

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal

Postbus 20018
2500 EA Den Haag

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
1587033-195467-CZ

Bijlage(n)
1

Uw kenmerk
33278-8

Datum 28 oktober 2019

Betreft Verslag Schriftelijk Overleg (VSO) inzake Schriftelijk overleg over de
Maatschappelijke rol van de universitaire medische centra (umc's) in het medische
zorglandschap - 33278-8

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*

Geachte voorzitter,

Hierbij ontvangt u de antwoorden op de vragen die de vaste commissie voor
Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft gesteld naar aanleiding van de brief
inzake de maatschappelijke rol van de universitaire medische centra (umc's) in het
medisch zorglandschap (Kamerstuk 33 278, nr. 8).

Hoogachtend,

de minister voor Medische Zorg
en Sport,

Bruno Bruins

**33 278 Interdepartementaal Beleidsonderzoek: Universitair
Medische Centra (umc's)**

Nr.

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 26 september 2019

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister voor Medische Zorg over de brief inzake de maatschappelijke rol van de Universitaire Medische Centra (umc's) in het medisch zorglandschap (Kamerstuk 33 278, nr. 8).

De op ---- 2019 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de minister voor Medische Zorg bij brief van ---- 2019 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,
Bakker

Inhoudsopgave

blz.

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II. Reactie van de minister	10

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief over de maatschappelijke rol van de universitaire medische centra (umc's) in het medisch zorglandschap. Het is goed dat de minister zijn visie op het medisch zorglandschap - en dan met name op de rol van de umc's - heeft beschreven. De toelichting hierbij roept bij de leden van de VVD-fractie wel nog enkele vragen op.

In zijn brief schrijft de minister dat zorgverzekeraars de verantwoordelijkheid moeten nemen om regiobeelden op te stellen, zeker als anderen die rol niet oppakken. Alle zorgaanbieders, inclusief de umc's, dienen hun rol derhalve af te stemmen op de rol die verzekeraars in de regio hebben en de afspraken die daarover in het hoofdlijnenakkoord zijn gemaakt. De leden van de VVD-fractie staan achter het idee om de zorgverzekeraars deze verantwoordelijkheid te geven om regiobeelden op te stellen, maar het begint natuurlijk met samenwerking. Genoemde leden vragen hoe het veld, en dan met name de umc's, tegen dit idee aankijken. Is men bereid om op deze manier regiobeelden vast te stellen en hun rol vervolgens juist in te vullen?

De minister vindt dat topklinische ziekenhuizen en umc's samen af moeten stemmen welke zorg op welke plek moet worden geleverd. Hij verwacht dat zowel de umc's als de ziekenhuizen over hun eigen schaduw heenstappen en het belang van de patiënt vooropstellen. De leden van de VVD-fractie zijn het eens met deze visie. Er moet een transitie komen waarbij de juiste zorg op de juiste plek centraal staat. Dat kan betekenen dat een umc bepaalde zorg niet meer levert, omdat het passender is om die zorg in een perifeer of algemeen ziekenhuis te leveren. Uiteraard kan die transitie ook andersom plaatsvinden, waar passend. De leden van de VVD-fractie willen weten in hoeverre er bereidheid is bij de umc's en de ziekenhuizen om deze transitie in te zetten.

In de brief staat dat de minister wil dat de umc's hun actieve rol in de coördinatie van de acute zorgketen vergroten. Die grotere rol kunnen zij pakken in het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ). De leden van de VVD-fractie zijn hier niet op tegen. Zij vragen de minister welke rol zorgverzekeraars hierbij kunnen/moeten spelen bij de inrichting van acute zorg (in de regio) in relatie tot hun rol in het opstellen van regiobeelden.

Tevens lezen deze leden in de brief dat de minister een actieve rol verwacht van umc's, conform het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg in de (verdere) ontwikkeling van uitvoering van de Regionale Actieplannen Aanpak Tekorten (RAAT). Kan de minister toelichten wat de ervaringen zijn van de umc's die deze rol reeds op zich hebben genomen? Welke obstakels ondervinden zij in de samenwerking en hoe kunnen andere umc's leren van de successen van de samenwerking?

De minister heeft de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) gevraagd om per onderwerp in kaart te brengen wat ze gaan doen, wanneer, met wie en hoe de communicatie rond de voortgang vormgegeven kan

worden. De NFU is tevens gevraagd om een uitwerking met bijbehorende planning op te stellen. De leden van de VVD-fractie willen weten wanneer het eerstvolgende moment is dat de Kamer op de hoogte gesteld wordt van de voortgang op de beschreven acht punten uit de brief van de minister.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de minister voor Medische Zorg waarin hij zijn visie geeft op de maatschappelijke rol van de umc's in het medisch zorglandschap. Deze leden vinden het positief dat geschetst wordt wat de rollen en taken zijn die er voor de verschillende partijen in de zorg liggen. Umc's hebben daarin een bijzondere positie voor het uitvoeren van publieke functies, die zowel rechten als plichten met zich meebrengt. De leden van de CDA-fractie hebben nog enkele vragen bij de brief van de minister.

De minister verwacht van zowel umc's als topklinische ziekenhuizen dat zij over hun eigen schaduw heen stappen en gaan onderzoeken welke vormen van zorg beter in een topklinisch ziekenhuis of juist in een umc kunnen plaatsvinden. De leden van de CDA-fractie vragen of er momenteel sprake is van een overcapaciteit bij topklinische ziekenhuizen en/of de umc's. Als er geen overcapaciteit zou zijn, dan zou er toch ook geen concurrentie nodig zijn en zouden afspraken over het verdelen van vormen van zorg als vanzelf moeten gaan?

Bij de eerste maatschappelijke opgave geeft de minister aan dat de umc's zich nog meer moeten concentreren op hun topreferente functie. De leden van de CDA-fractie horen uit het veld dat als een umc hoge kwaliteit wil leveren in de topreferente zorg, dat het personeel dan ook voldoende moet kunnen oefenen in de basiszorg. Herkent de minister dit? Betekent het feit dat personeel in de umc's ook het verlenen van de meer reguliere zorg moeten bijhouden, dat umc's ook een regionale functie nodig hebben? Bij de tweede maatschappelijke opgave geeft de minister aan dat hij van de umc's verwacht dat zij een spilfunctie in de zorg in de regio hebben en dat zij kritisch op zichzelf zijn en zich daarbij de vraag stellen welke rol zij in de regio hebben. De leden van de CDA-fractie vragen of dit betekent dat de umc's zelf mogen bepalen welke rol in de regio ze hebben.

Bij de derde maatschappelijke opgave roept de minister de umc's op om de verbindende functie voor netwerkvorming in hun regio op te pakken. De leden van de CDA-fractie vragen of dit betekent dat umc's onderling de regio's kunnen gaan verdelen. En komt er hiermee weer een nieuwe regio-indeling naast alle regio-indelingen die al bestaan (zoals voor de ROAZ, de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD), veiligheidsregio etc.)? Deelt de minister de mening dat de doelstelling moet zijn om tot een eenduidige regio-indeling te komen?

Bij de vierde maatschappelijke opgave spreekt de minister de verwachting uit dat de ROAZ-en het voortouw nemen om partijen die direct en indirect betrokken zijn bij de acute zorg regelmatig bij elkaar te brengen. De leden van de CDA-fractie vragen hoe dit exact moet gaan werken. Wie of wat verstaat hij onder de partijen die direct en indirect betrokken zijn? Worden met deze inzet de umc's in feite de *primus inter pares* die moeten zorgen dat de acute zorg in de regio geborgd moet worden?

De minister verwacht daarnaast dat de ROAZ-en vragen hoe het bij alle partijen zit met drukte, wie wie kan helpen en of er sluitingen op komst zijn. De leden van de CDA-fractie vragen of dit in feite een uitbreiding van de taken van de ROAZ is. Zo

ja, waar worden deze nieuwe taken geborgd en hoe wordt er op gehandhaafd dat de ROAZ dit ook daadwerkelijk doet?

Bij de zevende maatschappelijke opgave geeft de minister aan dat het (magistraal) bereiden op maat voor de patiënt een grotere rol krijgt. De leden van de CDA-fractie vragen of de minister hiermee een uitbreiding beoogt van datgene wat hij in zijn brief van 8 april 2019 beoogde.¹

Bij de achtste maatschappelijke opgave geeft de minister aan dat met het maken van afspraken over zogenaamde open *application programming interfaces* (API's) er minder administratieve lasten zullen zijn en betere gegevensuitwisseling in de zorg. De leden van de CDA-fractie vragen of hiermee alle problemen met de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) opgelost zullen zijn. Deze leden vragen daarnaast of bij de te maken afspraken over de open API's gezamenlijk gekeken wordt naar welke leverancier er gekozen wordt (voor alle ziekenhuizen), zodat er niet dubbel betaald hoeft te worden.

De minister geeft aan dat umc's een grote rol hebben als het gaat om te komen tot de goede infrastructuur hiervoor en het maken van afspraken met elektronisch patiëntendossier (EPD)-leveranciers hierover. De leden van de CDA-fractie vragen of dit betekent dat alle umc's van hetzelfde systeem gebruik moeten gaan maken. Kan de minister aangeven van welke systemen van welke EPD-leveranciers de verschillende umc's momenteel gebruik maken?

De leden van de CDA-fractie vragen ten slotte of het klopt dat (vrijwel) alle ziekenhuizen gebruik maken van de systemen van twee grote leveranciers. En klopt het dat een van deze twee leveranciers circa 60% van de markt in handen heeft en aanmerkelijk goedkoper en gebruiksvriendelijker is dan de andere leverancier? Zo ja, waarom wordt de duurdere leverancier dan nog gebruikt in de Nederlandse ziekenhuizen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief van de minister waarin hij ingaat op de maatschappelijke rol van universitaire medische centra in het medisch zorglandschap. Deze leden verwachten net als de minister dat de komende jaren actief op samenwerking wordt ingezet door de umc's, zorgverzekeraars, andere ziekenhuizen en overige zorgverleners in de regio. Zij hebben in dit verband nog enkele vragen aan de minister.

De leden van de D66-fractie lezen dat de minister het van belang acht dat de umc's zich richten op de taken waar zij écht meerwaarde scheppen, in de complexe derdelijnszorg. Door zich met name op deze zorg te richten, kunnen de andere ziekenhuizen zich richten op de tweedelijnszorg, zo lezen genoemde leden. Dit alles in het kader van de juiste zorg op de juiste plek: dichtbij waar het kan, verder weg als het moet en waar mogelijk in netwerken. Constaties die de leden van de D66-fractie van harte onderschrijven. Reeds in 2014, bij het schriftelijk overleg over de positioneringsnota universitaire medische centra, vroegen deze leden namelijk naar de substitutie van bepaalde curatieve zorg van umc's naar algemene ziekenhuizen, en de kostenbesparingen die daarmee in potentie gemoeid kunnen gaan. Het stemt hen positief dat umc's de beweging naar verdere specialisatie inmiddels hebben ingezet. In de praktijk blijkt echter ook dat de umc's niet-complexe zorg nog altijd niet even gemakkelijk overdragen aan de algemene ziekenhuizen, poliklinische centra en anderhalvelijnscentra.

¹ Kamerstukken II, vergaderjaar 2018-2019, 29477, nr. 569.

Andersom geldt hetzelfde voor de hoogcomplexere zorg door algemene ziekenhuizen in de richting van de umc's. De oplossing ligt besloten in een goede samenwerking, maar vraagt volgens de genoemde leden ook om regie. De leden van de D66-fractie horen dan ook graag van de minister hoe hij de onderlinge overdracht en uitwisseling van zorg de komende tijd verder gaat stimuleren. Is de minister bereid meer regie te nemen op dit terrein? En overweegt de minister daarbij voorts om met de umc's hardere afspraken te maken over deze substitutie, als de komende jaren niet voldoende progressie wordt geboekt?

De leden van de D66-fractie zien een actieve rol weggelegd voor umc's in het toegankelijk houden van zorg in de regio. Dit kunnen zij onder meer realiseren door met de andere zorgverleners en de zorgverzekeraars regionale zorgnetwerken op te zetten. Deze leden achten het van groot belang dat zo in de toekomst vaker samenwerking over de zorgdomeinen heen plaatsvindt. Zij constateren dat de minister deze mening deelt. Hij ziet onder andere mogelijkheden in het samen doorbehandelen, in plaats van doorverwijzen. Financiering blijkt daarbij echter helaas nog vaak een obstakel. De leden van de D66-fractie horen daarom graag van de minister welke stappen hij onderneemt om financiële barrières voor domein-overschrijdende samenwerking weg te nemen. Hoe kan bijvoorbeeld de expertise vanuit de umc's ook binnen de eerste-, tweede- en anderhalvelijnszorg passend worden bekostigd? Genoemde leden vinden het van groot belang dat de minister de juiste kaders schept voor deze samenwerking.

De leden van de D66-fractie verwachten van de umc's dat zij zich voor de toekomst meer gaan focussen op hun topreferente functie. Zij zien de versterking van kennis en expertise met betrekking tot zeldzame aandoeningen als een belangrijk onderdeel van die focus. Thans is de expertise in de umc's gebundeld in ruim 300 expertisecentra voor zeldzame aandoeningen, die op grond van Europese criteria zijn aangewezen. Dit vergt een tijdsintensieve, grote verantwoordelijkheid. De leden van de D66-fractie vernemen graag van de minister of hij verwacht dat een verdere versterking van kennis en expertise mogelijk is binnen de huidige financiële middelen van de umc's, en of hij hierin nog een verantwoordelijkheid voor het ministerie ziet weggelegd. De leden van de D66-fractie zijn voorts benieuwd of de minister verwacht en het noodzakelijk acht dat de komende jaren nieuwe expertisecentra voor zeldzame aandoeningen worden geopend. Ten slotte lezen de genoemde leden dat de minister wenst dat de expertise uit de umc's - indien mogelijk - beschikbaar komt voor de behandelaar in de buurt. Deze leden vinden het een mooi streven om de zorg ook voor deze patiëntengroep dichterbij huis te brengen. Zij vernemen dan ook graag hoe de plannen voor de kennisoverdracht van umc's naar andere zorgaanbieders inzake zeldzame aandoeningen concreet worden vormgegeven en zij horen graag of het ministerie daarin een ondersteunende rol kan spelen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief over de maatschappelijke rol van de universitaire medische centra in het medisch zorglandschap. Deze leden hebben naar aanleiding van de brief alvast onderstaande opmerkingen en vragen.

In de voorliggende brief wordt een geactualiseerd beeld geschetst van de rol die de minister in het medisch zorglandschap ziet weggelegd voor de umc's, zo constateren de leden van de SP-fractie. De umc's spelen een belangrijke rol in het (veranderende) medisch zorglandschap, genoemde leden delen dan ook de mening dat een duidelijke (herijkte) visie op de rollen en taken van de umc's van

belang is. Het is dan ook essentieel dat zowel de umc's als de NFU deze veronderstelde taken en rollen volledig onderschrijven. De leden van de SP-fractie vragen dan ook om een bevestiging hiervan. Zij zijn daarnaast benieuwd of de umc's en de NFU wellicht (nog) andere rollen voor zichzelf zien weggelegd.

Dat samenwerking in het medisch zorglandschap van belang is, spreekt volgens de leden van de SP-fractie voor zich. Samenwerking in het medisch zorglandschap is essentieel en gebeurt al op brede schaal. Deze leden vragen in dit kader dan ook of de minister deze ook in den breedte toestaat wat betreft samenwerking. Is er wellicht een grens aan deze samenwerking(-smogelijkheden) gezien vanuit de taken van de Autoriteit Consument en Markt (ACM)? Zo ja, waar ligt deze grens precies en vindt de minister deze grens wenselijk?

De leden van de SP-fractie lezen dat er een proactieve houding verwacht wordt van de umc's. Kan aangegeven worden hoe deze proactieve houding in de praktijk zichtbaar moet worden? Welke stappen kunnen, dan wel moeten, de umc's hierin de komende tijd gaan zetten? Is deze proactieve houding er nu wellicht nog niet of nog onvoldoende? Genoemde leden krijgen dit graag nader toegelicht.

Zoals aangegeven delen de leden van de SP-fractie het belang van goede samenwerking in het medisch zorglandschap. Tegelijkertijd menen zij dat een goede samenwerking niet altijd even makkelijk te realiseren is als dat lijkt te worden geschetst; zeker gezien de personeelstekorten, de niet-passende financiering, gebrekkige uitwisseling van gegevens en het ontbreken van stevige regie. In dit kader ontvangen de leden van de SP-fractie graag een uitgebreide reactie op het artikel 'Zorgaanbieders werken nog onvoldoende samen in de regio'². Daarbij wensen deze leden dat in ieder geval wordt ingegaan op hoe de voorliggende visie hier daadwerkelijk verandering in gaat brengen. Graag krijgen de leden van de SP-fractie daarnaast een toelichting op de zin uit de voorliggende brief: 'alle zorgaanbieders, inclusief de umc's, dienen hun rol derhalve af te stemmen op de rol die verzekeraars in de regio hebben en de afspraken die daarover ook in het hoofdlijnenakkoord zijn gemaakt'. Heeft deze zin enkel betrekking op de ook in de brief genoemde regiobeelden die opgesteld moeten worden of moeten deze leden deze zin wellicht breder interpreteren? En zo ja, in hoeverre moeten alle zorgaanbieders hun rol op de (wens van de) verzekeraars afstemmen? Zou het niet beter zijn als alle partijen hun rollen onderling op gelijkwaardige wijze op elkaar afstemmen? Zo nee, in hoeverre is er dan sprake van een samenwerking, dan wel van een kwestie van zorgverzekeraars die het voor het zeggen hebben in de regio?

In de voorliggende brief worden acht onderwerpen benoemd waarbij een belangrijke bijdrage van umc's wordt verwacht. Om specifiek te zijn gaat het over de volgende onderwerpen:

- (1) umc's nemen een actieve rol als centrum voor zeer complexe zorg, kennis en expertise;
- (2) umc's nemen een actieve rol in het beschikbaar en toegankelijk houden van de zorg in de regio;
- (3) umc's vergroten hun rol als aanjager van netwerkvorming en samenwerking;
- (4) umc's vergroten hun actieve rol in de coördinatie van de acute zorgketen;
- (5) umc's nemen een actieve rol in de opleidingsvraagstukken;
- (6) umc's vervullen hun rol als regionale academische motor;
- (7) umc's leveren een actieve bijdrage aan de discussie rond dure geneesmiddelen, en;

- (8) umc's leveren een actieve bijdrage aan verbetering van gegevensuitwisseling, registratie aan de bron en hergebruik van data.

Genoemde leden zien ook een belangrijke rol voor de umc's in deze acht onderwerpen, maar vragen zich tegelijkertijd af of de umc's met deze herijkte visie op de maatschappelijke rol van umc's nu eigenlijk ook daadwerkelijk nieuwe taken krijgen opgelegd. De leden van de SP-fractie zien een verdieping van sommige taken in de brief terugkomen, maar vragen of de umc's ook expliciet nieuwe taken krijgen toebedacht in de nieuwe visie. Zo ja, wat moeten de umc's gaan doen wat ze tot op heden niet doen?

Aangegeven wordt dat het van belang is dat de umc's zich richten op de taken waar zij echt een meerwaarde hebben ten opzichte van andere partijen in de regio, met name op de complexe derdelijnszorg en topreferente zorg. De leden van de SP-fractie begrijpen dat in een intensieve samenwerking alle partijen daarin hun rol moeten hebben en dat het daarbij van belang is waar de krachten van die specifieke organisatie liggen. Wel vragen deze leden wat dit precies betekent voor de patiënt met zijn of haar individuele zorgvraag. Betekent dit voornemen bijvoorbeeld dat een patiënt met een minder complexe zorgvraag niet meer terecht kan voor behandeling bij een umc? In hoeverre heeft een patiënt naar aanleiding van onderliggende visie nog de vrijheid om te kiezen voor een specifieke behandelplek of een specifieke professional? Hoe verhoudt dit zich precies met de rol van umc's in het toegankelijk houden van zorg in de regio?

In de brief worden umc's, met de NFU als koepelorganisatie, opgeroepen om de verbindende functie voor netwerkvorming in hun regio op te pakken als dat niet al succesvol door een andere partij is opgepakt. Wat is het oordeel van de NFU en de umc's als het gaat om deze mogelijke rol? Aanvullend, wat betreft netwerkvorming lezen de leden van de SP-fractie dat een eerste stap moet zijn dat de NFU een breed gedragen visie op netwerkvorming publiceert. Wanneer kunnen deze leden een dergelijke uitgewerkte visie verwachten? Begrijpen zij het goed dat de NFU een brede visie presenteert waarna de umc's apart een visie voor hun specifieke regio opstellen? In hoeverre is in deze uitwerking door de umc's aandacht voor (netwerkvorming bij) de verschillende patiëntengroepen?

De ROAZ-en hebben/krijgen een belangrijke rol in de organisatie van acute zorg in de regio. Al meerdere malen hebben de leden van de SP-fractie hun zorgen geuit over de toegankelijkheid en bereikbaarheid van deze acute zorg. Zij hopen zeer dat hetgeen is voorgesteld, leidt tot een verbetering op dit gebied. Graag ontvangen deze leden extra informatie over de staat van de ROAZ-en in de verschillende regio's. Met name vragen deze leden zich af of deze ROAZ-en in alle regio's een goed beeld hebben van de situatie in hun regio en of de samenwerkingen tussen partijen in de verschillende regio's goed verloopt.

Umc's gaan medisch ondersteunend personeel en gespecialiseerde verpleegkundigen volgens de ramingen van het Capaciteitsorgaan opleiden, wat nu nog niet altijd het geval is; zo constateren de leden van de SP-fractie. Graag ontvangen zij hierop een nadere uitwerking. Wat betekent dit precies voor het aantal opleidingsplaatsen dat er extra bij gaat komen voor de verschillende functies? Aan welke aantallen moeten deze leden bijvoorbeeld denken? Zij vinden het logisch dat de umc's financieel gecompenseerd worden voor deze extra te vormen opleidingsplaatsen en menen dat dit van belang is gezien de personeelsvraagstukken die er liggen in de zorg. Wel vragen de leden van de SP-fractie hoe, gezien de personeelstekorten in ziekenhuizen, voldoende ondersteuning gerealiseerd zal worden voor deze (extra) studenten.

De leden van de SP-fractie zijn positief over het besluit dat umc's hun onderzoeksfocus ook gaan leggen op onderzoek op het gebied van preventie en regionale vraagstukken. Als het gaat om de rol van umc's met betrekking tot dure geneesmiddelen hebben de leden van de SP-fractie verschillende vragen. Allereerst lezen zij dat de kennistransferorganisaties van de umc's onderling en internationaal ervaringen uit gaan wisselen. Hoe gaan deze internationale afspraken precies vormgegeven worden? Daarnaast vragen deze leden hoe de grotere rol voor magistrale bereidingen eruit ziet en of dit ook de doorlevering van medicijnen betreft. Tevens zijn deze leden benieuwd of de Kamer op de hoogte gehouden wordt van de ontwikkelingen rondom de totstandkoming van de modelovereenkomst voor maatschappelijk verantwoord licentiëren en de voorstellen op het gebied van monitoring en rapportage. Welke concrete afspraken zullen er worden gemaakt om transparantie over *research* en *development* (R&D)-kosten van medicijnen af te dwingen? Tenslotte vragen de leden van de SP-fractie of er concrete afspraken worden gemaakt over de mate waarin umc's kunnen verdienen aan het onderzoek en zo ja, welke afspraken dat zullen zijn.

Het belang van een goede digitale gegevensuitwisseling en het feit dat hiervoor belemmeringen in taal en techniek overwonnen moeten worden, onderschrijven de leden van de SP-fractie. Zij brengen graag eerdere schriftelijke vragen van een lid van de SP-fractie in herinnering, te weten vragen naar aanleiding van de uitzending van De Monitor over ICT in de zorg³. Hoe zouden de umc's hun rol in deze verbetering van gegevensuitwisseling, registratie en hergebruik kunnen nemen als de aanbieders van de datasystemen het belang van een goed op elkaar aansluitend systeem niet herkennen of in ieder geval niet nastreven, met name omdat dit ze veel geld oplevert? Hoe wordt registratie aan de bron een haalbaar doel als op dit moment ziekenhuizen nog niet eens met hetzelfde systeem met elkaar kunnen communiceren? Welke rol ziet de minister voor zichzelf hierin en per wanneer wordt hierin verandering nagestreefd? Wanneer kunnen de leden van de SP-fractie daarnaast de uitgewerkte plannen (inclusief planning) per onderwerp van de NFU verwachten?

II. Reactie van de minister

Ik heb de beantwoording van de vragen per fractie ingedeeld en een nummering aangebracht in de vragen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

- 1. In zijn brief schrijft de minister dat zorgverzekeraars de verantwoordelijkheid moeten nemen om regiobeelden op te stellen, zeker als anderen die rol niet oppakken. Alle zorgaanbieders, inclusief de umc's, dienen hun rol derhalve af te stemmen op de rol die verzekeraars in de regio hebben en de afspraken die daarover in het hoofdlijnenakkoord zijn gemaakt. De leden van de VVD-fractie staan achter het idee om de zorgverzekeraars deze verantwoordelijkheid te geven om regiobeelden op te stellen, maar het begint natuurlijk met samenwerking. Genoemde leden vragen hoe het veld, en dan met name de umc's, tegen dit idee aankijken. Is men bereid om op deze manier regiobeelden vast te stellen en hun rol vervolgens juist in te vullen?*

In de bestuurlijke akkoorden 2019-2022 is afgesproken dat zorginkopers, waaronder zorgaanbieders, een voortrekkersrol nemen om een regiobeeld op te stellen wanneer andere partijen dit initiatief niet nemen. Daarmee is het maken van een regiobeeld expliciet geen primaire verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars, maar een gedeelde verantwoordelijkheid van alle partijen. Het feit dat in de praktijk veelal zorgverzekeraars de regie nemen, is een logisch gevolg van de gemaakte afspraken in de hoofdlijnenakkoorden. Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de inkoop van zorg en de toegankelijkheid van de zorg in de regio. De umc's zijn, in samenwerking met andere zorgaanbieders, verantwoordelijk voor de organisatie van de zorg. De umc's zijn in staat om snel de juiste kennis en expertise op de juiste plaats beschikbaar te stellen ('State of the art') en dat netwerkzorg binnen de regio wordt georganiseerd. Gezien het feit dat alle betrokken partijen deze akkoorden hebben ondertekend, ga ik er vanuit dat genoemde partijen positief tegenover deze rolverdeling staan.

De NFU heeft mij laten weten dat wanneer er in goede afstemming tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en met betrokkenheid van patiënten regiobeelden worden opgesteld, de umc's daarnaar zullen handelen en ze hun rol in deze regiobeelden zo passend mogelijk in zullen vullen. De invulling door een umc kan daarmee per regio verschillen.

2. *De minister vindt dat topklinische ziekenhuizen en umc's samen af moeten stemmen welke zorg op welke plek moet worden geleverd. Hij verwacht dat zowel de umc's als de ziekenhuizen over hun eigen schaduw heenstappen en het belang van de patiënt vooropstellen. De leden van de VVD-fractie zijn het eens met deze visie. Er moet een transitie komen waarbij de juiste zorg op de juiste plek centraal staat. Dat kan betekenen dat een umc bepaalde zorg niet meer levert, omdat het passender is om die zorg in een perifeer of algemeen ziekenhuis te leveren. Uiteraard kan die transitie ook andersom plaatsvinden, waar passend. De leden van de VVD-fractie willen weten in hoeverre er bereidheid is bij de umc's en de ziekenhuizen om deze transitie in te zetten.*

Zoals ik in mijn Kamerbrief van 12 juli 2019⁴ heb aangegeven is het van belang dat umc's zich richten op de taken waar zij echt meerwaarde scheppen, namelijk op de complexe derdelijnszorg. Juist voor deze zorg kunnen patiënten bij uitstek in de umc's terecht. Door zich met name op deze zorg te richten, kunnen de andere ziekenhuizen zich richten op de tweedelijns zorg. Doordat er in de umc's veel fundamenteel wetenschappelijk en toegepast onderzoek gedaan wordt, komen we steeds meer te weten over onder andere de oorzaken, preventie en behandeling van complexe aandoeningen. Door ook de behandeling ervan te optimaliseren, is het voor andere ziekenhuizen na verloop van tijd ook mogelijk om deze zorg te leveren. Wanneer deze zorg overgedragen wordt naar andere ziekenhuizen, kunnen umc's zich weer richten op de behandeling van andere zeer specialistische aandoeningen. Dit maakt dat de patiënt voor zowel hoog complexe als minder complexe kwalitatief hoogwaardige zorg gewoon in Nederland terecht kan. Hiermee wordt bijgedragen aan het centrale thema in de hoofdlijnenakkoorden die ik in de zomer van 2018 met partijen in verschillende zorgsectoren heb afgesloten; 'de juiste zorg op de juiste plek'. Deze beweging wordt breed gedragen en opgepakt door alle partijen van het hoofdlijnenakkoord. Belangrijk uitgangspunt bij deze beweging is meer zorg op maat, dichtbij als het kan, verder weg als het moet en waar het kan in netwerken. Daarbij staat de patiënt immer centraal. Met het sluiten van het hoofdlijnenakkoord medisch

specialistische zorg hebben onder andere umc's en ziekenhuizen aangegeven zich samen in te zetten voor de transitie van zorg. De NFU heeft aangegeven dat zij bereid zijn om de transitie in te zetten.

Dit is in lijn met de hoofdlijnenakkoorden. In reguliere overleggen tussen het ministerie van VWS en de partijen die betrokken zijn bij het hoofdlijnenakkoord, (waaronder de umc's) blijft dit thema onderwerp van gesprek.

2. *In de brief staat dat de minister wil dat de umc's hun actieve rol in de coördinatie van de acute zorgketen vergroten. Die grotere rol kunnen zij pakken in het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ). De leden van de VVD-fractie zijn hier niet op tegen. Zij vragen de minister welke rol zorgverzekeraars hierbij kunnen/moeten spelen bij de inrichting van acute zorg (in de regio) in relatie tot hun rol in het opstellen van regiobeelden.*

Zorgverzekeraars spelen een cruciale rol bij de inrichting van de acute zorg in de regio. Zij zijn het die de verschillende onderdelen van de acute zorg in samenhang inkopen. Afspraken die in het ROAZ worden gemaakt en inzichten die in het ROAZ worden gedeeld kunnen daarbij behulpzaam zijn. Dat geldt ook voor de regiobeelden, die op initiatief van de zorgverzekeraars worden opgesteld. Ik vind het dan ook van groot belang dat de zorgverzekeraars bij ROAZ-overleggen aanwezig zijn. Formeel gezien is hun aanwezigheid daarbij vrijwillig, maar zeker niet vrijblijvend. Zorgverzekeraars beseffen het belang van hun aanwezigheid.

Overigens blijven de afzonderlijke zorgaanbieders verantwoordelijk voor de kwaliteit van de acute zorg die zij leveren.

Zoals ik al heb aangekondigd, zal ik in het voorjaar van 2020 komen met een visie voor de acute zorg in de vorm van een houtskoolschets. Hierbij zal ik partijen waarmee de hoofdlijnenakkoorden voor de medisch-specialistische zorg zijn gesloten, waaronder zorgverzekeraars, betrekken.

3. *Tevens lezen deze leden in de brief dat de minister een actieve rol verwacht van umc's, conform het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg in de (verdere) ontwikkeling van uitvoering van de Regionale Actieplannen Aanpak Tekorten (RAAT). Kan de minister toelichten wat de ervaringen zijn van de umc's die deze rol reeds op zich hebben genomen? Welke obstakels ondervinden zij in de samenwerking en hoe kunnen andere umc's leren van de successen van de samenwerking?*

Umc's hebben een grote rol bij het opleiden van (gespecialiseerde) verpleegkundigen, dokters en ander uitvoerend en ondersteunend medische personeel, zoals anesthesiemedewerkers en operatieassistenten. De grootste tekorten doen zich momenteel voor bij gespecialiseerde verpleegkundigen (IC- en SEH-verpleegkundigen) en medisch ondersteuners (anesthesiemedewerkers en operatieassistenten). Samen met algemene ziekenhuizen in de regio worden bestuurlijke afspraken gemaakt over meer en anders opleiden. Er zijn voorbeelden van regionaal werven voor de opleiding, gezamenlijk opleiden en opleiden voor ziekenhuizen in de regio. Coördinatie en voortrekkersrol ligt voor een belangrijk deel bij de umc's, die ieder beschikken over een eigen opleidingsinstituut. Daarnaast ondersteunen umc's regionale ziekenhuizen als er belangrijke knelpunten zijn. Voorbeelden daarvan zijn de ondersteuning door het umc van het Ommelandersziekenhuis, het ADRZ en het Maasziekenhuis Panteyn in Boxmeer.

4. *De minister heeft de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) gevraagd om per onderwerp in kaart te brengen wat ze gaan doen, wanneer, met wie en hoe de communicatie rond de voortgang vormgegeven kan worden. De NFU is tevens gevraagd om een uitwerking met bijbehorende planning op te stellen. De leden van de VVD-fractie willen weten wanneer het eerstvolgende moment is dat de Kamer op de hoogte gesteld wordt van de voortgang op de beschreven acht punten uit de brief van de minister.*

In het VSO BBAZ van 11 september 2019 heeft mevrouw van den Berg (CDA) een motie ingediend met het verzoek om de Kamer jaarlijks te informeren over de uitkomsten van de monitoring met betrekking tot de verwijzing van basiszorgpatiënten in een umc naar een ander (algemeen) ziekenhuis en aan te geven bij welke uitkomsten, welke maatregelen door de minister zullen worden genomen. Zoals ik in mijn reactie heb aangegeven zal ik de NZa, als onafhankelijke partij, vragen om dit mee te nemen in een van hun reguliere monitoringinstrumenten. Daarbij zal ik vragen hoe en met welke frequentie de monitoring mogelijk is. Momenteel ben ik met de NZa hierover in gesprek. Zodra hier meer over bekend is, zal ik uw Kamer hierover informeren. Deze monitoring gaat over de beweging 'de juiste zorg op de juiste plek'. Een aantal van de beschreven acht punten in mijn brief hebben betrekking op deze beweging en zullen dan ook op de beschreven wijze gemonitord worden. In de brief zijn ook nog enkele andere thema's beschreven. Deze thema's hebben onder andere betrekking op het leveren van een actieve bijdrage aan bijvoorbeeld de discussie rond dure geneesmiddelen en de verbetering van gegevensuitwisseling. Ik heb de NFU gevraagd om de invulling van de beschreven punten uit te werken en indien mogelijk te benoemen welke mijlpalen er verwacht kunnen worden. Dit is ook in het laatste bestuurlijk overleg tussen VWS en de NFU afgesproken. Ook in de volgende overleggen tussen beide partijen zal dit thema onderwerp van gesprek blijven. Gelet op het beleidsvoornemen om de administratielast in de zorg te verminderen, ben ik voornemens de registratielast te beperken en de NFU te verzoeken om gedurende de komende drie jaar, éénmaal per jaar een schriftelijke terugkoppeling te geven van de wijze waarop de beschreven thema's zijn ingevuld.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

1. *De leden van de CDA-fractie vragen of er momenteel sprake is van een overcapaciteit bij topklinische ziekenhuizen en/of de umc's. Als er geen overcapaciteit zou zijn, dan zou er toch ook geen concurrentie nodig zijn en zouden afspraken over het verdelen van vormen van zorg als vanzelf moeten gaan?*

Het is mij niet bekend dat sprake is van overcapaciteit bij umc's en topklinische ziekenhuizen. Daar heb ik ook geen signalen over ontvangen. Met het sluiten van het hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg hebben onder andere umc's en ziekenhuizen aangegeven zich samen in te zetten voor de transitie van zorg. Dit is een proces dat niet vanzelf gaat. Bij een dergelijke transitie spelen namelijk ook de af- en opbouw van voorzieningen een rol. Zo kan de afbouw van bepaalde voorzieningen gepaard gaan met omzetverlies en kost het verplaatsen van artsen, verpleegkundigen en patiënten tijd. Dit is een groot en complex proces maar is wel nodig. Er is vertrouwen en doorzettingsvermogen nodig om de overdracht van bepaalde zorg te realiseren. Aangezien in de hoofdlijnenakkoorden het

centrale thema 'de juiste zorg op de juiste plek' was en deze beweging breed wordt gedragen en opgepakt door alle partijen van het hoofdlijnenakkoord, heb ik er alle vertrouwen in dat de betrokken partijen samen werken aan het realiseren van zorg voor patiënten 'ver weg als het moet, dichtbij als het kan'. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars inzetten op meerjarencontracten met ziekenhuizen, waarin afspraken worden gemaakt over de doelmatigheid en kwaliteit van zorg.

2. Bij de eerste maatschappelijke opgave geeft de minister aan dat de umc's zich nog meer moeten concentreren op hun topreferente functie. De leden van de CDA-fractie horen uit het veld dat als een umc hoge kwaliteit wil leveren in de topreferente zorg, dat het personeel dan ook voldoende moet kunnen oefenen in de basiszorg. Herkent de minister dit? Betekent het feit dat personeel in de umc's ook het verlenen van de meer reguliere zorg moeten bijhouden, dat umc's ook een regionale functie nodig hebben?

Natuurlijk moeten artsen (medisch specialisten) in de umc's ook in staat zijn om basiszorg te leveren. De umc's dragen immers verantwoordelijkheid voor het opleiden van artsen, zowel in de geneeskunde opleiding als, net als andere ziekenhuizen, voor de vervolgopleiding tot specialist. Dat betekent daarom echter niet dat een umc per definitie een regionale functie nodig heeft voor basiszorg. Daarnaast heeft topreferente zorg heel veel verschijningsvormen. Zo heeft soms niet alle zorg voor de patiënt een topreferent karakter maar is er sprake van een topreferent onderdeel van de behandeling of van hele bijzondere omstandigheden. Denk hierbij aan bijvoorbeeld een staaroperatie bij een patiënt die niet liggend geopereerd kan worden. De staaroperatie is dan in beginsel niet anders dan anders, maar om een staande patiënt te opereren is een bijzondere operatiekamer nodig. Daarnaast hebben de umc's een last resort functie. Als er bijvoorbeeld onduidelijk is wat er precies met een patiënt aan de hand is, kan een patiënt in een umc terecht komen. Uiteindelijk kan blijken dat, na bijvoorbeeld zeer specialistisch onderzoek in een umc, de patiënt alsnog met basiszorg het beste geholpen is.

3. Bij de tweede maatschappelijke opgave geeft de minister aan dat hij van de umc's verwacht dat zij een spilfunctie in de zorg in de regio hebben en dat zij kritisch op zichzelf zijn en zich daarbij de vraag stellen welke rol zij in de regio hebben. De leden van de CDA-fractie vragen of dit betekent dat de umc's zelf mogen bepalen welke rol in de regio ze hebben.

In de bestuurlijke akkoorden 2019-2022 is afgesproken dat zorginkopers een voortrekkersrol nemen om een regiobeeld op te stellen wanneer andere partijen dit initiatief niet nemen. Het maken van een regiobeeld is dan ook geen primaire verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars, maar een gedeelde verantwoordelijkheid van alle partijen. Alle zorgaanbieders, inclusief de umc's, dienen hun rol af te stemmen op het gedeelde regiobeeld. In mijn Kamerbrief van 12 juli 2019⁵ heb ik specifiek de oproep gedaan aan de umc's, de topklinische ziekenhuizen en de regionale ziekenhuizen om met elkaar samen te werken, allebei met de rol die hen het beste past en met deze samenwerking elkaar en de zorg te versterken. Ze zullen met elkaar moeten onderzoeken welke vormen van zorg beter in een topklinisch ziekenhuis of juist in een umc kunnen plaatsvinden. De rol van umc's in een regio zal dan ook in gezamenlijkheid bepaald moeten worden. Hierbij vormt 'de juiste zorg op de juiste plek' het uitgangspunt. Ik vind het van belang dat partijen in de zorg weten wat ik van umc's verwacht en dat umc's hier ook op aanspreekbaar zijn.

In de Kamerbrief van 12 juli 2019 heb ik dan ook nader beschreven welke rol ik van de umc's op verschillende thema's verwacht.

4. *Bij de derde maatschappelijke opgave roept de minister de umc's op om de verbindende functie voor netwerkvorming in hun regio op te pakken. De leden van de CDA-fractie vragen of dit betekent dat umc's onderling de regio's kunnen gaan verdelen. En komt er hiermee weer een nieuwe regio-indeling naast alle regio-indelingen die al bestaan (zoals voor de ROAZ, de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD), veiligheidsregio etc.)? Deelt de minister de mening dat de doelstelling moet zijn om tot een eenduidige regio-indeling te komen?*

Het is niet de bedoeling dat, zoals gesteld wordt, umc's "de regio's kunnen gaan verdelen". Ik vind het echter wel van belang dat umc's niet geïsoleerd werken maar onderdeel zijn van een netwerk met andere zorgaanbieders, ziekenhuizen, huisartsen, verpleegkundigen, ambulancemedewerkers en dergelijke. Daarbij moet samenwerking zich niet laten beperken door het vaststellen van diverse regio's. Per situatie kan samenwerking van andere partijen wenselijk zijn. Wat een regio is, is dan ook per situatie van verschillende factoren afhankelijk. Ik wil benadrukken dat er dus ook geen precieze regio's vastliggen en dat ik dit ook niet wil. Samenwerking binnen een bepaalde regio dient namelijk afgestemd te worden op de vraag die er speelt. Umc's kunnen overigens wel de verbindende schakel vormen bij de netwerkvorming in hun regio. De NFU is bezig met een breed gedragen visie op netwerkvorming.

5. *Bij de vierde maatschappelijke opgave spreekt de minister de verwachting uit dat de ROAZ-en het voortouw nemen om partijen die direct en indirect betrokken zijn bij de acute zorg regelmatig bij elkaar te brengen. De leden van de CDA-fractie vragen hoe dit exact moet gaan werken. Wie of wat verstaat hij onder de partijen die direct en indirect betrokken zijn? Worden met deze inzet de umc's in feite de primus inter pares die moeten zorgen dat de acute zorg in de regio geborgd moet worden?*

De umc's vormen samen met drie andere grote ziekenhuizen de traumacentra die -wettelijk- verantwoordelijk zijn voor het organiseren van het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ). Van hen verwacht ik een proactieve rol in het voorkomen, signaleren, agenderen en oplossen van (mogelijke) knelpunten in het aanbod van acute zorg. Dat neemt niet weg dat ik van alle deelnemers aan het ROAZ een constructieve inzet in het ROAZ verwacht. Ik verwacht dat zij allemaal hun bijdrage leveren aan een adequate beschikbaarheid van acute zorg in de regio. Ook de zorgverzekeraars hebben daarin een belangrijke rol. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn primair verantwoordelijk voor de toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ziet toe op de toegankelijkheid van zorg. In de ministeriële regeling op grond van de (nu nog concept) algemene maatregel van bestuur (AmvB) over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg zal geregeld worden welke partijen door de traumacentra uitgenodigd moeten worden voor het ROAZ.

6. *De minister verwacht daarnaast dat de ROAZ-en vragen hoe het bij alle partijen zit met drukte, wie wie kan helpen en of er sluitingen op komst zijn. De leden van de CDA-fractie vragen of dit in feite een uitbreiding van de taken van de ROAZ is. Zo ja, waar worden deze nieuwe taken geborgd en hoe wordt er op gehandhaafd dat de ROAZ dit ook daadwerkelijk doet?*

Ik verwacht van de ROAZ-en dat zij afspraken maken over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg en dat zij dit op een proactieve en constructieve manier doen. Dit wordt geregeld in de (nu nog concept) algemene maatregel van bestuur voor de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg en op onderdelen nader uitgewerkt in de ministeriële regeling die daarbij hoort. Over de inhoud en bedoeling van de concept AmvB heb ik u onder andere geïnformeerd op 28 november 2018 en 1 oktober 2019. Voor toezicht en handhaving heeft de IGJ het instrumentarium van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg tot haar beschikking.

7. *Bij de zevende maatschappelijke opgave geeft de minister aan dat het (magistraal) bereiden op maat voor de patiënt een grotere rol krijgt. De leden van de CDA-fractie vragen of de minister hiermee een uitbreiding beoogt van datgene wat hij in zijn brief van 8 april 2019 beoogde.*⁶

Nee, in mijn brief van 8 april 2019⁷ heb ik de juridische kaders van magistrale bereiding toegelicht. In mijn brief van 12 juli 2019 over de umc's constateer ik dat door ontwikkelingen op het gebied van therapie op maat en personalised medicine, het (magistraal) bereiden op maat voor de patiënt een grotere rol zal krijgen.

⁶ Kamerstukken II, vergaderjaar 2018-2019, 29477, nr. 569

⁷ Kamerstukken II, vergaderjaar 2018-2019, 29477, nr. 569

8. *Bij de achtste maatschappelijke opgave geeft de minister aan dat met het maken van afspraken over zogenaamde open application programming interfaces (API's) er minder administratieve lasten zullen zijn en betere gegevensuitwisseling in de zorg. De leden van de CDA-fractie vragen of hiermee alle problemen met de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) opgelost zullen zijn.*

De Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) stelt eisen aan het veilig verwerken van medische informatie. Een API is een technisch begrip, waarmee over het algemeen een eenduidig gedefinieerde (standaard) stekker tot gegevens wordt bedoeld. Daarmee is het afhankelijk van de toepassing van de API en de gegevens die worden ontsloten of dit wel of niet binnen de kaders vallen die de AVG aan de verwerking van medische informatie stelt. Interoperabiliteit kan bevorderd worden met het gebruik van API's doordat hierdoor andere systemen op een vooraf bekende stekker kunnen aansluiten en daardoor gegevens onderling uit kunnen wisselen.

9. *Deze leden vragen daarnaast of bij de te maken afspraken over de open API's gezamenlijk gekeken wordt naar welke leverancier er gekozen wordt (voor alle ziekenhuizen), zodat er niet dubbel betaald hoeft te worden.*

(Afspraken over) uitwisseling met (open) API's vereist technische aanpassingen van de leveranciers van beide kanten van een gegevensuitwisseling. Zoals ik eerder stel, hebben umc's een grote rol bij het samen met alle andere ziekenhuizen en klinieken maken van afspraken met EPD-leveranciers over de eisen aan en prijzen van API's. Hierbij vind ik het belangrijk dat de maatschappelijke verantwoordelijkheid van leveranciers leidt tot de juiste bekostigingsmodellen (met zoveel mogelijk vermindering van bijvoorbeeld perverse prikkels die uitwisseling in de weg staan; zoals kosten per uitwisseling) en transparantie van onder andere ontwikkelkosten en prijsopbouw. Wanneer het de ontsluiting van informatie ten behoeve van gegevensuitwisseling tussen zorgverleners betreft, leg ik de bouwstenen voor taal en techniek straks wettelijk vast.

10. *De minister geeft aan dat umc's een grote rol hebben als het gaat om te komen tot de goede infrastructuur hiervoor en het maken van afspraken met elektronisch patiëntendossier (EPD)-leveranciers hierover. De leden van de CDA-fractie vragen of dit betekent dat alle umc's van hetzelfde systeem gebruik moeten gaan maken.*

Dit betekent niet dat alle umc's van hetzelfde systeem gebruik gaan maken. Er is en zal in Nederland niet 1 infrastructuur voor gegevensuitwisseling zijn of komen. Er zijn al rond de 40 infrastructuren die elk verschillende soorten gegevensuitwisselingen ondersteunen. Ziekenhuizen en andere zorgverleners zijn vrij in de keuze voor systemen waarmee zij patiëntgegevens verwerken en/of uitwisselen. Afspraken over techniek, proces, dossiervoering en taal zijn onderdelen die nodig zijn voor goede gegevensuitwisseling. Umc's hebben een belangrijke rol bij het realiseren van deze afspraken. Zij leveren onder meer via het programma "Registratie aan de bron" een grote bijdrage aan het realiseren van standaarden. Het is niet noodzakelijk om dezelfde systemen te gebruiken, als het door standaardisatie mogelijk is om veilige en drempelloze data-uitwisseling te realiseren. Zoals ik heb aangekondigd wil ik deze afspraken verwerken tot wettelijk vastgelegde gedetailleerde technische eisen aan ICT-producten op het gebied van eenheid van taal en techniek, zodat

verschillende systemen met elkaar verbonden kunnen worden en informatie kan worden uitgewisseld waar nodig voor goede zorg.

11. *Kan de minister aangeven van welke systemen van welke EPD-leveranciers de verschillende umc's momenteel gebruik maken?*

De umc's maken gebruik van Chipsoft, Epic en SAP.

12. *De leden van de CDA-fractie vragen ten slotte of het klopt dat (vrijwel) alle ziekenhuizen gebruik maken van de systemen van twee grote leveranciers. En klopt het dat een van deze twee leveranciers circa 60% van de markt in handen heeft en aanmerkelijk goedkoper en gebruiksvriendelijker is dan de andere leverancier? Zo ja, waarom wordt de duurdere leverancier dan nog gebruikt in de Nederlandse ziekenhuizen?*

De markt voor ziekenhuis EPD-leveranciers (Elektronisch Patiëntendossier; verwijzend naar een centraal informatiesysteem voor patiëntendossiers in een ziekenhuis) wordt inderdaad gekenmerkt door een beperkt aantal aanbieders en alternatieven. Het is aan zorgpartijen zelf om de juiste ICT-producten tegen de juiste prijzen in te kopen. Bedrijven mogen een eerlijke prijs vragen voor het leveren van hun producten of diensten.

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

1. *De leden van de D66-fractie lezen dat de minister het van belang acht dat de umc's zich richten op de taken waar zij écht meerwaarde scheppen, in de complexe derdelijnszorg. Door zich met name op deze zorg te richten, kunnen de andere ziekenhuizen zich richten op de tweedelijnszorg, zo lezen genoemde leden. Dit alles in het kader van de juiste zorg op de juiste plek: dichtbij waar het kan, verder weg als het moet en waar mogelijk in netwerken. Constateringen die de leden van de D66-fractie van harte onderschrijven. Reeds in 2014, bij het schriftelijk overleg over de positioneringsnota universitaire medische centra, vroegen deze leden namelijk naar de substitutie van bepaalde curatieve zorg van umc's naar algemene ziekenhuizen, en de kostenbesparingen die daarmee in potentie gemoeid kunnen gaan. Het stemt hen positief dat umc's de beweging naar verdere specialisatie inmiddels hebben ingezet. In de praktijk blijkt echter ook dat de umc's niet-complexe zorg nog altijd niet even gemakkelijk overdragen aan de algemene ziekenhuizen, poliklinische centra en anderhalvelijnscentra. Andersom geldt hetzelfde voor de hoogcomplexe zorg door algemene ziekenhuizen in de richting van de umc's. De oplossing ligt besloten in een goede samenwerking, maar vraagt volgens de genoemde leden ook om regie. De leden van de D66-fractie horen dan ook graag van de minister hoe hij de onderlinge overdracht en uitwisseling van zorg de komende tijd verder gaat stimuleren. Is de minister bereid meer regie te nemen op dit terrein? En overweegt de minister daarbij voorts om met de umc's hardere afspraken te maken over deze substitutie, als de komende jaren niet voldoende progressie wordt geboekt?*

Op 24 september 2019 is de motie van den Berg (CDA)⁸ aangenomen over het monitoren van de verplaatsing van niet-complexe zorg vanuit de umc's naar andere ziekenhuizen. Ik heb de Nederlandse Zorgautoriteit gevraagd om die monitoring voor haar rekening te nemen. Dat zal zij doen. Op basis van de

monitoring kan ik vervolgens beoordelen of de verplaatsing voldoende op gang komt en of er eventuele hardere afspraken, naast de afspraken die zijn gemaakt in het hoofdlijnenakkoord msz 2019-2022, nodig is.

2. *De leden van de D66-fractie horen daarom graag van de minister welke stappen hij onderneemt om financiële barrières voor domein-overschrijdende samenwerking weg te nemen. Hoe kan bijvoorbeeld de expertise vanuit de umc's ook binnen de eerste-, tweede- en anderhalvelijnszorg passend worden bekostigd? Genoemde leden vinden het van groot belang dat de minister de juiste kaders schept voor deze samenwerking.*

Door met verschillende zorgverleners gezamenlijk zorg en ondersteuning te bieden, krijgen patiënten zorg op de plek waar dat voor hen het beste is. Ik vind het daarom belangrijk dat er expertise is op de juiste plek, ook om onnodige verwijzingen te voorkomen. Binnen de huidige bekostiging zijn er mogelijkheden voor domein-overschrijdende samenwerking. Een voorbeeld is het meekijkconsult waarbij een huisarts de expertise van andere zorgverleners, al dan niet op afstand of op locatie aanwezig, kan inroepen. Aan het beter laten aansluiten van de bekostiging op huidige ontwikkelingen, wordt in gezamenlijk van veldpartijen en de Nederlandse Zorgautoriteit ook continu gewerkt. Dit ondersteun ik omdat ik vind dat de bekostiging geen belemmering mag zijn voor de beweging naar de 'Juiste Zorg op de Juiste Plek'. Bovendien kunnen zorgverzekeraars de zorginkoop als financieel instrument gebruiken om sturing te geven aan 'Juiste Zorg Op de Juiste Plek'. Daarnaast wordt in het programma Uitkomstgerichte zorg 2019-2022 expliciet aandacht besteed aan het anders organiseren en belonen van zorg waarbij uitkomsten van zorg meer centraal komen te staan. Over de voortgang van dit programma heb ik uw Kamer op 5 juli 2019 nader geïnformeerd (Tweede Kamer 2018-2019, 31 476, nr. 28).

3. *De leden van de D66-fractie verwachten van de umc's dat zij zich voor de toekomst meer gaan focussen op hun topreferente functie. Zij zien de versterking van kennis en expertise met betrekking tot zeldzame aandoeningen als een belangrijk onderdeel van die focus. Thans is de expertise in de umc's gebundeld in ruim 300 expertisecentra voor zeldzame aandoeningen, die op grond van Europese criteria zijn aangewezen. Dit vergt een tijdsintensieve, grote verantwoordelijkheid. De leden van de D66-fractie vernemen graag van de minister of hij verwacht dat een verdere versterking van kennis en expertise mogelijk is binnen de huidige financiële middelen van de umc's, en of hij hierin nog een verantwoordelijkheid voor het ministerie ziet weggelegd.*

De umc's ontvangen via de BBAZ financiële middelen voor hun topreferente functie. De zorg voor patiënten met een zeldzame aandoening valt daar onder andere onder. Daarnaast ontvangen de umc's ook een vergoeding voor de directe patiëntenzorg die zij aan patiënten met een zeldzame aandoening leveren. Ik verwacht dat via deze wegen voldoende middelen beschikbaar zijn voor verdere versterking van de expertisecentra. Voor de doorontwikkeling van de expertisecentra is het daarbij wel van belang dat de juiste investeringen worden gedaan en kennis- en expertise worden gebundeld en voor andere professionals en patiënten vindbaar en bruikbaar is, én dat de patiënt op de juiste plek behandeld wordt. Samen met de NFU en de VSOP, de koepelorganisatie voor zeldzame en genetische aandoeningen in Nederland, is een beoordelingsprocedure ingericht om te bepalen wanneer er daadwerkelijk sprake is van een expertisecentrum voor zeldzame aandoeningen. Op basis van deze procedure erken ik expertisecentra voor zeldzame aandoeningen.

4. *De leden van de D66-fractie zijn voorts benieuwd of de minister verwacht en het noodzakelijk acht dat de komende jaren nieuwe expertisecentra voor zeldzame aandoeningen worden geopend. Ten slotte lezen de genoemde leden dat de minister wenst dat de expertise uit de umc's - indien mogelijk - beschikbaar komt voor de behandelaar in de buurt. Deze leden vinden het een mooi streven om de zorg ook voor deze patiëntengroep dichterbij huis te brengen. Zij vernemen dan ook graag hoe de plannen voor de kennisoverdracht van umc's naar andere zorgaanbieders inzake zeldzame aandoeningen concreet worden vormgegeven en zij horen graag of het ministerie daarin een ondersteunende rol kan spelen.*

Bij het erkennen van de centra voor zeldzame aandoeningen gaat het niet om het openen van nieuwe centra, maar het erkennen dat een bepaald onderdeel van een umc (of een topreferent ziekenhuis) daadwerkelijk kennis en expertise heeft ten aanzien van een (groep van) zeldzame aandoening(en). Het is gewenst dat deze expertisecentra hun kennis delen met andere zorgverleners die bij de zorg van patiënten betrokken zijn, zodat de noodzakelijke kennis op alle plekken beschikbaar is om zorg volgens de laatste inzichten te bieden. Ik verwacht niet dat op dit moment alle onderdelen van umc's die expertise hebben over zeldzame aandoeningen die erkenning al hebben aangevraagd. Er zijn immers 6000 tot 8000 zeldzame aandoeningen. Ik wil daarbij wel kijken naar het aggregatieniveau van de erkenning. Het is van belang dat kennis en expertise rond groepen van aandoeningen gebundeld wordt, zodat ook patiënten met een verwante aandoening gebruik kunnen maken van deze kennis en expertise. Daarnaast kunnen ook kennis en expertise uit buitenlandse expertisecentra mogelijk voor deze patiënten worden ingezet.

Zoals ik in het antwoord bij vraag 2 over de kaders voor samenwerking heb aangegeven, vind ik het ook belangrijk dat de expertise op de juiste plek aanwezig is. Zoals ik in dit antwoord aangeef zijn er al mogelijkheden voor domein-overschrijdende samenwerking binnen de huidige bekostiging, en werk ik met veldpartijen en de NZa aan het beter laten aansluiten van de bekostiging op de ontwikkeling van zorg en informatie op het juiste moment op de juiste plek.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

1. *In de voorliggende brief wordt een geactualiseerd beeld geschetst van de rol die de minister in het medisch zorglandschap ziet weggelegd voor de umc's, zo constateren de leden van de SP-fractie. De umc's spelen een belangrijke rol in het (veranderende) medisch zorglandschap, genoemde leden delen dan ook de mening dat een duidelijke (herijkte) visie op de rollen en taken van de umc's van belang is. Het is dan ook essentieel dat zowel de umc's als de NFU deze veronderstelde taken en rollen volledig onderschrijven. De leden van de SP-fractie vragen dan ook om een bevestiging hiervan. Zij zijn daarnaast benieuwd of de umc's en de NFU wellicht (nog) andere rollen voor zichzelf zien weggelegd.*

De NFU heeft mij laten weten dat de umc's met instemming en veel waardering kennis hebben genomen van de brief. De umc's geven aan hun uiterste best te zullen doen om de beschreven verwachtingen waar te maken. Naast het zorgdomein, hebben umc's ook belangrijke verantwoordelijkheden voor het onderzoek en onderwijs in het medisch domein. De acht umc's zijn verantwoordelijk voor bijna 40% van de totale wetenschappelijke output in Nederland en behoren op wetenschappelijk gebied tot de wereldtop. De

integratie van zorg en onderzoek binnen één instituut leidt tot het optimaal toepassen van (fundamenteel/ translationeel/ populatie) onderzoek in de praktijk, met daarbij de meeste impact voor patiënten en maatschappij. Daarnaast zijn de umc's, ook in het licht van de geschetste veranderingen in het zorglandschap én de veranderingen in de dagelijkse praktijk van de zorg, verantwoordelijk voor het toekomstbestendig opleiden van artsen, andere medische professionals en de vervolgopleiding tot medisch specialist.

2. *Dat samenwerking in het medisch zorglandschap van belang is, spreekt volgens de leden van de SP-fractie voor zich. Samenwerking in het medisch zorglandschap is essentieel en gebeurt al op brede schaal. Deze leden vragen in dit kader dan ook of de minister deze ook in den breedte toestaat wat betreft samenwerking. Is er wellicht een grens aan deze samenwerking(-smogelijkheden) gezien vanuit de taken van de Autoriteit Consument en Markt (ACM)? Zo ja, waar ligt deze grens precies en vindt de minister deze grens wenselijk?*

De kaders van de Mededingingswet stellen inderdaad grenzen aan samenwerking. De Mededingingswet is erop gericht om de patiënt te beschermen. Er moet immers worden voorkomen dat te intensieve samenwerking tussen bepaalde zorgaanbieders ertoe leidt dat machtsposities ontstaan waar de patiënt nadeel van ondervindt, bijvoorbeeld doordat er geen keuzemogelijkheid meer is, te hoge prijzen worden gevraagd of er niet meer wordt geïnnoveerd. De Mededingingswet laat echter veel ruimte voor samenwerking die gericht is op kwalitatief betere zorg voor de patiënt. De ACM geeft daarbij voorlichting over wat wel en wat niet is toegestaan en is bereid mee te denken over de vraag of concrete samenwerkingsvormen zijn toegestaan. Een recent voorbeeld is ook de conceptbeleidsregel die de ACM heeft opgesteld over hoe zij toezicht zal houden op afspraken over verplaatsing van zorg in het kader van 'de Juiste Zorg op de Juiste Plek'.

3. *De leden van de SP-fractie lezen dat er een proactieve houding verwacht wordt van de umc's. Kan aangegeven worden hoe deze proactieve houding in de praktijk zichtbaar moet worden? Welke stappen kunnen, dan wel moeten, de umc's hierin de komende tijd gaan zetten? Is deze proactieve houding er nu wellicht nog niet of nog onvoldoende? Genoemde leden krijgen dit graag nader toegelicht.*

In mijn Kamerbrief van 12 juli 2019⁹ heb ik aangegeven dat ik specifiek van de umc's een proactieve inzet verwacht op de punten zoals genoemd in mijn brief. In sommige gevallen zie ik deze proactieve houding al, in andere gevallen is er nog een stap nodig.

4. *Zoals aangegeven delen de leden van de SP-fractie het belang van goede samenwerking in het medisch zorglandschap. Tegelijkertijd menen zij dat een goede samenwerking niet altijd even makkelijk te realiseren is als dat lijkt te worden geschetst; zeker gezien de personeelstekorten, de niet-passende financiering, gebrekkige uitwisseling van gegevens en het ontbreken van stevige regie. In dit kader ontvangen de leden van de SP-fractie graag een uitgebreide reactie op het artikel 'Zorgaanbieders werken nog onvoldoende samen in de regio'¹⁰. Daarbij wensen deze leden dat in ieder geval wordt ingegaan op hoe de voorliggende visie hier daadwerkelijk verandering in gaat brengen. Graag krijgen de leden van de SP-fractie daarnaast een toelichting op de zin uit de*

9 TK 2018-2019 29477, nr. 573

10 Skipr, 'Zorgaanbieders werken nog onvoldoende samen in de regio', 12 september 2019.

voorliggende brief: 'alle zorgaanbieders, inclusief de umc's, dienen hun rol derhalve af te stemmen op de rol die verzekeraars in de regio hebben en de afspraken die daarover ook in het hoofdlijnenakkoord zijn gemaakt'. Heeft deze zin enkel betrekking op de ook in de brief genoemde regiobeelden die opgesteld moeten worden of moeten deze leden deze zin wellicht breder interpreteren? En zo ja, in hoeverre moeten alle zorgaanbieders hun rol op de (wens van de) verzekeraars afstemmen? Zou het niet beter zijn als alle partijen hun rollen onderling op gelijkwaardige wijze op elkaar afstemmen? Zo nee, in hoeverre is er dan sprake van een samenwerking, dan wel van een kwestie van zorgverzekeraars die het voor het zeggen hebben in de regio?

In het artikel 'Zorgaanbieders werken nog onvoldoende samen in de regio' is te lezen dat niet-passende financiering, gebrekkige gegevensuitwisseling en het ontbreken van stevige regie de totstandkoming van regionale samenwerking belemmeren. Ook de versnippering van het zorglandschap wordt als belemmering genoemd. Samenwerking zou moeizaam tot stand komen door het gebrek aan organiserend vermogen van kleine aanbieders in de eerste lijn en paramedie. Ziekenhuizen kunnen wegens hun omvang en positie beschikken over dit organiserend vermogen. Zoals ik in mijn brief van 12 juli 2019 beschreef, kunnen bijvoorbeeld umc's de verbindende schakel vormen bij netwerkvorming in de regio. Echter, zoals ik ook in mijn brief beschreef, zijn netwerkvorming en samenwerking niet uitsluitend een verantwoordelijkheid van umc's. Ik zie het als een proces waarbij alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars in een regio zijn betrokken en waarbij de inbreng van patiënten ook van belang is, zodat het netwerk van zorg dat ontstaat zo goed mogelijk aansluit bij de behoeften van de patiënt.

Diezelfde gedeelde verantwoordelijkheid geldt voor het tot stand komen van regiobeelden. In relatie tot het opstellen van een regiobeeld schreef ik dat zorgaanbieders hun rol af dienen te stemmen op de rol die zorgverzekeraars in de regio hebben. Zoals in het hoofdlijnenakkoord is afgesproken, nemen zorgverzekeraars een voortrekkersrol om een regiobeeld op te stellen wanneer andere partijen dit initiatief niet nemen. Afgesproken is dat zij het regiobeeld samen met zorgaanbieders, professionals en patiëntenorganisaties opstellen als gedeelde verantwoordelijkheid. Partijen zullen gezamenlijk en op gelijkwaardige wijze met deze opgave aan de slag moeten gaan. Het feit dat zorgverzekeraars een voortrekkende rol nemen, doet daar niets aan af.

Ook in bredere zin zou er naar mijn mening sprake van gelijkwaardige afstemming moeten zijn. Het gedeelde regiobeeld geeft richting aan de organisatie van zorg en zorginkoop, waarbij ieder zijn eigen rol behoudt. Zo heeft het regiobeeld voor zorgverzekeraars invloed op zorginkoop. Voor zorgaanbieders geeft het richting aan de manier waarop zij zorg organiseren, zodanig dat de patiënt zich het best geholpen voelt in zijn dagelijks functioneren. Dat vraagt onder andere van umc's dat zij niet-complexe zorg waar mogelijk overdragen naar de tweede of anderhalve lijn. Om dit soepel te laten verlopen, moeten de verschillende aanbieders het zorgaanbod goed op elkaar afstemmen. Ik vertrouw erop dat partijen dit onderling op gelijkwaardige voet doen.

5. *In de voorliggende brief worden acht onderwerpen benoemd waarbij een belangrijke bijdrage van umc's wordt verwacht. Om specifiek te zijn gaat het over de volgende onderwerpen:*
 - (1) *umc's nemen een actieve rol als centrum voor zeer complexe zorg, kennis en expertise;*

- (2) *umc's nemen een actieve rol in het beschikbaar en toegankelijk houden van de zorg in de regio;*
- (3) *umc's vergroten hun rol als aanjager van netwerkvorming en samenwerking;*
- (4) *umc's vergroten hun actieve rol in de coördinatie van de acute zorgketen;*
- (5) *umc's nemen een actieve rol in de opleidingsvraagstukken;*
- (6) *umc's vervullen hun rol als regionale academische motor;*
- (7) *umc's leveren een actieve bijdrage aan de discussie rond dure geneesmiddelen, en;*
- (8) *umc's leveren een actieve bijdrage aan verbetering van gegevensuitwisseling, registratie aan de bron en hergebruik van data.*

Genoemde leden zien ook een belangrijke rol voor de umc's in deze acht onderwerpen, maar vragen zich tegelijkertijd af of de umc's met deze herijkte visie op de maatschappelijke rol van umc's nu eigenlijk ook daadwerkelijk nieuwe taken krijgen opgelegd. De leden van de SP-fractie zien een verdieping van sommige taken in de brief terugkomen, maar vragen of de umc's ook expliciet nieuwe taken krijgen toebedacht in de nieuwe visie. Zo ja, wat moeten de umc's gaan doen wat ze tot op heden niet doen?

De maatschappij, en ook het zorglandschap zijn continu in beweging. Zoals ik in mijn brief van 12 juli 2019¹¹ heb aangegeven is het daarom essentieel om te kijken naar de rollen en taken die er voor verschillende partijen in de zorg liggen. Gezien de specifieke financiering voor het uitvoeren van de publieke functies die umc's hebben, heb ik in de Kamerbrief toegelicht wat ik van de umc's verwacht. Aan de bijzondere positie, en bijbehorende financiering, die umc's hebben zitten namelijk rechten en plichten. Ik vind het van belang dat partijen in de zorg weten wat ik van umc's verwacht en dat umc's hier ook op aanspreekbaar zijn. Met de beschreven acht taken en verantwoordelijkheden krijgen de umc's geen nieuwe taken, en dus ook geen extra financiële middelen.

6. *Aangegeven wordt dat het van belang is dat de umc's zich richten op de taken waar zij echt een meerwaarde hebben ten opzichte van andere partijen in de regio, met name op de complexe derdelijnszorg en topreferente zorg. De leden van de SP-fractie begrijpen dat in een intensieve samenwerking alle partijen daarin hun rol moeten hebben en dat het daarbij van belang is waar de krachten van die specifieke organisatie liggen. Wel vragen deze leden wat dit precies betekent voor de patiënt met zijn of haar individuele zorgvraag. Betekent dit voornemen bijvoorbeeld dat een patiënt met een minder complexe zorgvraag niet meer terecht kan voor behandeling bij een umc? In hoeverre heeft een patiënt naar aanleiding van onderliggende visie nog de vrijheid om te kiezen voor een specifieke behandelplek of een specifieke professional? Hoe verhoudt dit zich precies met de rol van umc's in het toegankelijk houden van zorg in de regio?*

Dat umc's zich richten op complexe medisch specialistische zorg is in lijn met de hoofdlijnenakkoorden. Iedere zorgaanbieder heeft zijn eigen rol in het zorglandschap. In grove lijnen kunnen patiënten voor hoogcomplex medisch specialistische zorg terecht in umc's, voor minder complexe medisch specialistische zorg in STZ ziekenhuizen en in SAZ ziekenhuizen voor basis ziekenhuiszorg. Op die manier ontvangen mensen - in lijn met het gedachtengoed van de Juiste Zorg op de Juiste Plek - zorg dichtbij waar het kan en verder weg als het moet. Alle partijen werken samen om zorg beschikbaar en toegankelijk te houden.

De individuele zorgvraag van een patiënt kan betekenen dat een behandeling bij een bepaald ziekenhuis soms niet de juiste plek is. Patiënten beslissen samen met hun behandelaar welke zorg voor hen het meest passend is. Uitgangspunt is dat patiënten vervolgens zelf kiezen bij welke zorgaanbieder ze hun zorg afnemen.

7. *In de brief worden umc's, met de NFU als koepelorganisatie, opgeroepen om de verbindende functie voor netwerkvorming in hun regio op te pakken als dat niet al succesvol door een andere partij is opgepakt. Wat is het oordeel van de NFU en de umc's als het gaat om deze mogelijke rol? Aanvullend, wat betreft netwerkvorming lezen de leden van de SP-fractie dat een eerste stap moet zijn dat de NFU een breed gedragen visie op netwerkvorming publiceert. Wanneer kunnen deze leden een dergelijke uitgewerkte visie verwachten? Begrijpen zij het goed dat de NFU een brede visie presenteert waarna de umc's apart een visie voor hun specifieke regio opstellen? In hoeverre is in deze uitwerking door de umc's aandacht voor (netwerkvorming bij) de verschillende patiëntengroepen?*

De NFU vindt netwerkvorming essentieel voor een optimale, duurzame inrichting van het zorglandschap. Door goed functionerende netwerken, waarin onderdelen van behandelingen op elkaar worden afgestemd en kennis snel en adequaat wordt gedeeld, zodat patiënten steeds, dicht bij huis als het kan, toegang hebben tot *state of the art* zorg. Door een goede inrichting van de netwerken worden doelmatigheid én kwaliteit vergroot. De inrichting van netwerken is afhankelijk van het doel van het netwerk, de zorgaanbieders in het netwerk en de overige regionale omstandigheden zoals het aanbod van zorgaanbieders, de bevolkingsdichtheid in een regio, de fysieke infrastructuur (bereikbaarheid, wegen, ov-voorzieningen en dergelijke) en de mate van samenwerking met gemeenten. Bij de vorming van netwerken is daarom sprake van een grote diversiteit. Niet alleen tussen de regio's, maar ook binnen een regio.

De NFU verwacht de visie op netwerkvorming in het eerste kwartaal van 2020 af te ronden. Zodra ik deze ontvangen heb, zal ik de Kamer hierover informeren. De NFU geeft aan dat deze NFU-visie voor de umc's een belangrijk uitgangspunt zal zijn bij het maken van plannen voor de netwerkvorming in de eigen regio. Er zijn overigens al verschillende netwerken (voor verschillende behandelingen en/of patiëntengroepen) ingericht.

8. *De ROAZ-en hebben/krijgen een belangrijke rol in de organisatie van acute zorg in de regio. Al meerdere malen hebben de leden van de SP-fractie hun zorgen geuit over de toegankelijkheid en bereikbaarheid van deze acute zorg. Zij hopen zeer dat hetgeen is voorgesteld, leidt tot een verbetering op dit gebied. Graag ontvangen deze leden extra informatie over de staat van de ROAZ-en in de verschillende regio's. Met name vragen deze leden zich af of deze ROAZ-en in alle regio's een goed beeld hebben van de situatie in hun regio en of de samenwerkingen tussen partijen in de verschillende regio's goed verloopt.*

Mijn indruk is dat als gevolg van de toenemende drukte in de acute zorg en recente ontwikkelingen in het aanbod van acute zorg ROAZ-en zich steeds meer bewust zijn van het belang van hun werk en hun activiteiten en onderlinge samenwerking intensiveren. Ook zorgverzekeraars zijn zich steeds meer bewust van het belang van hun betrokkenheid bij het ROAZ. Op 26

september 2019 heb ik gesproken met de voorzitters van de ROAZ-en. Uit dat overleg bleek ook dat ROAZ-en steeds meer leren van elkaars ervaringen.

9. *Umc's gaan medisch ondersteunend personeel en gespecialiseerde verpleegkundigen volgens de ramingen van het Capaciteitsorgaan opleiden, wat nu nog niet altijd het geval is; zo constateren de leden van de SP-fractie. Graag ontvangen zij hierop een nadere uitwerking. Wat betekent dit precies voor het aantal opleidingsplaatsen dat er extra bij gaat komen voor de verschillende functies? Aan welke aantallen moeten deze leden bijvoorbeeld denken? Zij vinden het logisch dat de umc's financieel gecompenseerd worden voor deze extra te vormen opleidingsplaatsen en menen dat dit van belang is gezien de personeelsvraagstukken die er liggen in de zorg. Wel vragen de leden van de SP-fractie hoe, gezien de personeelstekorten in ziekenhuizen, voldoende ondersteuning gerealiseerd zal worden voor deze (extra) studenten.*

Het Capaciteitsorgaan maakt per ziekenhuis (en regionaal en landelijk) een instroomadvies voor de opleidingen tot medisch-ondersteuner en gespecialiseerd verpleegkundigen. Volgens het laatste advies van het Capaciteitsorgaan zouden de umc's en algemene ziekenhuizen in totaal 2315 medisch-ondersteuners en 3320 gespecialiseerde verpleegkundige per jaar moeten laten instromen in de opleidingen. In 2018 stroomden er slechts 605 medisch-ondersteuners en 2034 gespecialiseerde verpleegkundigen in de opleidingen. Voor het opleiden van medisch-ondersteunend personeel en gespecialiseerde verpleegkundigen is er kostendekkende financiering beschikbaar voor umc's (en ook voor algemene ziekenhuizen). In de kostendekkende financiering zijn ook de begeleidingskosten en arbeidskosten meegenomen. Op basis van het strategische personeelsbeleid van het ziekenhuis kan het ziekenhuis zelf bepalen hoeveel capaciteit er kan worden vrijgemaakt om op te leiden en hoeveel opleidingsplekken er beschikbaar worden gesteld. De kostendekkende financiering kent geen plafond om de ziekenhuizen te stimuleren om volgens het advies van het Capaciteitsorgaan op te leiden.

10. *De leden van de SP-fractie zijn positief over het besluit dat umc's hun onderzoeksfocus ook gaan leggen op onderzoek op het gebied van preventie en regionale vraagstukken. Als het gaat om de rol van umc's met betrekking tot dure geneesmiddelen hebben de leden van de SP-fractie verschillende vragen. Allereerst lezen zij dat de kennistransferorganisaties van de umc's onderling en internationaal ervaringen uit gaan wisselen. Hoe gaan deze internationale afspraken precies vormgegeven worden? Daarnaast vragen deze leden hoe de grotere rol voor magistrale bereidingen eruit ziet en of dit ook de doorlevering van medicijnen betreft. Tevens zijn deze leden benieuwd of de Kamer op de hoogte gehouden wordt van de ontwikkelingen rondom de totstandkoming van de modelovereenkomst voor maatschappelijk verantwoord licentiëren en de voorstellen op het gebied van monitoring en rapportage. Welke concrete afspraken zullen er worden gemaakt om transparantie over research en development (R&D)-kosten van medicijnen af te dwingen? Tenslotte vragen de leden van de SP-fractie of er concrete afspraken worden gemaakt over de mate waarin umc's kunnen verdienen aan het onderzoek en zo ja, welke afspraken dat zullen zijn.*

Umc's zullen bij hun internationale netwerken aandringen deze internationale afspraken te gebruiken. Kennistransferorganisaties (KTO's) hebben reeds aangegeven dit ook te willen gebruiken binnen Europese consortia en het

aanvragen van grote Europese subsidies. Maatschappelijk Verantwoord Licentiëren kan pas als voorbeeld met internationale contacten worden gedeeld als de modelovereenkomsten en monitoring en rapportage gereed zijn. De betreffende werkgroep en de klankbordgroep zijn in de week van 7 oktober 2019 ingesteld. Er zullen meerdere bijeenkomsten georganiseerd worden die naar verwachting leiden tot modelovereenkomsten. Deze modelovereenkomsten zullen dan als basis dienen voor zoveel mogelijk licentiecontracten tussen kennisinstellingen en bedrijven. Daarna zal er in een vervolgfase verder gewerkt worden aan hoe er optimaal gemonitord en gerapporteerd kan worden over het gebruik. De principes van Maatschappelijk Verantwoord Licentiëren zullen in de modelovereenkomst(en) opgenomen worden. De umc's zien het als hun taak om publiek gefinancierd onderzoek maatschappelijke meerwaarde te laten hebben. Dat begint bij het verifiëren dat partners met wie een licentie wordt aangegaan geen doelstellingen hebben die strijdig zijn met die van de umc's. Daarnaast wordt van tevoren ingeschat of de aard van de beoogde relatie strookt met het maatschappelijke taak van de umc's. Hierbij speelt de bereidheid tot optimale transparantie een rol. Daarnaast zal de modelovereenkomst teksten aandragen die partijen verbindt om ervoor te zorgen dat de prijsstelling van uiteindelijke producten en/of diensten de toegankelijkheid niet in gevaar brengt. Om dit goed effect te laten sorteren, zal het wel nodig zijn dat Maatschappelijk Verantwoord Licentiëren ook in Europese of internationale context wordt omarmd, zodat de vraag om transparantie niet alleen vanuit Nederlandse instellingen komt. De umc's beogen geen winst uit onderzoek maar juist gebruik van hun onderzoeksresultaten en een positieve impact op onze maatschappij. Met dat doel zullen zij ook onderhandelen. Wanneer partners duidelijk volgens de principes van Maatschappelijk Verantwoord Licentiëren handelen en wanneer dit opgenomen wordt in de overeenkomsten, is daarmee een belangrijk doel voor de umc's bereikt.

11. *Het belang van een goede digitale gegevensuitwisseling en het feit dat hiervoor belemmeringen in taal en techniek overwonnen moeten worden, onderschrijven de leden van de SP-fractie. Zij brengen graag eerdere schriftelijke vragen van een lid van de SP-fractie in herinnering, te weten vragen naar aanleiding van de uitzending van De Monitor over ICT in de zorg¹². Hoe zouden de umc's hun rol in deze verbetering van gegevensuitwisseling, registratie en hergebruik kunnen nemen als de aanbieders van de datasystemen het belang van een goed op elkaar aansluitend systeem niet herkennen of in ieder geval niet nastreven, met name omdat dit ze veel geld oplevert? Hoe wordt registratie aan de bron een haalbaar doel als op dit moment ziekenhuizen nog niet eens met hetzelfde systeem met elkaar kunnen communiceren? Welke rol ziet de minister voor zichzelf hierin en per wanneer wordt hierin verandering nagestreefd?*

Het technisch kunnen koppelen van verschillende systemen onderling (eenheid van techniek) is slechts een van de onderdelen die nodig is voor goede gegevensuitwisseling. Ziekenhuizen en andere zorgverleners dienen ook afspraken over proces, dossiervoering en taal te maken. Registratie aan de bron, 'Eenmalige registratie, meervoudig gebruik', vraagt om nauwgezette afstemming om te komen tot werkbare oplossingen. Via het Citrienprogramma 'Registratie aan de bron' wordt hier al hard aan gewerkt. Door te werken aan standaardisatie aan de bron, wordt juist de uitwisselbaarheid vergemakkelijkt. Hierin spelen de umc's een belangrijke rol. In het programma Registratie aan de Bron heeft samenwerking tussen onder andere de umc's al geleid tot

afspraken over een standaardpakket van Zorginformatiebouwstenen (ZIB's), namelijk de Basisgegevensset Zorg (BgZ). Deze BgZ wordt momenteel al ingebouwd door leveranciers van ziekenhuisinformatiesystemen, waaronder de leveranciers die werden genoemd in de Monitor over ICT in de zorg¹³.

Daarnaast werkt het VWS-programma *Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg* aan het maken van landelijke afspraken, het ontwikkelen van normen en aan wetgeving om de gemaakte afspraken uiteindelijk in te borgen. Op advies van het Informatieberaad Zorg adresseert dit programma ook de elektronische uitwisseling van de BgZ tussen ziekenhuizen. De Basisgegevensset Zorg (BgZ) zorgt voor gestructureerde en eenduidige vastlegging van zorginformatie voor zorgverleners en patiënten. Hiermee wil het programma Registratie aan de bron bereiken dat zorginformatie hergebruikt kan worden. Ik informeerde u hier al over in mijn brief van 12 juli 2019¹⁴.

12. *Wanneer kunnen de leden van de SP-fractie daarnaast de uitgewerkte plannen (inclusief planning) per onderwerp van de NFU verwachten?*

Het gaat niet om nieuwe activiteiten of programma's, maar om nadere richtinggeving, versnelling en intensiveringen. Er zal daarom geen sprake zijn van uitgewerkte plannen op alle onderdelen van de brief. Het is een voortzetting van werkzaamheden. De NFU heeft aangegeven om alle thema's te monitoren. Voor die monitoring wordt gezocht naar goede werkwijzen die aansluiten bij de bestaande praktijk van verslaglegging en monitoring. Voor de verschillende onderdelen van de brief kunnen dat dus verschillende vormen zijn.

Ik heb de NFU gevraagd om de invulling van de beschreven punten uit te werken en indien mogelijk te benoemen welke mijlpalen er verwacht kunnen worden. In het laatste bestuurlijk overleg tussen VWS en de NFU is hier ook over gesproken. Ook in de volgende overleggen tussen beide partijen zal dit thema onderwerp van gesprek blijven. Gelet op het beleidsvoornemen om de administratielast in de zorg te verminderen, ben ik voornemens de registratielast te beperken en de NFU te verzoeken om gedurende de komende drie jaar, éénmaal per jaar een schriftelijke terugkoppeling te geven van de wijze waarop de beschreven thema's zijn ingevuld. Tevens ben ik, zoals ik eerder heb aangegeven, momenteel met de NZa in gesprek over de mogelijkheden om de beweging 'de juiste zorg op de juiste plek' te monitoren. Zoals toegezegd zal ik uw Kamer informeren zodra hier meer over bekend is.

13 <https://demonitor.kro-ncrv.nl/uitzendingen/ict-in-de-zorg>

14 TK 2019-2020, Kamerstuk 27 529, nr. 189