 mln (excl. inkoopstaakstelling) over de gehele periode 1999–2002 een gemiddeld groeipercentage van 1,5% per jaar. Dit groeipercentage is hoger dan het door de VAZ berekende groeipercentage van 0,95% omdat de VAZ, zoals gezegd, de berekeningsgrondslag niet heeft geschoond voor de rijksbijdrage OC&W en bovendien vanaf het jaar 2000 de intensiveringen met de inkoopstaakstelling heeft gesaldeerd.

Wellicht ten overvloede wijzen wij erop dat de toename in de volumegroei voor de jaren 2000 t/m 2002 in het kader van de meerjarenafspraken als indicatieve bedragen zijn aangemerkt.

27 (CDA-fractie)

Kan een overzicht worden verschaft van de bijdrage OCW aan Universiteiten c.q. academische ziekenhuizen over de periode 1998–2002? Is de vaste bijdrage voor de werkplaatsfunctie voor ieder academisch ziekenhuis dezelfde? Kan een overzicht van de bedragen worden gegeven? Is de bijdrage van OCW gekoppeld aan het aantal studenten geneeskunde dat jaarlijks wordt toegelaten? Zo ja, hoe zal deze bijdrage zich in deze kabinetsperiode ontwikkelen?»

Hieronder volgt een overzicht van de bijdrage OCenW aan universiteiten en academische ziekenhuizen over de periode 1998 tot en met 2002. In de tegelijk met het Ontwerp van de Rijksbegroting 1999 (Hoofdstuk VIII OCenW) uitgebrachte Financiële Schema's 1999 2003 zijn de rijksbijdragen voor universiteiten en het daarin begrepen aandeel voor de academische ziekenhuizen opgenomen.

Het middelenkader over de jaren 1998 2003 is:

Jaren (bedragen in miljoenen)	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Rijksbijdrage universiteiten (incl. rijksbijdragedeel AZ)	4 083	4 311	4 330	4 292	4 274	4 252
Rijksbijdragedeel Academische ziekenhuizen	845	868	876	877	872	870

Voorts is gevraagd of er sprake is van een vaste rijksbijdrage voor elk academisch ziekenhuis, naar een overzicht van de bedragen per academisch ziekenhuis en een antwoord op de vraag of de bijdrage van OCenW is gekoppeld aan het aantal studenten geneeskunde dat jaarlijks wordt toegelaten.

Er is geen sprake van een vaste bijdrage voor de werkplaatsfunctie voor ieder academisch ziekenhuis.

Op grond van art. 1.14 van de Wet op het Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek bepaalt de minister van OCenW welk aandeel van de rijksbijdrage van de universiteit beschikbaar is voor de academische ziekenhuizen.

De verdeling van de in bovenstaand schema vermelde macro-budgetten voor universiteiten en voor academische ziekenhuizen vindt jaarlijks plaats door toepassing van verdeelmodellen, die in een AmvB zijn beschreven.

De rijksbijdragedelen voor academische ziekenhuizen zijn niet gelijk, omdat de verdeling afhankelijk is van een aantal parameters, waaronder het aantal eerstejaars geneeskunde.

Uit het overzicht blijkt hoe de bijdrage voor de werkplaatsfunctie van de academische ziekenhuizen zich in deze kabinetsperiode ontwikkelt. In onderstaande verdeelstaat is voor 1999 de verdeling van het macrobudget over de verschillende academische ziekenhuizen aangegeven.

Verdeling rijksbijdragedeel 1999 (bedragen in miljoenen guldens)

AZL	AZU	AZG	AZR	AZM	AZUA	AZVU	AZN
107,6	100,9	118,7	108,7	90,5	121,5	93,5	102,2

28 (CDA-fractie)

«Wordt onderkend dat wachtlijst- en wachttijdenproblematiek in de academische ziekenhuizen, gelet op het bijzondere karakter van deze ziekenhuizen en de multiple taakstelling (topreferentie, onderwijs, onderzoek etc.), zeer specifiek is en daardoor moeilijk is in te passen in het landelijk systeem wachtlijsten van het NZi?

Zal, gelet op het zeer specifieke verwijzingspatroon naar de academische ziekenhuizen (ca. 50% wordt verwezen door andere algemene ziekenhuizen), de voorrang die gegeven moet worden aan topreferente patiënten (kunnen nergens anders meer naar toe) etc. het zeer specifiek verwijzingspatroon niet ernstig verstoord kunnen raken, met alle nadelige gevolgen van dien bij algehele openheid van de wachttijden bij academische ziekenhuizen?»

De wachtlijstproblematiek heeft in de academische ziekenhuizen inderdaad een aantal specifieke kenmerken. Echter, het NZi-registratiesysteem is goed toepasbaar op de specifieke problematiek van de academische ziekenhuizen. Het doel van het registratiesysteem dat het NZi heeft ontwikkeld is om te komen tot een landelijk uniform registratiesysteem, waardoor de wachtlijsten inzichtelijk en transparant worden. Dit geldt zowel voor algemene en categorale ziekenhuizen, als voor academische ziekenhuizen. Het registratiesysteem is flexibel; de

ziekenhuizen zijn vrij om eigen groepen patiënten te formeren, zodat ook de voor academische ziekenhuizen meer specifieke groepen in beeld gebracht kunnen worden.

Door het transparant maken van de wachtlijsten zal ons inziens het specifieke verwijzingspatroon naar de academische ziekenhuizen niet verstoord raken. Het beleid is er juist op gericht dat de hele wachtlijst-problematiek inzichtelijk en dus transparant wordt, waardoor nu bestaande verstoringen kunnen worden verholpen.

Immers, zowel voor hulpverleners als patiënten moet inzichtelijk zijn in welk ziekenhuis de wachttijd het kortst is, en waar men dus het snelst geholpen kan worden. Dit geldt uiteraard niet alleen voor de algemene ziekenhuizen maar ook voor de academische ziekenhuizen.

29 (CDA-fractie)

Het antwoord is samengevoegd bij vraag 14.

30 (CDA-fractie)

Het antwoord is samengevoegd bij vraag 14.

31 (CDA-fractie)

Het antwoord is samengevoegd bij vraag 21.

32 (D66-fractie)

«Academische ziekenhuizen hebben een ander zorgprofiel en een andere taakstelling dan algemene ziekenhuizen. Toch wordt gekozen voor aansturing van de academische ziekenhuizen afgeleid van de algemeen ziekenhuizen. Wat is hiervan de reden?»

Met de wetwijzigingen in 1991 (WHW en WZV) zijn de academische ziekenhuizen voor wat betreft de patiëntenzorgtaken ingepast in de reguliere planningssystematiek van de ziekenhuissector. Voor de positionering van instellingen in het geheel van de curatieve zorg geldt dat het algemeen beleid net zozeer voor academische ziekenhuizen als voor de andere ziekenhuizen aan de orde is. Op diverse terreinen zoals de functiegerichte budgettering en bouwprocedures wordt dan ook aansluiting gezocht bij hetgeen bij de rest van de sector gebruikelijk is. Dit laat onverlet dat er situaties zijn dat er afwijkende regelgeving nodig is om de diverse taken van de academische ziekenhuizen te waarborgen.

33 (D66-fractie)

«Op welke termijn zal duidelijk zijn of voor wat betreft de positionering van de academische ziekenhuizen ook verandering gewenst is in de bestuurlijke en wettelijke aansturing?»

Wij beraden ons op deze vraagstukken. Verder verwijzen wij onder meer naar het antwoord bij vraag 23.

34 (D66-fractie)

«In academische ziekenhuizen richt patiëntenzorg zich op cliënten met complexe en/of zeldzame ziektebeelden, met veelal kostbare behandelingsmethoden. Dit leidt tot een specifieke wachtlijst-problematiek. Komen er aparte wachtlijsten voor deze ziektebeelden?»

In januari van dit jaar is het Platform aanpak wachttijden ingesteld, waarin ook de Vereniging van Academische Ziekenhuizen (VAZ) participeert. Dit Platform heeft als taak het stimuleren en bewaken van de implementatie van de aanbevelingen uit het Plan van aanpak. Eén van de actiepunten uit dit Plan van aanpak richt zich in het bijzonder op het realiseren van uniforme registratie en transparantie binnen alle ziekenhuizen.

Het normeren van deze aanvaardbare wachttijden is eveneens een punt uit het plan van aanpak. Wat een aanvaardbare wachttijd is, zal wél per ziektebeeld verschillen.

35, 43, 57, 58 en 59 (resp. D66-fractie, resp. GroenLinks-fractie, resp. SP-fractie, resp. SP-fractie, resp. SP-fractie)

«Dient marktwerking slechts te leiden tot doelmatiger werken binnen het academisch ziekenhuis, of zou er ook sprake moeten zijn van concurrentie tussen academische ziekenhuizen onderling? Zo ja, op welke wijze zou deze tot stand dienen te komen?»

«De passages over het vinden van de juiste balans tussen marktwerking en overheidssturing en de bekostiging van de topreferentiefunctie geven aan dat de ministeries steeds op zoek zijn naar «value for money». In hoeverre staat dit op gespannen voet met de topreferentiefunctie, omdat de academische ziekenhuizen per definitie de patiënten krijgen bij wie de juiste diagnose niet gesteld kan worden, de behandeling om een andere reden niet goed loopt, zicht zeldzame complicaties voordoen, medische fouten gecorrigeerd moeten worden, etc? Het onderzoeks- en behandelingsproces zal dan vaak kostbaar en soms «inefficiënt» zijn, maar humane geneeskunde mag nu eenmaal anders dan veterinaire geneeskunde in deze gevallen kosten noch moeite sparen zolang het medisch handelen medisch zinvol is. Zijn de ministers bereid qua financiering hier de consequenties van te dragen? Zo niet, willen zij dan de Kamer de keuzen voorleggen die de academische ziekenhuizen geacht worden te maken teneinde binnen de budgetten te blijven?»

«Het NZi acht de kans reëel dat de financiële doorverwijsprikkel sterker wordt als deze sector competitiever wordt. Kan dat in dit verband worden toegelicht? Komen er binnenkort voorstellen om deze sector competitiever te maken?»

«De topreferentiefunctie is niet het type functie dat bij uitstek vooruit kan lopen in een concurrentie bevorderend bekostigingssysteem. Kan dit worden toegelicht?»

«Op grond van welke ervaringen wordt geconcludeerd dat risicodragende verzekeraars voldoende prikkels hebben om prestaties van hoog niveau te honoreren en zich kritisch zullen opstellen tegenover de geboden zorg?»

Marktordening bij academische ziekenhuizen heeft primair betrekking op de reguliere zorg. Hierin kunnen zij competitief zijn met algemene ziekenhuizen, maar natuurlijk ook met andere academische ziekenhuizen. Op het gebied van de topreferente zorg achten wij concurrentie vanuit oogpunt van kwaliteit en doelmatigheid minder zinvol. Om over de gehele range van de zorg «top of the bill» te zijn vergt van de academische ziekenhuizen grote investeringen en verdunt alleen maar de vaak schaars aanwezige deskundigheid op de superspecialisaties. Hier zien wij meer heil in een taakverdeling tussen de academische ziekenhuizen waarbij ieder ziekenhuis zijn eigen cluster van zwaartepunten heeft. Ook bij de bekostiging van topreferente zorg dient hiermee rekening te worden gehouden.

Uiteraard is topreferente zorg, gezien het complexe karakter, kostbaar. Het NZi-onderzoek heeft duidelijk gemaakt dat met deze functie jaarlijks een aanzienlijke hoeveelheid geld is gemoeid. Dat neemt echter niet weg ook op dit terrein naar doelmatigheid gestreefd dient te worden. Vandaar dat wij de keuze hebben gemaakt om de topreferente zorg in eerste instantie in budgettaire zin te oormerken (als prikkel voor de academische ziekenhuizen om binnen het budget te blijven) en in tweede instantie, wanneer een betere transparantie wordt bereikt, ook hier parameterisering in te voeren naar aanleiding van de resultaten van het NZi-onderzoek.

Overigens geldt onverkort dat wij het een goede zaak zouden vinden dat verzekeraars, naarmate de kosten van genoemde functies meer inzichtelijk

zijn geworden een grotere rol zouden krijgen bij het toetsen van de kwaliteit en doelmatigheid van de uitoefening van de topreferentiefunctie.

36 (D66-fractie)

«Hoe zien de ministers de verhouding tussen het belang van patiëntenzorg enerzijds en van wetenschappelijk geneeskundig onderwijs en onderzoek anderzijds? Hoe wordt voorkomen dat de als tweede genoemde taak aan belang gaat inboeten, als gevolg van de toenemende behoefte aan patiëntenzorg.»

In de WHW is aangegeven dat de academische ziekenhuizen werkzaam zijn op het gebied van de patiëntenzorg en mede ten dienste staan van het wetenschappelijk geneeskundig onderwijs en onderzoek aan de universiteiten waaraan zij zijn verbonden. Zij vervullen mede topklinische functies en topreferentiefuncties in de gezondheidszorg. Bij het bestuur en de inrichting van het academisch ziekenhuis wordt voorzover de belangen van de patiënten dat toelaten, rekening gehouden met de belangen van het wetenschappelijk geneeskundig onderwijs en onderzoek bij de universiteit. Vanwege dit belang wordt de rijksbijdrage verstrekt aan de universiteit ten behoeve van het academisch ziekenhuis voor de uitvoering van diverse samenhangende taken.

Met betrekking tot de te bieden patiëntenzorg is in toenemende mate het belang van een gericht zwaartepuntenbeleid, afstemming en samenwerking tussen de academische ziekenhuizen aan de orde. Taakverdeling en concentratie op het vlak van topzorg en onderzoek is onderwerp van overleg binnen het academisch cluster en andere gezondheidsinstellingen. Door tussen (alle) ziekenhuizen afspraken te maken over de taakverdeling (en in voorkomende gevallen ook afstoten en overnemen van taken) kan tegemoet worden gekomen aan de te onderscheiden belangen in een dynamische context.

37 (D66-fractie)

Het antwoord is samengevoegd bij vraag 14.

38 (D66-fractie)

Het antwoord is samengevoegd bij vraag 14.

39 (D66-fractie)

Het antwoord is samengevoegd bij vraag 26.

40 (D66-fractie)

Het antwoord is samengevoegd bij vraag 16.

41 en 65 (resp. GroenLinks-fractie, resp. SGP-fractie)

«Het toenemend belang van grensoverschrijdende zorg en goed ontwikkelde R&D centra wordt aangegeven. Hebben de AZ-en voldoende mogelijkheden hieraan invulling te geven? Welke maatregelen zijn genomen om dit doel te bereiken?»

«Waar het gaat om meer afstemming, profilering, keuze van zwaartepunten en daarmee samenwerking – keuzes van concentratie en taakverdeling – tussen de Nederlandse academische ziekenhuizen onderling, wordt er dan ook rekening gehouden met de expertise en know-how, zoals die in de ons omringende landen voorhanden is?»

Het medisch-wetenschappelijk onderzoek heeft reeds lang een internationaal karakter, bijvoorbeeld blijktens de betekenis van internationale wetenschappelijke tijdschriften (meestal Engelstalige) voor Nederlandse onderzoekers, hun relatief belangrijke bijdragen hieraan, de bijdragen van Nederlandse medisch-wetenschappelijke onderzoekers aan internationale congressen en verenigingen, het multi-nationale karakter van vele

onderzoeken -niet in het minst de clinical trials- en publikaties, bezoeken van wetenschappelijke trainees in Nederlandse centra en omgekeerd, etc. Een vanzelfsprekend gevolg hiervan is dat de keuze van wetenschappelijke speerpunten past in het internationale palet¹. Des te meer geldt dit voor de profilering van de academische medische clusters onderling.

De grensoverschrijdende samenwerking in de patiëntenzorg is nog beperkt, merendeels als gevolg van de restrictieve regelgeving op het vlak van de zorgverzekeringen. Niettemin wordt bijvoorbeeld door het AZM op specifieke terreinen (kinderhartchirurgie, oncologie, e.a.) samengewerkt in het verband van de Euregio Rijn-Maas (België: Limburg en Luik; Duitsland: Aken en ruime omgeving; Nederland: M- en Z-Limburg), alsook door het AZN in de Euregio Rijn-Waal (met name met de regio rondom Kleef en Wezel) op enkele terreinen van topklinische zorg.

42 (GroenLinks-fractie)

Het antwoord is samengevoegd bij vraag 4.

43 (GroenLinks-fractie)

Het antwoord is samengevoegd bij vraag 35.

44 (GroenLinks-fractie)

Het antwoord is samengevoegd bij vraag 10.

45 (GroenLinks-fractie)

«Hoe wordt de gewaardeerde expert-inbreng van medewerkers financieel geregeld?»

Leden van de diverse commissies van de Gezondheidsraad kunnen voor de vergaderingen, voorzover dat aan de orde is, beroep doen op een vacatieregeling. Daarnaast kent de Gezondheidsraad een post «begroting onderzoekingen» als aanvullende inbreng noodzakelijk is.

46 (GroenLinks-fractie)

«In hoeverre is de derde geldstroom- zoals bij de innovatie clusters- inzetbaar ten behoeve van verruiming van de onderzoeks- en behandelcapaciteit?»

Uitgangspunt is dat verschillen tussen het toegekende budget en de gerealiseerde opbrengsten worden verrekend. Eén van de redenen daarvoor is dat het niet afkomen van extra opbrengsten tweedeling in de gezondheidszorg in de hand kan werken.

Bij academische ziekenhuizen is het sinds jaar en dag gebruikelijk dat derde geldstromen worden aangeboord. Deze middelen worden veelal gebruikt ter bekostiging van onderzoek en innovatie.

47 (GroenLinks-fractie)

Het antwoord is samengevoegd bij vraag 18.

48 en 55 (resp. GroenLinks-fractie, resp. SP-fractie)

«Wat is het standpunt van de VAZ, nu in de notitie wordt gezegd dat een actuele definitie van de topreferentiefunctie niet mogelijk is? Wat is de visie van de VAZ op de verhouding tussen AZ, STO en de «gewone» ziekenhuizen»

«Is het door de VAZ genoemde onderzoek bekend, dat binnenkort wordt gepubliceerd, en waaruit blijkt dat topreferentiezorg gemiddeld 50% meer inspanning vereist dan reguliere zorg in het academisch ziekenhuis? Indien dit inderdaad zo blijkt te zijn, welke consequenties heeft dit voor het beleid en de financiering?»

¹ In het KNAW-Discipline-advies Geneeskunde dat in april 1999 wordt gepresenteerd zal over de situering van het Nederlandse medisch-wetenschappelijk onderzoek in internationaal verband het een en ander -naar verwachting in positieve zin- worden opgemerkt.

De VAZ geeft als definitie: «Topreferentiezorg betreft zeer specialistische patiëntenzorg die gepaard gaat met bijzondere diagnostiek en behandeling, waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is («last resort»). De topreferentiefunctie ontstaat door een sterke interactie tussen patiëntenzorg en klinisch wetenschappelijk onderzoek en de infrastructuur die de medische faculteit en het academisch ziekenhuis daartoe onderhouden». Deze omschrijving is in de notitie in par. 4.2 terug te vinden. Bij de constatering van de IBO-werkgroep dat het begrip topreferentiefunctie niet concreet zou zijn te definiëren hebben wij in par. 6.1 kanttekeningen geplaatst. Met interesse volgen wij de activiteiten van de VAZ om de topreferentiezorg meetbaar te maken; in april 1995 publiceerde de VAZ een brochure over een onderzoek dat leidde tot de conclusie dat 43% van de AZ-patiënten wordt verwezen vanwege de topreferentiezorg; kort geleden publiceerde de VAZ de resultaten van nader onderzoek waaruit blijkt dat in doorsnee de zorglast van een topreferentiepatiënt 1,5 maal zo groot is als die van een «gewone» patiënt. Het gaat dus in alle betekenissen van het woord om een aanzienlijke taak.

Naar het oordeel van de VAZ is de topreferentiefunctie specifiek een kerntaak van de academische ziekenhuizen en dit spoort met het beleid van het Kabinet. Topreferentiezorg staat of valt met een adequaat verwijspatroon vanuit algemene ziekenhuizen en door huisartsen. Mede gezien het dynamisch karakter van de topreferentiefunctie lijkt landelijke protocollering niet aan de orde. Het zwaartepunt moet liggen op lokale samenwerking, na- en bijscholing van specialisten en modern onderwijs.

49 (GroenLinks-fractie)

«Uitgebreid wordt ingegaan op de financiële aspecten van doorverwijzen. Menen de academische ziekenhuizen dat financiële aspecten een belangrijke rol spelen bij doorverwijzing of is het criterium de vraag naar superspecialistische kwaliteit van onderzoek en behandeling?»

De academische ziekenhuizen zijn van mening dat financiële aspecten geen rol behoren te spelen bij doorverwijzing en dat dit in de regel ook niet het geval is. Voor de patiënt is er momenteel geen financiële belemmering. De academische ziekenhuizen zijn van mening dat het onderscheid tussen topreferente en reguliere zorg niet (verder) onder druk mag komen te staan door financiële barrières voor patiënt, ziekenhuis of specialist. Onbelemmerde verwijzing in het geval dit voor de patiënt nodig is achten zij een voorwaarde voor gepaste zorg. De medisch specialist van het academisch ziekenhuis heeft voldoende mogelijkheden overbodige doorverwijzingen achteraf ter discussie te stellen bij de verwijzer, eventueel laatstgenoemde op te leiden om in voorkomende gevallen zelf de behandeling ter hand te nemen. Voor de specialist van het academisch ziekenhuis bestaan er geen financiële prikkels de behandeling onnodig te verlengen.

50 (GroenLinks-fractie)

Het antwoord is samengevoegd bij vraag 21.

51 (SP-fractie)

Het antwoord is samengevoegd bij vraag 26.

52 (SP-fractie)

Het antwoord is samengevoegd bij vraag 10.

53 (SP-fractie)

Het antwoord is samengevoegd bij vraag 14.

54 (SP-fractie)

«Kan een overzicht worden gegeven van de financiering van het wetenschappelijk onderzoek (departement, premiegefinancierd, fondsen, industrieën), alsmede specifiek voor geneesmiddelenonderzoek?»

Bij de «PEO-brief» van najaar 1998 over het PEO-programma volksgezondheid en zorg 1999, gericht aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal is een overzicht gevoegd van bedragen die worden besteed aan gezondheidsonderzoek in Nederland (VWS/GZB/PCZ-984 965 van 11-11-1998). Deze betreffen:

VWS	Basis- en doelsubsidies onderzoeks- instituten (incl. TNO)	49 mln
	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu	112 mln
	ZON	53 mln
	Diverse projecten	14 mln
OCenW	Eerste geldstroom	400 mln
	Tweede geldstroom	41 mln
	KNAW	21 mln
ZFR		57 mln
Particuliere fondsen		159 mln
EG		18 mln
Bedrijfsleven		132 mln
Overige vakdepartementen		p.m.

Specifiek geneesmiddelenonderzoek:

Op dit moment laat VWS door het onderzoeksbureau Price, Waterhouse and Coopers, een onderzoek uitvoeren naar de middeleninzet voor betreffend onderzoek. Deze informatie zal u na afronding hiervan worden gezonden.

55 (SP-fractie)

Het antwoord is samengevoegd bij vraag 48.

56 (SP-fractie)

«Wat is het bedrag dat door OCW en het bedrag dat door VWS jaarlijks wordt bijgedragen aan de academische ziekenhuizen? (blz.17)

Het onder verantwoordelijkheid van VWS bepaalde kader voor de uitgaven curatieve somatische zorg in academische ziekenhuizen voor 1999 is in het JOZ 1999 vastgesteld op f 3719 mln. en het rijksbijdrage-deel van OCenW voor de academische ziekenhuizen in 1999 heeft een omvang van f 877 mln., tezamen Mf 4596.

	JOZ 1999	Gecorrigeerd
OCenW	877	868
VWS	3 719	3 719
totaal	4 596	4 587

57 (SP-fractie)

Het antwoord is samengevoegd bij vraag 35.

58 (SP-fractie)

Het antwoord is samengevoegd bij vraag 35.

59 (SP-fractie)

Het antwoord is samengevoegd bij vraag 35.

60 (SP-fractie)

«Wordt in de tarieven rekening gehouden met de zwaarte van de zorg, bijvoorbeeld topreferentiezorg of worden hier plannen voor ontwikkeld?»

De methodiek die thans voor de ziekenhuizen (waaronder de academische ziekenhuizen) wordt gehanteerd bij de bepaling van de tarieven is als volgt.

Voor een groot aantal onderzoeken, behandelingen en verstrekkingen heeft het COTG landelijk uniforme tarieven vastgesteld. Deze tarieven neventarieven genaamd zijn zodanig berekend dat daarmee dekking wordt geboden voor de variabele kosten van het betreffende «product» alsmede voor een deel van de vaste kosten. De opbrengst van de in rekening gebrachte neventarieven wordt in mindering gebracht op het toegekende budget, waarna het verschil wordt gedeeld door het geraamd aantal verpleegdagen. Aldus wordt het verpleegtarief berekend. Bij deze methodiek wordt dus geen rekening gehouden met de zwaarte van de zorg: voor iedere patiënt in een bepaald ziekenhuis wordt met een differentiatie naar klasse hetzelfde verpleegtarief in rekening gebracht. Een zuiverder toerekening van de kosten van de geleverde prestaties aan de patiënt c.q. zijn verzekeraar bevordert de transparantie van de zorg. Het project «Producttypering Ziekenhuiszorg», dat enkele jaren geleden op initiatief van de NVZ, ZN en de Orde met steun van het ministerie van VWS is gestart, kan behulpzaam zijn voor zo'n zuiverder toerekening. Aan de getypeerde producten kunnen immers ook kostprijzen en verkoopprijzen worden gehangen. Het project heeft evenwel geleerd dat dit iets van lange adem is. Voorshands wordt de mogelijkheid bestudeerd om de resultaten van het project te betrekken bij de beoogde wijzigingen van de vigerende budgetstelsels.

61 (SP-fractie)

Het antwoord is samengevoegd bij vraag 12.

62 (SGP-fractie)

«Kan nader worden ingegaan op het niveau van het Nederlandse klinisch-wetenschappelijk onderzoek in internationaal perspectief? Zijn er specifieke (deel)disciplines waarin Nederlandse academische ziekenhuizen zich op internationaal niveau (kunnen) profileren?»

Uit de bij NWO ingediende onderzoekvoorstellen blijkt dat het klinisch-wetenschappelijk onderzoek zowel voor wat betreft de kwantiteit als de kwaliteit is toegenomen. De Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen zal in april 1999 het Discipline-advies Geneeskunde uitbrengen, dat ondermeer een kwaliteitsbeoordeling (door een commissie van buitenlandse deskundigen) van het medisch wetenschappelijk onderzoek in Nederland zal bevatten. Daarnaast zal daarin een overzicht en evaluatie te vinden zijn van de diverse (deel)disciplines van het medisch wetenschappelijk onderzoek, hun internationale positie en hun bijdrage aan de gezondheidszorg. Verder verwijzen wij ook naar het antwoord op vraag 65.

63 (SGP-fractie)

«Bij het bestuur en de inrichting van het academisch ziekenhuis wordt voorzover de belangen van de patiënten dat toelaten, rekening gehouden met de belangen van het wetenschappelijk geneeskundig onderwijs en onderzoek bij de universiteit. Welke criteria worden in deze gehanteerd?»

Belangrijke criteria zijn geformuleerd in de «Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen» (WMO) van 26-2-1998. Deze wet treedt naar verwachting dit najaar in werking, maar wordt naar de geest al jaren

nageleefd. Aangezien in de context van deze vraag zo goed als alle bepalingen van de WMO relevant zijn wordt hiernaar korthedshalve verwezen.

Voorts is een belangrijk element – ten dele eveneens in de WMO genoemd – de (schriftelijke) voorlichting betreffende voorgenomen onderzoek aan de patiënt voordat deze al dan niet instemt met zijn of haar participatie. Het is ons bekend dat de Cliëntenraad academische ziekenhuizen (CRAZ) recentelijk een positief oordeel uitsprak over de gebruikte vormen van voorlichting. De voortgang van medisch wetenschappelijk onderzoek wordt in belangrijke mate gestuurd door concrete vraagstellingen in de patiëntenzorg. Behandeling en onderzoek gaan hand in hand. Hetzelfde geldt eveneens, in een wat andere context, voor de zogenoemde doelmatigheidsprojecten.

Het onderwijs aan studenten in de geneeskunde is, reeds van oudsher, in belangrijke mate gebaseerd op ervaringen van de aanstaande artsen met patiënten. Toestemming van patiënten is in dit verband altijd vereist.

64 (SGP-fractie)

«Kan nader worden aangegeven aan welke criteria een plandocument moet voldoen? Welke onderwerpen c.q. afspraken dienen hierin te worden opgenomen? Hoe zijn de ervaringen met de genoemde plandocumenten in de praktijk?»

In het plandocument wordt de samenwerking tussen academisch ziekenhuis en medische faculteit in al zijn facetten integraal vastgelegd. De onderwerpen die erin worden opgenomen zijn de bestuurlijke samenwerking, het te voeren en gevoerde beleid en de inzet van de daarmee samenhangende middelen.

Het plandocument geeft het samenstel van activiteiten, voorzieningen en afspraken weer binnen en tussen de universiteit en het academisch ziekenhuis, dat gericht is op het optimaliseren van facultaire taken op het gebied van onderwijs en onderzoek. Het plandocument schept duidelijkheid over gemaakte afspraken, de nakoming van die afspraken, het middellange termijnbeleid en de eventueel te verwachten knelpunten.

Voor de vorm en inhoud van de plandocumenten zijn geen specifieke criteria in de wet opgenomen. De Vereniging Academische Ziekenhuizen en de Vereniging Samenwerkende Universiteiten hebben gezamenlijk een gedragscode opgesteld, welke door de universiteiten en academische ziekenhuizen wordt gehanteerd als referentiekader voor het opstellen van de plandocumenten. Hiermee is goede ervaring opgedaan, zodanig dat thans gesproken kan worden van een vaste procedure, die erin voorziet dat jaarlijks voor 15 december bekend is welke afspraken voor het komende jaar zijn gemaakt tussen universiteit en ziekenhuis.

65 (SGP-fractie)

Het antwoord is samengevoegd bij vraag 41.

66 (SGP-fractie)

«Wat is de huidige stand van zaken met betrekking tot de op korte termijn te maken nadere afspraken op het gebied van de kindergeneeskunde en de oncologie?»

De Minister van VWS is voornemens uitvoering te geven aan de aanbevelingen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, mede gelet op de aanbevelingen van een werkgroep van de Nederlandse Hartstichting, gericht op vorming van clusters van samenwerkende centra op het gebied van de kinderhartchirurgie en de cardiologische zorg voor aangeboren hartafwijkingen.

Nadere afspraken in de oncologie worden voorbereid door het Landelijk Oncologisch Beraad.

In het kader van het zwaartepuntenbeleid is de VAZ verzocht hier specifieke aandacht aan te geven.

67 (SGP-fractie)

Het antwoord is samengevoegd bij vraag 10.

68 (SGP-fractie)

«Wat houdt «meta-analyse (Cochrane collaboration)» in?»

Het Dutch Cochrane Centre is enkele jaren geleden met financiële steun van VWS van start gegaan met het doel de kennisverspreiding van resultaten van MTA te verbeteren. Dit Centre draagt zorg voor een database van gerandomiseerde patiëntgebonden effectiviteitsstudies op het terrein van preventie, cure en care, op basis waarvan overzicht-artikelen kunnen worden geproduceerd (zo mogelijk via de zogenoemde meta-analyse techniek). Deze overzichtartikelen zijn van groot nut bij het ontwikkelen van richtlijnen en standaarden voor het praktisch handelen.

69 (SGP-fractie)

«Impliceert de zin «Het ligt voor de hand om relevante veranderingen in het type parameters in het bekostigingsmodel voor de universiteiten te vertalen naar het model voor de academische ziekenhuizen» dat van deze keuze is afgezien? Zo ja, om welke reden?»

Van deze keuze is niet afgezien. Beoogd is aan te geven dat, indien in het bekostigingsbesluit voor de universiteiten wijziging optreedt ten aanzien van een of meerdere parameters welke tevens relevantie hebben voor de bekostiging van de academische ziekenhuizen, deze wijziging tevens wordt geïntroduceerd in de berekeningswijze van het ziekenhuisdeel in de bekostiging. Inmiddels is een wijziging van het bekostigingsbesluit WHW voor advies aan de Raad van State gezonden, waarin de parameter studentenaantallen gelijkelijk voor de verdeelmodellen voor de universiteiten en academische ziekenhuizen wordt gehanteerd.