

Vergaderjaar 2018–2019

33 278

Interdepartementaal Beleidsonderzoek: Universitair Medische Centra (UMC's)

Nr. 8

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 12 juli 2019

Vandaag heeft u mijn brief ontvangen waarin ik mijn visie op het medisch zorglandschap heb beschreven. In deze brief ga ik specifiek in op de rol van de universitaire medische centra in dit zorglandschap.

Aanleiding

In juli 2014 heeft mijn voorganger samen met de toenmalige Minister van OCW de positioneringsnota Universitaire Medische Centra (umc's)¹ naar uw Kamer gezonden. Deze nota was destijds een actualisering van de positioneringsnota «Publieke functies van de umc's in een marktomgeving» uit 2006. Met de brief die voor u ligt bied ik u – in aanvulling op de positioneringsnota – een geactualiseerd beeld van de rol van umc's die ik voor mij zie in dit zorglandschap. Zoals ik in mijn brief over mijn visie op het medisch zorglandschap heb geschreven, is de maatschappij, en ook het zorglandschap continu in beweging. Het is 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, licht ik in deze brief graag toe wat ik van ze verwacht. Aan deze bijzondere positie 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.

Ik hecht eraan te benadrukken dat het zorglandschap voor iedereen in beweging is, niet alleen voor umc's. Alle zorgaanbieders hebben te maken met de veranderende vraag en aanbod in de zorg. Dit geldt naast de umc's, vertegenwoordigd door de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), namelijk ook voor onder andere de topklinische ziekenhuizen (verenigd binnen de STZ), en de algemene ziekenhuizen (verenigd binnen de SAZ) die gezamenlijk worden vertegenwoordigd door

¹ Kamerstuk 33 278, nr. 4.

de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). Ook zij hebben te maken met veranderingen. Samenwerking binnen het bestaande stelsel is daarom het sleutelwoord. Alleen samen kunnen we ons voorbereiden op de toekomstige zorg.

Functies van de umc's

De umc's hebben niet alleen een ziekenhuisfunctie maar vervullen daarnaast drie publieke functies, namelijk het leveren van topreferente patiëntenzorg, het verrichten van (bio)medisch wetenschappelijk onderzoek en het aanbieden van medisch onderwijs en opleidingen. Hierdoor zijn ze onderscheidend ten opzichte van topklinische en algemene ziekenhuizen. Dit rechtvaardigt onder meer de specifieke financiering door middel van de Beschikbaarheidsbijdrage Academische Zorg (BBAZ) voor het uitvoeren van deze publieke functies. Daarnaast ontvangen de umc's via de beschikbaarheidsbijdrage medische vervolgoopleidingen financiële middelen voor vervolgoopleidingen tot (medisch) specialist en ziekenhuis-opleidingen. Bovendien zijn de umc's bij uitstek geïntegreerd om te opereren in een internationale context.

Door deze bijzondere positie en de beschikbaarheid van voldoende specifieke middelen vind ik dat ik van de umc's mag verwachten dat ze, nog meer dan andere zorgaanbieders ook al doen, een actieve bijdrage leveren aan de vraag hoe de zorg voor de patiënt beter kan en tegelijkertijd op de lange termijn houdbaar kan blijven. Ik ga uit van een proactieve inzet van umc's. In sommige gevallen zie ik deze proactieve houding al, in andere gevallen is er nog een stap nodig. Ik verwacht van de umc's dat ze hun (publieke) infrastructuur ter beschikking stellen voor bredere maatschappelijke doelstellingen, voor andere zorgaanbieders en voor verschillende initiatieven rond het betrekken en informeren van de patiënt.

Daarnaast is het van belang dat umc's zich richten op de taken waar zij écht 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. Juist 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.

Samenwerking is belangrijk

Bij het verbeteren van de zorg voor de patiënt in de regio en tegelijkertijd het bewaken van de houdbaarheid spelen meerdere partijen een rol. Onderlinge samenwerking vind ik noodzakelijk om de zorg in de regio maar ook landelijk nog beter te maken. Kijk met elkaar naar de feiten en

cijfers in een regio: welke zorg wordt nu waar en door wie aan wie geleverd? Zorg dat iedereen daar hetzelfde beeld van heeft, bepaal vervolgens de opgave in de regio en ga dan – op basis van dat startpunt – aan de slag met die opgave. Hierdoor kunnen de bewegingen die partijen maken op elkaar aansluiten en elkaar versterken.

Iedereen heeft zijn eigen rol in het zorglandschap, maar alleen gezamenlijk komen we tot een resultaat wat de beste zorg voor de patiënt op de beste plek gaat opleveren. De samenwerking met een aantal belangrijke partijen, te weten de zorgverzekeraars en de algemene ziekenhuizen, wil ik hierbij wat meer specifiek benoemen.

De zorgverzekeraars hebben via de contractering een belangrijke rol als het gaat om de organisatie van de zorg en hebben aangegeven verantwoordelijkheid te nemen voor de ontwikkelingen die nodig zijn rond de «de juiste zorg op de juiste plek»-beweging. Bij deze beweging staat het dagelijks functioneren van patiënten en mensen centraal. Daarvoor is het noodzakelijk dat er een beeld is van zowel de bestaande situatie van het zorg- en ondersteuningsaanbod als van de toekomstige behoeften in de regio. Zorgverzekeraars zullen, als het niet door anderen wordt opgepakt, de verantwoordelijkheid nemen om deze regiobeelden op te stellen. 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.

De oproep tot samenwerking geldt, naast de zorgverzekeraars, ook voor de andere zorgaanbieders. Zij hebben een belangrijke rol in de daadwerkelijke vormgeving van het aanbod, de inhoud en het feitelijk verlenen van de zorg in de regio. Naast de umc's zijn in de medisch specialistische zorg in ieder geval de algemene ziekenhuizen relevant voor de samenwerking. Een deel daarvan betreft de topklinische en regionale ziekenhuizen. De 26 topklinische ziekenhuizen hebben de meeste patiënten en het meeste personeel² en hebben daarmee een belangrijke functie in de regio. Ik roep de umc's en de topklinische ziekenhuizen op om samen te werken, allebei met de rol die hen het beste past en met deze samenwerking elkaar en de zorg te versterken. Onderzoek met elkaar welke vormen van zorg beter in een topklinisch ziekenhuis of juist in een umc kunnen plaatsvinden. Ik verwacht daarbij dat zowel de umc's als de ziekenhuizen over hun eigen schaduw heen stappen en het belang van de patiënt vooropstellen en daarbij nauwlettend de balans tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid in het oog houden.

Het opzoeken van de samenwerking geldt ook voor de regionale ziekenhuizen die weer een andere spelfunctie hebben in de regio en in hun strategische koers hebben aangegeven de omslag te willen maken van ziekenhuis naar gezondheidsorganisatie.² In mijn reactie op deze strategische koers die ik in april 2019 naar uw Kamer heb gestuurd, heb ik opgeroepen om in gezamenlijkheid te werken aan de uitwerking van het plan van de NFU op het gebied van onderzoek naar zorg en preventie.³

De bijdrage die ik van de umc's verwacht

Hieronder beschrijf ik, meer specifiek, acht onderwerpen die ik belangrijk vind en waarvan ik juist van umc's verwacht dat zij hieraan een belangrijke bijdrage leveren. Soms betekent dat regie nemen op de uitvoering, in een andere situatie is dat het leveren van kennis en in weer een andere

² <https://www.saz-ziekenhuizen.nl/nieuws/van-ziekenhuis-naar-gezondheidsorganisatie-28-regionale-ziekenhuizen-lanceren-nieuwe-strategische-koers>.

³ Kamerstuk 27 295, nr. 172.

situatie ook het bijdragen via inzet van mensen. Iedere keer weer afhankelijk van de rol, de meerwaarde die umc's vanuit hun kernkwaliteit kunnen bieden en afgestemd op de situatie in de regio. De leden van de NFU hebben aangegeven om waar zij nog niet het initiatief hebben genomen, met deze acht taken vooruitstrevend aan de slag te gaan. Ik hanteer het principe dat hiervoor geen extra financiële middelen nodig zijn. De huidige financiële middelen (bijv via de bijzondere BBAZ-financiering die umc's reeds ontvangen) kunnen naar mijn mening worden ingezet om invulling te geven aan de verwachtingen die in deze brief worden geschetst.

1. Umc's nemen een actieve rol als centrum voor zeer complexe zorg, kennis en expertise

De innovatieve en vernieuwende rol van de umc's wordt versterkt door de combinatie van topreferente zorg, onderwijs en de hele keten van klinisch tot fundamenteel onderzoek in één organisatie. Hierdoor zullen de umc's zich blijven onderscheiden van andere ziekenhuizen. De umc's moeten zich nog meer dan voorheen concentreren op hun topreferente functie. Dit betekent optimalisatie van de behandeling bij complexe patiëntengroepen, trauma's en zeldzame aandoeningen en het ontwikkelen van diagnostiek en behandeling voor patiënten waarvoor nog geen behandeling voorhanden is. Hierbij maken ze gebruik van hun internationale wetenschappelijke samenwerking en positionering. De kennis die ze hierbij opdoen wordt actief gedeeld tussen umc's, met andere zorgaanbieders en met patiënten. De umc's blijven bouwen aan een infrastructuur die voldoet aan de hoogste normen voor het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek op mondiaal niveau. Health Research Infrastructure (Health-RI) bundelt en ontwikkelt hierbij expertise en dienstverlening vanuit de bestaande onderzoek(data)infrastructuren, binnen en buiten de umc's. Hierbij wordt landelijk gekeken welke functie waar het beste uitgevoerd kan worden om niet efficiënte dubbelingen te voorkomen. Topklinische ziekenhuizen en categorale instellingen die zorg in combinatie met toegepast onderzoek leveren, kunnen gebruik maken van de infrastructuur van de umc's (expertise, middelen, data etc.). De umc's bieden dit actief aan en zoeken ook zelf de samenwerking op.

2. Umc's nemen een actieve rol in het beschikbaar en toegankelijk houden van zorg in de regio

Zoals ik in het begin van deze brief noemde, dient de niet-complexe zorg zoveel mogelijk overgedragen te worden naar bijvoorbeeld algemene ziekenhuizen, poliklinische centra en anderhalvelijns centra waardoor zorg nabij de patiënt gegarandeerd kan blijven worden, ook in krimpgebieden. In plaats van doorverwijzen kan ook samen doorbehandeld worden. Daarbij komt de specialist uit het umc naar de patiënt in het andere ziekenhuis en niet andersom. Daarmee verdwijnt niet-complexe zorg waar het kan uit de umc's waarbij ik het van belang vind dat er aandacht moet zijn voor regionale verschillen.

Van de umc's verwachten we een spilfunctie in het voor elkaar krijgen van deze beweging door het beschikbaar stellen van deskundigheid en het onderzoeken van optimale verwijsstromen. De umc's zijn hierbij kritisch op zichzelf en stellen zichzelf daarbij de vraag: Welke rol heb ik in de regio? Voor welke patiënten is een umc echt van toegevoegde waarde? Welke patiënten zijn beter af in een ander ziekenhuis? Niet in alle regio's zijn umc's fysiek aanwezig of nabij. Het is dan aan umc's om in samenwerking met andere (grote) ziekenhuizen en/of via e-health toepassingen de (medisch) specialistische zorg te organiseren.

Hierbij moet door umc's niet de rol van de zorgverzekeraar overgenomen worden. De focus dient te liggen op kwaliteit van zorg en regionale samenwerking, want juist samenwerking kan deze beweging versterken. Een mooi voorbeeld van deze samenwerking heb ik gezien in de regio Maastricht Heuvelland. Huisartsen, endocrinologen, kinderartsen en diabetesverpleegkundigen werken daar samen om de zorg voor mensen met diabetes door integratie van eerste- tot derdelijnszorgprocessen te optimaliseren. Hierdoor is een groot deel van de diabeteszorg verplaatst naar de eerste lijn.

3. Umc's vergroten hun rol als aanjager van netwerkvorming en samenwerking

Technologische en maatschappelijke veranderingen leiden momenteel tot een verschuiving binnen het zorglandschap: diagnostiek en zorg verschuiven van ziekenhuis naar de eerste lijn of naar huis, of juist van algemeen ziekenhuis naar gespecialiseerd centrum. Zorg wordt dicht bij huis verleend waar het kan, verder weg als dat vanwege kwaliteit en doelmatigheid noodzakelijk is. Umc's, topklinische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen, zelfstandige klinieken, verpleeghuizen en eerstelijns zorgverleners moeten daarom intensiever en op andere manieren samenwerken, in het belang van de individuele patiënt en de zorg als geheel. Het vraagt om het organiseren van zorg en preventie in netwerken.

In het huidige veld kunnen umc's de verbindende schakel vormen bij de netwerkvorming in hun regio. Ik roep de umc's op om, met de NFU als hun koepelorganisatie, de verbindende functie voor netwerkvorming in hun regio op te pakken als dat niet al succesvol door een andere partij is opgepakt. Dit gebeurt in goede samenspraak met andere zorgaanbieders en de zorgverzekeraars. De eerste stap is het door de NFU publiceren van een breed gedragen visie op netwerkvorming. Een voorbeeld waarbij umc's deze rol al oppakken is in de regionale oncologienetwerken, een onderdeel van het Citrienfonds. In het huidige Citrienfonds ligt de nadruk op de implementatie van de behaalde resultaten.

Een belangrijke doelgroep binnen netwerkvorming betreft de patiënten met een zeldzame aandoening. Het bundelen van kennis en expertise is belangrijk om de zorg voor deze patiënten verder te kunnen verbeteren. Ik verwacht dat umc's de actieve rol die zij gepakt hebben bij het deelnemen aan de Europese Referentie Netwerken (ERN) zullen voortzetten. Naast het bundelen van de expertise is het ook van belang dat de ontwikkelde kennis beschikbaar is voor de zorg van de patiënt. Dit betekent niet dat een patiënt met een zeldzame diagnose altijd in een umc behandeld hoeft te worden. Indien mogelijk moet de expertise uit het umc, of van een ander centrum in de ERN beschikbaar komen voor de behandelaar in de buurt en indien noodzakelijk dient de zorg in een expertisecentrum voor zeldzame aandoeningen plaats te vinden.

4. Umc's vergroten hun actieve rol in de coördinatie van de acute zorgketen

Ziekenhuizen en ambulancediensten moeten er onder aanvoering van de traumacentra (waaronder de umc's) samen met de andere partijen in het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) voor zorgen dat er 24/7 een werkend systeem voor acute zorg in de regio is. De traumacentra hebben de taak het ROAZ-overleg te organiseren. De positie van de ROAZ-en wordt beter vastgelegd in de regelgeving waardoor de ROAZ-en meer mogelijkheden krijgen om hun werk goed te doen en ze beter toegerust

zijn om afspraken te kunnen maken over onder andere het bevorderen van de uitstroom uit de acute ziekenhuiszorg.⁴

Ik wil dat de ROAZ-en vooruitlopend daarop alvast een pro-actievere houding aannemen en de agenda en aanpak voor de acute zorg in de regio's bepalen. Ik verwacht dat de ROAZ-en het voortouw nemen om partijen die direct en indirect betrokken zijn bij de acute zorg regelmatig bij elkaar te brengen en dat de ROAZ-en meer doen dan alleen bij concrete voornemens toetsen of de 45-minuten norm in het geding is. Ik wil dat zij ook vragen hoe het bij alle partijen zit met drukte, wie kan wie helpen, zijn er sluitingen op komst. Ik wil dat zij patiëntenstromen monitoren, inzicht bieden in beschikbare acute bedden, oplossingen aandragen voor arbeidsmarktknelpunten, logistieke oplossingen bedenken. Ik verwacht van de umc's (en overigens ook van de andere traumacentra die geen umc zijn) dus een proactieve inzet als verantwoordelijke voor het organiseren van het ROAZ en dat zij veranderingen en knelpunten in de keten van acute zorg actief signaleren en agenderen in het ROAZ en zich inzetten voor het oplossen van knelpunten en verbeteren van de beschikbaarheid van acute zorg. Gezien de partijen die binnen het ROAZ bijeen komen is dit een uitgelezen gremium om samen te werken aan de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg, waarbij eenieder is voorbereid op ontwikkelingen in de regio die van invloed zijn op met name de acute zorg. Door ontwikkelingen in de gaten te houden, elkaar te adviseren en samen plannen te maken voor de instroom, de doorstroom en de uitstroom uit de acute zorg versterken ROAZ-leden elkaar.

5. Umc's nemen een actieve rol in de opleidingsvraagstukken

De huidige en toekomstige opgave op het terrein van zorgpersoneel is groot. Ik ondersteun zorginstellingen, waaronder de umc's, actief. Dit gebeurt in de eerste plaats met kostendekkende financiering van de opleiding van medisch specialisten, gespecialiseerd verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel. Daarnaast bied ik met de Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuizen aanvullende financiering aan voor de blijvende ontwikkelingsvragen van personeel.

Als opleider en werkgever zijn umc's grote (regionale) spelers. Keuzes op het gebied van personeelsbeleid hebben daarom ook invloed op organisaties – in de gehele keten – in de omgeving. Ik verwacht van umc's als werkgever een voorbeeldrol. Dat betekent ten eerste dat de umc's medisch ondersteunend personeel en gespecialiseerde verpleegkundigen volgens de ramingen van het Capaciteitsorgaan opleiden (dat is nu nog niet altijd het geval). Dat betekent ook dat umc's oog hebben voor de personeelsbehoefte in de hele regio, en daar actief aan bijdragen, bijvoorbeeld met het aanbieden van voldoende stageplaatsen voor studenten verpleegkunde, het laten doorstromen van studenten en het maken van regionale afspraken ten aanzien van de ramingen van het Capaciteitsorgaan. Ik verwacht dat umc's als professionele organisaties ook het goede voorbeeld geven waar het gaat om goed werkgeverschap met aandacht voor de behoeftes van werknemers.

Samenwerking met andere partijen, met name de andere opleidingsziekenhuizen verenigd in de STZ, is van belang want alleen samen kun je ervoor zorgen dat ook in de toekomst voldoende gekwalificeerd personeel beschikbaar is. Hiervoor verwacht ik een actieve rol van umc's, conform het HLA MSZ, in de (verdere) ontwikkeling en uitvoering van de Regionale Actieplannen Aanpak Tekorten (RAAT). Het is dan ook goed te zien dat

⁴ Kamerstuk 29 247, nr. 264.

umc's deze rol ook steeds meer pakken. Een mooi voorbeeld van samenwerking om voldoende gekwalificeerd personeel te behouden en aan te trekken zie ik in de regio's Gelderland en Noord-Brabant. Daar werken het Radboudumc, Bernhoven en de Sint Maartenskliniek samen volgens het concept van het Academisch Medisch Netwerk. Een vaatchirurg van Bernhoven opereert in het Radboudumc in verband met tijdelijke krapte in de bemensing. En door krapte bij Bernhoven zorgt het Radboudumc voor capaciteit en kennis ten aanzien van interventieradiologie. Daarnaast werken medisch specialisten van het Radboudumc (zoals chirurgen, KNO-artsen, intensivisten en MKA-artsen) deels ook in het Maasziekenhuis Boxmeer. Hierdoor blijft het aanbod van zorg in de regio beter beschikbaar.

6. Umc's vervullen hun rol als regionale academische motor

Umc's kunnen hun rol als regionale academische motor nog beter invullen. Dat concludeerde de Gezondheidsraad (GR) in het advies «onderzoek waarvan je beter wordt, een heroriëntatie op umc-onderzoek».⁵ De NFU heeft op mijn verzoek op 1 april 2019 een plan van aanpak voor deze verbetering aangeboden. Omdat umc's een belangrijke rol spelen in de regionale kennisketen, is het plan met een breed palet aan partijen opgesteld. Het plan van aanpak gaat in op enkele oplossingsrichtingen die de GR aandraagt, zoals 1) het stimuleren van praktijk gerelateerde leerstoelen/promotietrajecten, 2) een betere spreiding van promovendi over cure, care, eerstelijns en preventie, en 3) ondersteuning van niet umc-onderzoekers in de regio door toegankelijke methodologische helpdesks op umc's.

Als regionale academische motor zijn umc's bij uitstek goed gepositioneerd om lokale en regionale initiatieven en vraagstukken te verbinden met nationale en internationale programma's en beleidsontwikkelingen zoals de Nationale Wetenschapsagenda (NWA), het missie-gedreven innovatiebeleid met betrekking tot de topsectoren, ZonMw en NWO onderzoeksprogramma's.

Hierbij vind ik het belangrijk dat aandacht wordt besteed aan mogelijke uitbreiding van samenwerkingsverbanden zoals de Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid en Ouderenzorg, en onderzoek naar kwaliteit en doelmatig van zorg waar relatief weinig fondsen voor beschikbaar zijn.

Kortom, er lopen veel initiatieven om de rol van umc's als regionale academische motor te versterken. Om de maatschappelijke impact van umc-onderzoek te vergroten, gaan umc's hun onderzoeksfocus verbreden door naast topklinisch, fundamenteel, biomedisch onderzoek zich op multidisciplinair, praktijkgericht onderzoek op het gebied van preventie en regionale vraagstukken te richten.

7. Umc's leveren een actieve bijdrage aan de discussie rond dure geneesmiddelen

Nieuwe innovatieve geneesmiddelen worden steeds specialistischer en steeds complexer. Dat betekent ook dat er vaker sprake zal zijn van aangewezen expertisecentra waarbij de umc's een prominente rol zullen spelen. Door de vaak hoge kosten van deze nieuwe geneesmiddelen zal steeds vaker een zogenaamde sluis toegepast moeten worden. Geneesmiddelen met een groot financieel risico komen in deze zogenaamde sluis als ze voldoen aan de sluiscriteria. Gedurende de sluisperiode kan

⁵ <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2016/10/12/onderzoek-waarvan-je-beter-wordt>.

eventuele opname in het basispakket worden beoordeeld. Het is mogelijk dat door middel van prijsonderhandelingen een geneesmiddel met een maatschappelijk verantwoorde prijs alsnog worden opgenomen in het basispakket. Ook kunnen gepast gebruik afspraken overeengekomen worden.

Oplopende kosten van geneesmiddelen in combinatie met de afspraken in het hoofdlijnenakkoord MSZ dwingen de umc's om kritisch te kijken naar de meest doelmatige inzet van (nieuwe) dure geneesmiddelen.

Voorbeelden daarvan zijn te zien in de opstartende pilots voor gezamenlijke doelmatige inkoop waarin samenwerking wordt gezocht met andere ziekenhuizen en zorgverzekeraars zoals de gezamenlijke inkoop van dure geneesmiddelen door de NFU, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Vaker een sluis betekent ook dat, zodra een nieuw sluisgeneesmiddel is geregistreerd, dit om actie vraagt van de artsen en de specialistische centra ten aanzien van plaatsbepaling en tijdig kunnen starten met de behandeling. Hierbij kan de horizonscan geneesmiddelen aankoopspunten bieden.⁶ Zowel de samenwerking op inkoop, de follow-up van de uitkomsten van de horizonscan, als snelle plaatsbepaling na marktregistratie zijn onderwerp van gesprek in het Landelijk Overleg Dure Geneesmiddelen (LODG) en het Platform Inkoopkracht Dure Geneesmiddelen en vragen om aandacht.

Principes voor «maatschappelijk verantwoord licentiëren» zouden ervoor moeten zorgen dat zich later geen onredelijke situaties voordoen rond een geneesmiddel. De NFU heeft een commissie geleid over dit onderwerp en een notitie uitgebracht met tien principes⁷. De kennistransferorganisaties van de umc's zullen deze principes toepassen en verdere aanscherping stimuleren door onderling en internationaal ervaringen uit te wisselen. De umc's zullen regelmatig rapporteren hoe zij de principes in de praktijk brengen. De NFU zal samen met andere partijen de principes verder operationaliseren in modelovereenkomsten en een voorstel doen voor monitoring en rapportage.

Door ontwikkelingen op het gebied van «therapie op maat» en «personalised medicine», krijgt het (magistraal) bereiden op maat voor de patiënt een grotere rol.

8. Umc's leveren een actieve bijdrage aan verbetering van gegevensuitwisseling, registratie aan de bron en hergebruik van data

Onder andere in de diverse hoofdlijnenakkoorden is de ambitie neergelegd om versneld te komen tot volledig digitale gegevensuitwisseling binnen en tussen instellingen. Daarvoor moeten belemmeringen in taal en belemmeringen in techniek overwonnen worden. Op beide onderdelen verwacht ik dat umc's een proactieve rol spelen door bijvoorbeeld hun betrokkenheid bij de zorgbrede totstandkoming en implementatie van zorginformatiebouwstenen (ZIB's) en het komen tot veldnormen die aandacht besteden aan registratie en uitwisseling, te versnellen en richting te geven.

Registratie aan de bron maakt het mogelijk om alle afgeleide gegevens (voor declaratie, kwaliteit, etc.) uit de bron af te leiden zonder nieuwe invoer en administratieve lasten. Dit, samen met het maken van afspraken over open toegang op EPD's (zogenaamde open API's), zal zorgen voor minder administratieve lasten en betere gegevensuitwisseling in de zorg.

⁶ Kamerstuk 29 477, nr. 532.

⁷ Kamerstuk 29 477, nr. 573.

Umc's hebben een grote rol als het gaat om te komen tot de goede (technische) infrastructuur hiervoor en het maken van afspraken met EPD-leveranciers hierover. Registratie aan de bron en hergebruik van data zorgt voor minder irritatie, minder onnodige fouten en – omdat ook de patiënt toegang tot eigen data heeft – meer ruimte voor samen beslissen. Door een betere verbinding tussen zorg- en onderzoeksdata kunnen nieuwe wetenschappelijke inzichten bovendien sneller onderdeel worden van zorginnovaties en behandelingen passend bij de individuele kenmerken en wensen van de patiënt. Umc's hebben een grote rol bij het samen met alle andere ziekenhuizen en klinieken maken van afspraken met EPD-leveranciers zodat de gegevens uit de ambulance direct in het EPD zichtbaar en herbruikbaar zijn en zodat overdracht tussen ziekenhuizen op basis van de Basisgegevensset Zorg kan plaats vinden.

Hoe ga ik de verwachte inzet van de umc's monitoren?

Ik heb de 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. Dit kan per onderwerp anders ingericht worden. Ik heb de NFU gevraagd hiervoor een uitwerking met bijbehorende planning op te stellen. Op basis van deze plannen zal de voortgang tijdens de verschillende reguliere overlegmomenten besproken worden. Ik zal de NFU, en waar nodig de individuele umc's, erop aanspreken als de rol die ik van de umc's verwacht, niet voldoende opgepakt wordt. De umc's hebben mij aangegeven zich op deze onderwerpen (mede-) verantwoordelijk te voelen en daarover aan mij ook verantwoording af te willen leggen. Daarnaast wil ik nogmaals benadrukken dat ik een actieve samenwerking tussen umc's en andere partijen zoals zorgverzekeraars, topklinische ziekenhuizen, kleine algemene ziekenhuizen en andere zorgverleners in de regio verwacht. Dat vraagt iets van de houding van umc's maar uiteraard evenzo van de andere partners. Ik heb er vertrouwen in dat met gezamenlijke inspanningen tussen al deze partijen goede (medische) zorg ook voor de toekomst gegarandeerd blijft.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins