
Aan de orde is het **speddebat** over het **postcodebeleid van academische ziekenhuizen**.

De **voorzitter**: Ik heet de minister van harte welkom. De spreektijd is bepaald op drie minuten per fractie. Het systeem voor de interrupties is inmiddels ook bekend bij de Kamer.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Het NRC meldde afgelopen zaterdag dat het academisch ziekenhuis Maastricht patiënten weigert die verder dan 15 kilometer van het ziekenhuis wonen. Alleen binnen een straal van 15 kilometer zijn patiënten nog welkom. Het gaat hierbij om patiënten met ernstige afweerstoornissen. Dat is iets wat de SP onacceptabel vindt. Een academisch ziekenhuis is het laatste toevluchtsoord voor mensen met ingewikkelde aandoeningen. Zij moeten naar elders vanwege financiële afwegingen van een dergelijk ziekenhuis. Ik heb begrepen dat andere academische ziekenhuizen zich daaraan gelukkig niet schuldig maken, maar wie weet komt dat nog. Hier is heel nadrukkelijk het recht van mensen op zorg in het geding. Ook is de keuzevrijheid in het geding. Patiënten moeten kunnen kiezen naar welk ziekenhuis zij gaan voor hun aandoening.

Minister, denkt u zich eens de positie in van specialisten die twintig jaar hebben gewerkt om een afdeling op te bouwen. Patiënten komen graag naar hen toe. Met één pennenstreek van het management wordt besloten dat een afdeling moet sluiten of dat specialisten patiënten die wat verder weg wonen, niet meer kunnen behandelen. Hoe beoordeelt de minister het dat geld leidend is, terwijl we weten dat in het academisch ziekenhuis Maastricht mismanagement en enorme uitgaven aan ICT een belangrijke rol spelen bij de besluiten die het ziekenhuis meende te moeten nemen met betrekking tot de zogenaamde postcodegeneskunde? Hoe beoordeelt u het, dat niet de specialist het primaat heeft, maar kennelijk een slecht functionerend management? Vindt u niet dat het primaat bij de specialist van het ziekenhuis moet liggen?

Ik ben blij dat de minister afstand heeft genomen van dit discriminatoire, ongerechtvaardigde en onacceptabele beleid. Maar de minister voegde eraan toe dat hij dit beleid wel acceptabel vond ten aanzien van wachtlijsten. Daarin verschilt de SP heel duidelijk van de minister. Is dat niet de weg van de minste weerstand? De minister is voorstander van het nieuwe systeem van vermarkting. Daarin zijn we nu beland. Hierdoor maken academische ziekenhuizen dergelijke onacceptabele afwegingen. De minister heeft hiervoor gekozen omdat er dan keuzevrijheid zou ontstaan. Vindt de minister keuzevrijheid niet zo'n groot goed dat mensen moeten kunnen kiezen voor het ziekenhuis van hun keuze, ook al zijn er wachtlijsten?

Klopt het dat academische ziekenhuizen onvoldoende middelen krijgen om die dure behandelingen te betalen, zoals het ziekenhuis stelt, of zoals tenminste wordt gesuggereerd in de media?

Mevrouw **Smilde** (CDA): De heer Van Gerven gebruikt de term "vermarkten". Maar dit type zorg komt toch helemaal uit het budget en is op geen enkele wijze aan de markt onderhevig? Dat blijft ook zo. Er zijn helemaal

geen plannen om dit te vermarkten. Kan de heer Van Gerven dit verduidelijken?

De heer **Van Gerven** (SP): Het academisch ziekenhuis Maastricht heeft grote financiële problemen, onder andere vanwege mismanagement. De uitgaven voor ICT kosten veel geld, maar leverden weinig op. Men probeert de zaak nu sluitend te krijgen door dure patiënten buiten de straal van 15 kilometer te weren. En waar zet het academisch ziekenhuis op in? Het zet bijvoorbeeld in op het neerzetten van een dialysecentrum in de regio dat geld moet opleveren, terwijl dat helemaal niet zijn primaire taak is. Door dit systeem van vermarkting verplaatst de focus van het verlenen van zorg aan de meest ingewikkelde problematiek naar het maken van omzet en het doen van dingen die geld opleveren. Ik heb willen benadrukken dat wij die kant niet op moeten. De zorg moet leidend zijn en niet de financiën.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Het academisch ziekenhuis Maastricht is gestopt met het postcodebeleid voor toppreferente zorg. Geen van de andere UMC's in ons land doet het en dat is goed nieuws. Ik wil de minister complimenteren met zijn snelle handelen in dezen en met de twee brieven die kort op elkaar naar de Kamer zijn gegaan. Ik heb nog wel drie zorgpunten.

Ten eerste is de lijst met geweigerde patiënten nogal lang. Het azM overweegt met bepaalde topklinische zorg te stoppen. Dat betreft 56 aandoeningen, waarvan ik een aantal bekendere noem: colitis ulcerosa, reumatoïde artritis, de ziekte van Bechterew en multiple sclerose. Met het verdwijnen van deze zorg verdwijnen natuurlijk niet deze patiënten. Hoe garandeert de minister de continuïteit van zorg voor al deze patiënten?

Ten tweede vraag ik de minister te inventariseren in hoeverre het vermijden van dure patiënten voorkomt in de ziekenhuiszorg. Ik doel niet alleen op de toppreferente zorg, maar op de zorg in brede zin. In hoeverre handelen ziekenhuizen op dit moment zoals er bij het azM is gehandeld en worden dure patiënten niet alleen geweigerd, maar ook vermeden?

Ten derde verzaakte het azM de informatieplicht aan de patiënten. Wat gaat de minister daaraan doen?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Een academisch ziekenhuis biedt heel specialistische zorg, zogenaamde topklinische zorg. Vaak gaat het daarbij om zeldzame ziektes. Het is het type zorg dat in gewone klinieken niet wordt geboden. De reden daarvoor is dat het ziekenhuis juist door zijn academische karakter deze specifieke kennis in huis heeft. Daarom worden mensen ook doorverwezen naar een academisch ziekenhuis. Per definitie heeft een academisch ziekenhuis dus een heel breed verzorgingsgebied. Bovendien krijgen de ziekenhuizen voor dit type zorg ook nog extra geld. Het is dan ook verbazingwekkend en onbegrijpelijk dat het azM deze maatregel überhaupt nam. We zijn content dat de minister heel snel om opheldering heeft gevraagd. We zijn ook heel benieuwd wat er uit het gesprek komt. Ik denk dat de minister het gevoel van de Kamer mee kan nemen naar het gesprek.

Smilde

We hebben nog een paar andere opmerkingen. Het probleem is helaas wat breder. Ook andere ziekenhuizen leggen wel beperkingen op aan patiënten met een complexe aandoening. Zo ontving ik een brief van een moeder wier zoon lijdt aan een zeldzame erfelijke aandoening met het ontstaan van overmatige botgroei die kan leiden tot botkanker. Haar zoon staat al een tijd lang op een wachtlijst voor een specialistische operatie. Zij schrijft dat de contracten met zorgverzekeraars maar een beperkt aantal operaties toelaten. Graag krijgen wij een reactie hierop van de minister.

Concentratie van specialistische zorg voor zeldzame aandoeningen in bepaalde universitaire medische centra is onontkoombaar, want daar is de meeste deskundigheid voor het ziektebeeld. Er worden vaak ook beperkt vergunningen voor afgegeven. Het draagt ook bij aan de goede zorg. Hierbij gaat het altijd om zorg die valt onder de academische component. Worden er afspraken gemaakt met UMC's? Hoe luiden die afspraken? Hoe kan voorkomen worden dat mensen worden geweigerd? Er zijn meer wachtlijsten voor dit type zorg, zo merken we. Kan de minister aangeven waarom die ontstaan?

Wij vragen de minister ook om in te gaan op de rol van de zorgverzekeraars. Zij zouden er vanwege hun zorgplicht voor moeten zorgen dat hun patiënten binnen een redelijke termijn ergens terecht komen. CZ kwam eigenlijk pas in actie toen de commotie al ontstond. Graag horen wij dus iets meer over de rol van de zorgverzekeraar.

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Laat het helder zijn: ook de VVD-fractie vindt dat het niet zo kan zijn dat ziekenhuizen patiënten uit kostenoverwegingen weigeren op postcodes. Volgens mij is er geen partij in de Kamer die dat zou willen. Wij zijn daarom blij dat de minister snel in actie is gekomen en navraag heeft gedaan, niet alleen bij het azM, maar ook bij andere ziekenhuizen, om uit te vinden of dit het geval was. Het was niet het geval en het azM zou zijn fout terugdraaien. Dat is inmiddels gedaan.

Ik heb nog één correctie richting de minister. In de brief geeft hij aan dat de VVD-fractie gevraagd heeft Groningen te checken. Dat komt voor mij uit de lucht vallen. Het ging ons om de situatie in Nijmegen. De heer Van der Veen en ik hadden vorige week een gesprek met de Lymevereniging. Zij gaf aan dat niet iedereen in Nijmegen terecht kon vanwege het feit dat er zo'n grote groep patiënten is dat men het daar niet aankon. Of dat op postcodegebied ging, is ons niet helemaal helder. Als de minister alleen navraag heeft gedaan bij het ziekenhuis, zou ik hem adviseren ook nog eens bij de Lymevereniging zelf te checken hoe het precies zit en of er niet toch sprake is van een verborgen situatie. Wij vinden het heel goed dat de minister klip-en-klaar heeft aangegeven dit niet te tolereren.

Ik wil ook nog even reageren op het betoog van de heer Van Gerven van de SP-fractie. Ook wij hebben gehoord dat een deel van de oorzaak mismanagement zou zijn. Daar hoor ik graag de reactie van de minister op. Hoe zit dat? Wij vinden het goed dat mismanagement in ons huidige zorgstelsel afgestraft wordt. Managers moeten nu keuzes maken die soms pijn doen. Die keuzes worden niet afgewenteld op de belastingbetaler. Managers kunnen niet zoals vroeger blijven zitten en

de rekening gewoon doorschuiven zonder dat iemand het merkt. Nu wordt dat soort zaken helder, hoewel het pijn doet. Die zaken worden aangepakt. Dat vinden wij een grote verworvenheid van het nieuwe zorgstelsel.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. De PvdA-fractie is blij dat het azM is teruggekomen van het heilloze pad van het postcodebeleid. Ook van onze zijde complimenten voor de snelheid waarmee de minister heeft gereageerd.

Toch hebben wij een aantal aanvullende vragen. Hoe duur is nu die dure voorziening rond de ziekte van Wegener? Wat kost dat per patiënt? Wij hebben daar geen beeld van en zouden dat graag willen weten. Wordt dat postcodebeleid van het azM nu alleen gevoerd rond de ziekte van Wegener of ook rond andere voorzieningen, bijvoorbeeld voor allergieën of doorverwijzingen van artsen uit andere ziekenhuizen? De NFU geeft aan dat nergens anders beleid op postcode wordt gevoerd, in ieder geval niet waar het topreferente zorg betreft. Ik mocht afgelopen maandag op de radio in een interview optreden samen met vertegenwoordigers van de NFU en de NMa. Zij beaamden allebei volmondig dat je gewoon een postcodebeleid kon voeren. Daar wil ik ook graag een antwoord op.

Mevrouw **Agema** (PVV): Kan de heer Van der Veen uitleggen waarom hij wil weten wat de duurdere zorg per patiënt kost?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik wil voorkomen dat onder het mom van dure zorg, zonder dat je weet hoe duur die zorg is, voorzieningen worden afgestoten. Ik denk dat wij het er volstrekt over eens zijn dat dit soort voorzieningen niet afgestoten moet worden. Ik wil echter niet in een situatie terecht komen waarin gezegd wordt dat het een dure voorziening is, terwijl het dat wellicht helemaal niet is. Vandaar mijn aanvullende vraag.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dan is de heer Van der Veen er toch niet met een bedrag per patiënt? Wat wil hij precies van de minister?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb nog een paar vragen. Wellicht kom ik mevrouw Agema daarin tegemoet. Ik begin met een algemene vraag aan de minister. Is hij het met mij eens dat een ziekenhuis in principe geen postcodebeleid kan voeren, omdat het haaks staat op de zorgplicht en het de keuzevrijheid beïnvloedt?

Dan toch nog een vraag over de relatie tussen het afstoten van voorzieningen, waarover ook wordt gesproken in de brief van de NFU, tot de functies die worden vervuld. Het eventuele mismanagement van het azM is net aan de orde geweest, maar voorzieningen die onder de academische component vallen, mogen toch niet worden afgestoten vanwege mismanagement.

Wij hebben een brief gekregen van de patiëntenvereniging van Wegenerpatiënten. Daarin geeft zij aan dat alleen in Groningen en Maastricht goede zorg wordt verleend. Stel dat Maastricht het afstoot. Hoe denkt de minister dan dat de continuïteit van de zorg gegarandeerd wordt?

Van der Veen

De heer **Van Gerven** (SP): De heer Van der Veen was heel helder in zijn betoog over het feit dat de keuzevrijheid van patiënten een groot goed is. Wij hebben het nu over academische zorg en heel specialistische zorg. Geldt dit voor alle ziekenhuiszorg? Zou hij het over de gehele linie willen doortrekken?

Wil hij ook ingaan op het standpunt van de minister dat er wel een postcodebeleid mag zijn voor wachtlijsten?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dan heb ik mijn vraag niet goed geformuleerd. Wat mij betreft geldt het voor alle ziekenhuizen en voor alle zaken die ziekenhuizen aanbieden. Dat was dan een misverstand.

Ik heb de minister een vraag gesteld. Stel dat een specialist heel erg goed is in een bepaalde behandeling. Die kan ook niet meer opereren dan acht uur per dag. Als er wachtlijsten ontstaan, kan ik mij voorstellen dat patiënten een keuze hebben: of langer bij de specialist op de wachtlijst staan of naar een andere specialist met een kortere wachtlijst gaan.

De heer **Van Gerven** (SP): Dan zijn wij het eens.

□

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. Mijn fractie was opgelucht door de brief van de minister van vanmorgen. Daarmee lijkt de meeste kou uit de lucht. Toch zeg ik nog wel "lijkt" en niet "blijkt". Immers, als je het persbericht van het academisch ziekenhuis Maastricht echt goed leest en de brief van de minister goed leest, is het een voorlopig opschorten van een voornemen. Wat blijft er uiteindelijk van de plannen overeind? De minister zal een gesprek voeren. Ik neem aan dat hij de stellingname in de brief, die mijn fractie volstrekt steunt, dat de patiënten de zorg moeten krijgen die zij nodig hebben en dat ook kostenbeheersingsaspecten of besparingsmotieven niet doorslaggevend kunnen zijn in verwijzing of concentratie van zorg.

Maar dan toch. Als ik het persbericht lees, begint het met de zin: "De Raad van Bestuur van het academisch ziekenhuis Maastricht (azM) handhaaft het besluit over het inkrimpen van de afdeling Klinische Immunologie, maar stelt de uitvoering van dat besluit uit." Tot wanneer, vraag je je dan af. Rond eind februari is men klaar met een kritische beschouwing van het totale zorgaanbod aan de hand waarvan strategische ambities en noodzaak tot kostenbeheersing zijn verwerkt en keuzes voor de toekomst zijn gemaakt. En nu komt mijn vraag aan de minister. Daarbij zegt men dat natuurlijk die hoogwaardige zorg in ons land geleverd moet worden, in gezamenlijkheid, maar dat het niet meer vanzelfsprekend kan zijn in het meest nabijgelegen ziekenhuis. Daar moet je over nadenken. Wat betekent dit op patiënteniveau? Dit is toch een punt van zorg. Natuurlijk, ik begrijp het: voor hartoperaties en longtransplantaties hebben wij speciale voorzieningen aangewezen, gespreid over het land. Ik snap dat. De dichtheid van het voorzieningenniveau en de spreiding van het voorzieningenniveau, het zijn allemaal relevante vraagstukken. Toch heeft deze zin mij zeer te denken gegeven. Hoe gaat het nu, ook met de portfolio-analyse? Wat zijn de randvoorwaarden die wij vanuit de systeemverantwoordelijkheid en het landelijke beleid moeten aanleggen? Ik neem aan dat de minister zich heeft voorgenomen dat in het gesprek goed te

communiceren met Maastricht. Overigens prijs ik Maastricht in de mededeling dat zij wel erkennen slecht te hebben gecommuniceerd over het achterliggende traject waarover de commotie is ontstaan.

□

Minister **Klink**: Voorzitter. Wij hebben kennisgenomen van de berichten in de media, NRC Handelsblad van afgelopen zaterdag, over het weigeren door het AZM van patiënten voor topreferente zorg op basis van de postcode. Ik sluit graag aan bij precies de woorden van de heer Van der Vlies, die ze wellicht weer aan mijn brief heeft ontleend: patiënten moeten domweg de zorg krijgen die zij nodig hebben. Selectie en verwijzing alleen uit een besparingsmotief is onwenselijk en kan ook eigenlijk niet. Vandaar dat spoorslags contact is opgenomen met het ziekenhuis. Ik heb hen daarop aangesproken. Zoals u uit de persberichten kunt afleiden, weert het AZM op dit moment patiënten niet die zich tot het ziekenhuis wenden met klinische immunologische klachten.

De heer Van der Vlies sneed het punt aan dat het standpunt is opgeschort en dat er uiteindelijk een nader besluit zal worden genomen op basis van de portfolio-analyse eind januari door het ziekenhuis. Voor die tijd hebben wij nog een gesprek met het ziekenhuis. Daarin zal uitdrukkelijk aan de orde komen in hoeverre opschorten betekent dat het zich uiteindelijk wel kan voltrekken, maar dan beter gecommuniceerd, beter ingebed en dergelijke in de periode daarna. Er komt wel een vraag mee: wat wil je dat er wordt geleverd door een academisch ziekenhuis? Feit is dat men daarvoor betaald krijgt vanuit de academische component. Dat gebeurt niet voor niks. Er zit een bepaald idee achter over de zorg die er uiteindelijk mee gemoeid is. Op korte termijn, voordat er überhaupt definitieve keuzen worden gemaakt, zal er overleg plaatsvinden met de raad van bestuur van het AZM.

De heer Zijlstra vroeg niet naar Groningen, maar wij hebben wel een ronde gedaan bij de andere UMC's. Daaruit blijkt dat het postcodebeleid daar niet voorkomt.

Het verheugt mij dat de betrokken verzekeraar zijn verantwoordelijkheid heeft genomen en het bestuur heeft aangesproken op basis van de contractuele verplichtingen. CZ heeft gezegd bereid te zijn juridische stappen te ondernemen, als het AZM de selectie van patiënten op basis van postcodes hervat. Dan zal men ook in de richting van de verzekeraar een heel goed verhaal moeten hebben, voor zover het überhaupt al kan. Dat is onderdeel van het gesprek dat ik zal hebben met het ziekenhuis.

De inspectie doet nu nader onderzoek bij het AZM naar het ziekenhuisbeleid. Daarbij staat het thema van de continuïteit van de zorg centraal.

Het punt van concentratie van de zorg wil ik wel aansnijden. Verschillende UMC's wijzen mij daarop. Dat speelt al langer en het heeft te maken met de kwaliteit van de zorg. Soms zijn aandoeningen dusdanig gering verspreid, gelukkig maar, over het land dat er sprake kan zijn van concentratie, wil je de kwaliteit waarborgen. Als concentratie van de zorg plaatsvindt op basis van kwalitatieve argumenten, kan daaruit naar voren komen dat je uit dien hoofde ook als academisch ziekenhuis soms moet zeggen: u dient bijvoorbeeld voor kinderoncologie echt ergens anders te zijn. Maar dan komen die

Klink

afweging en dat besluit voort uit kwaliteitsoverwegingen. Dat besluit zal dan overigens in gezamenlijkheid moeten worden genomen, want uiteindelijk dient er een toereikend aanbod van zorg te zijn. Concentratie vanuit een besparingsmotief, postcodeachtige overwegingen en dergelijke vind ik dus onwenselijk.

De heer **Van Gerven** (SP): De minister is heel duidelijk in zijn stellingname: mensen niet behandelen omdat zij een dorp verder weg wonen, dat willen wij niet. Over de uitwerking zegt hij: maar ik weet niet of de klinische immunologie open of dicht moet. Als je het sluiten van specialistische zorg om financiële motieven onwenselijk vindt, dan betekent dat toch automatisch dat die afdeling open blijft?

Minister **Klink**: In algemene zin zijn wij op dit moment in overleg met de UMC's over de besteding van de middelen in de academische component en de legitimering daarvan. In de richting van het UMC in Maastricht heb ik gezegd dat, als zij bijvoorbeeld vinden dat zij gegeven de aanwezige zorgvraag te weinig van de academische component krijgen, dit onderdeel van het gesprek kan zijn. Maar bij die academische component en de middelen die je daarvoor krijgt, hoort wel een toereikend aanbod, naar mijn overtuiging ook voor deze aandoening, tenzij er redenen van kwaliteit zijn om dat te concentreren. Die overwegingen zijn er. Ik gaf zo-even de kinderoncologie al aan. Als er redenen van kwaliteit zijn, kan er sprake zijn van concentratie en daarom moet je bereikbaarheid afwegen tegenover kwaliteit, waarbij dat laatste de doorslag geeft. Dat zeg ik ook tegen de heer Van der Vlies, want het kan er wel toe leiden. Niet elk ziekenhuis om de hoek levert per definitie de beste zorg.

De heer **Van Gerven** (SP): Wij hebben het hier over de klinische immunologie, een ontzettend goed draaiende afdeling die eigenlijk aan haar succes ten onder gaat. Er gaan heel veel patiënten met bijzondere aandoeningen naartoe. Het kenmerk van bijzondere aandoeningen is dat zij voor het ziekenhuis verliesgevend zijn. Dat is dus de reden dat het management overweegt om klinische immunologie te sluiten. Dat hangt de afdeling nadrukkelijk boven het hoofd, terwijl ze juist steeds meer patiënten behandelt vanwege de goede behandeling die ze biedt. Dat is toch niet waar wij naartoe moeten? Het zou toch andersom moeten zijn? Omdat het een academisch ziekenhuis is, gaan er patiënten naartoe met bijzondere aandoeningen, zoals de ziekte van Wegener. Vervolgens gaan wij kijken of wij het misschien moeten aanvullen, als het ziekenhuis boven een bepaald aantal patiënten komt waardoor de academische component niet meer voldoende is. Maar dan heb je een eerlijke, inhoudelijke afweging, in plaats van dat het management op basis van een financiële afweging zegt: jullie zijn te duur, jullie moeten sluiten!

Minister **Klink**: Voor mij is een drietal uitgangspunten maatgevend: de bereikbaarheid van de zorg, de kwaliteit ervan en de toegankelijkheid, maar die hangt samen met de bereikbaarheid. Eigenlijk zijn het dus twee uitgangspunten; bereikbaarheid en kwaliteit zijn hier van betekenis. Dat is trouwens ook de invalshoek van de inspectie, om te bekijken in hoeverre de continuïteit gewaarborgd is. Ik ga in beginsel ervan uit – maar dat maakt deel uit van de gesprekken die wij op dit moment

hebben met de UMC's – dat de academische component toereikend is om topreferente zorg te kunnen garanderen aan patiënten. Hoe die gespreid moeten worden over het hele land en of alle acht UMC's allemaal hetzelfde moeten aanbieden, is weer een andere vraag. Dat kan samenhangen met de kwaliteit die wordt geboden en de concentratie die je daarvoor nodig hebt. Het kan ook samenhangen met de afspraken die men daarover onderling maakt. Een patiënt moet dat niet alleen weten, maar hij moet ook altijd als hij aan de deur klopt, worden doorgeleid naar de zorgaanbieder die de zorg wel kan bieden. Ga ik vervolgens over de afweging? Macro ga ik er wel over, dus over de vraag wat hoort bij de academische component. Ik wil mij ook bemoeien met de andere vraag: welke onderdelen van die academische component dienen in welke mate van spreiding min of meer aanwezig te zijn? Dat is ook een belangrijke vraag. Als deze vragen zijn beantwoord en een academisch medisch centrum zegt dat de zorg toch, uit hoofde van kwaliteit of vanwege concentratie, uitgeplaatst dient te worden naar een ander ziekenhuis – dat kan gaan gebeuren in de toekomst – dan zit ik niet in het management van die instelling. Ik ga ook niet over de relatie tussen het bestuur en de specialisten. Het management is het management en moet soms beslissingen nemen die ook tegen de haren van specialisten instrijken. Dat kan zuur zijn en heel vervelend, maar het kan ook noodzakelijk zijn.

De heer **Van Gerven** (SP): Als er geen kwalitatieve argumenten zijn om de immunologische zorg uit het academisch ziekenhuis in Maastricht weg te halen en het juist goed zou zijn als de zorg zich daar zou concentreren. Dat is ook het geval; men doet daar heel veel immunologische behandelingen, juist vanwege de naam die men heeft en artsen die daarmee heel enthousiast aan het werk zijn. Op kwalitatieve gronden is dus aannemelijk dat zij die zorg leveren. Vindt de minister het dan niet zijn taak om de voorwaarden te scheppen om de zorg daar te laten blijven?

Minister **Klink**: Die specifieke vraag kan ik op dit moment niet beantwoorden. Het gaat om de vraag voor welke aandoeningen alle acht UMC's een behandeling moeten aanbieden. Ik zei al dat die vraag aan de orde komt in de gesprekken die wij met de UMC's hebben. Een van de criteria is de kwaliteit van de zorg; dat vind ik maatgevend en leidend. Die kan concentratie vergen. Maar ik wil mij niet op voorhand vastleggen dat er nooit kan worden gekeken naar bijvoorbeeld de schaal waarop de zorg wordt aangeboden tegen de achtergrond van de kosten die ermee zijn gemoeid. Ik wil daarop ook niet per definitie antwoorden dat dat nooit een rol zal spelen. Ik weet dat niet. Dat maakt op dit moment deel uit van de gesprekken die wij hebben met de UMC's. Neemt u van mij aan, ook als ik spreek met de voorzitter van de NFU of met voorzitters van raden van bestuur, dat één ding altijd leidend is. Daarom heeft mij deze actie ook verbaasd en heb ik terecht gezegd: postcodezorg, dat kan niet waar zijn! De kwaliteit is bij die afwegingen leidend.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Kwaliteit is leidend in dat proces en in die benadering. Daar ben ik het helemaal mee eens. Toch wordt het motief van de betaalbaarheid wel opgevoerd en in geding gesteld. Op basis daarvan staat in het persbericht dat ziekenhuizen er niet aan

Klink

zullen ontkomen om hun zorgaanbod in goede onderlinge samenspraak te verdelen om de zorg betaalbaar en uiteindelijk dus ook beschikbaar te houden. Dat is de keerzijde van die medaille. Daar hadden wij het zojuist al over. Ik breng geen nieuw punt in, maar kwaliteit staat tegenover betaalbaarheid. Zij hebben natuurlijk wel met elkaar te maken. Dat zie ik wel, maar bij de aanwezigheid, de beschikbaarheid en de toegankelijkheid moet de kwaliteit leidend zijn. De betaalbaarheid kan dan niet doorslaggevend worden, want dan is het hek van de dam. Als dat proces loopt langs de route van betaalbaarheid, houdt dat immers natuurlijk nooit op.

Minister **Klink**: Ik durf niet direct te zeggen dat het hek dan van de dam is. Aan mijn kant is er een tweeledige verplichting. Ik moet zorgen voor voldoende middelen om topreferente zorg toegankelijk te houden in Nederland. Dat zal natuurlijk in die zin doelmatig moeten zijn dat daaruit een spreiding naar voren komt die op z'n minst een balans houdt tussen de kwaliteit die je biedt en de daarmee gemoeide kosten. Vandaar dat ik op dat laatste punt een beetje voorzichtig ben. Als wij echter met elkaar vinden dat deze zorg, omdat de academische component sterk gereguleerd is van overheidswege – dat is niet voor niets; dat heeft juist te maken met dat topreferente karakter – via een bepaalde spreiding aangeboden moet worden aan de Nederlandse bevolking, kan het binnen die kaders niet zo zijn dat het management, dat juist voor die academische component toereikende middelen van ons krijgt, vervolgens vanwege financiële overwegingen aan kruissubsidie doet en dit toch afstoot. Dat lijkt mij buitengewoon lastig, maar dit is de inzet van het gesprek met het AZM. De richtsnoeren die in feite in uw kritische vragen besloten liggen, neem ik daarbij als mijn richtsnoeren mee.

De heer Van Gerven vroeg of dit een gevolg is van de marktwerking. Eerlijk gezegd kun je met de door de heer Van Gerven gevolgde argumentatielijn alles tot de marktwerking herleiden, want dan zeg je: het is geen marktwerking, want men krijgt een vast budget, maar doordat er bij ic-componenten een mismanagement was dat wellicht samenhangt met het feit dat wij in het verleden het B-segment hebben uitgebreid, ontstaat daar een probleem dat wordt afgewenteld op de academische component en we krijgen dus een probleem door de marktwerking. Langs die ketens kan ik ook gaan verklaren waarom uiteindelijk Adam en Eva verantwoordelijk zijn voor het feit dat het hier misliep. Dat lijkt mij niet zo geweldig behulpzaam. Ik sluit mij op dit punt aan bij de heer Van der Vlies: er is een budget voor de academische component en wij verkennen met elkaar wat daarvan deel uitmaakt en welke zorg daarvoor geboden moet worden, met als achtergrond dat de spreiding ook enige doelmatigheid moet kennen en dat concentratie pas plaatsvindt als de kwaliteit dat vergt. Anders zie ik niet waarom bereikbaarheid ondergeschikt zou moeten worden aan kwaliteit, want dan is die onderschikking er niet.

De heer **Van Gerven** (SP): De minister verwijt mij of de SP keer op keer dat wij overal de "vermarktning" of de marktwerking bij halen. In dit geval is het buitengewoon belangrijk en terecht dat wij dat doen, omdat het gaat om de morele aspecten van het besluit van de directie. Het management van het ziekenhuis in Maastricht richt wel een dialysekliniek in Valkenburg op. Er zijn al

volgende dialyseklinieken, maar die kliniek levert geld op. Het management maakt zich echter niet sterk voor het volwaardig overeind houden van de klinische immunologie. Nee, het management wil daarop bezuinigen omdat dat in de dbc-systematiek heel veel geld kost. Bij heel veel patiënten wordt met de gewone dbc's niet voldoende betaald. Die gedachtegang ontspruit aan het systeem van marktwerking, waarbij het geld leidend is: je moet winst en omzet maken.

De **voorzitter**: Mijnheer Van Gerven, volgens mij hebben wij het punt al te pakken.

De heer **Van Gerven** (SP): Hebt u het punt?

De **voorzitter**: Ja. Ik denk ook dat ik namens iedereen spreek. U kunt nu dus door naar de volgende vraag.

De heer **Van Gerven** (SP): Mijn punt is dat het gedrag van de directie heel erg te maken heeft met het marktstelsel dat nu steeds meer geïntroduceerd wordt, waarbij de moraal erodeert.

De **voorzitter**: Dit was niet echt een vraag. Misschien was het een retorische vraag.

Minister **Klink**: Met enige retoriek.

De heer **Van Gerven** (SP): Hij mag bevestigd worden.

Minister **Klink**: Nog even dooranalyserend, waarom die vermarktning ...

De **voorzitter**: Mijnheer de minister, wij hebben een tijdje geleden een uitvoerig debat gehad over de marktwerking in de zorg of ben ik nu abusief?

Minister **Klink**: Dat doen wij al drie jaar, mevrouw de voorzitter.

De **voorzitter**: Ik ben van mening dat wij die discussie niet moeten overdoen. Als wij het houden bij het onderwerp van dit spoeddebat, hebben wij onze handen al vol.

Minister **Klink**: Dit komt voort uit een gebudgetteerd systeem. De academische component kent een budget. De heer Van Gerven verwijst naar de eventualiteiten van kruissubsidies waardoor winst kan worden geboekt op nierdialyse. Daarom zouden de ziekenhuizen daarin extra investeren. Dan moeten wij het beestje bij de naam noemen. Als je met geregleerde tarieven werkt, die zijn te hoog vastgesteld en een ziekenhuis zou – vanwege de winst die dan te boeken is op grond van het feit dat er een vast tarief is en er minder kosten worden gemaakt – extra inzetten op nierdialyses teneinde geld binnen te halen, kan ik maar één ding constateren, namelijk dat geregleerde tarieven kennelijk aansporen tot dit gedrag in de veronderstelling van de heer Van Gerven. Dan kun je het maar beter vrij laten, want dan kun je de dusdanige prijzen betalen dat er geen oneigenlijke winst uit voortvloeit. Ten tweede kun je dan maar beter van budgetten afstappen, want in ieder gebudgetteerd systeem krijg je een vast bedrag en kun je sparen als je geen dure behandelingen meer doet. Het geld kan dan worden ingezet voor allerlei proefprojectjes zoals ICT.

Klink

Dus als ik een conclusie mag trekken uit het betoog van de heer Van Gerven, dan zeg ik: laten wij de prijs betalen die erbij hoort en die het meest correspondeert met de kostprijs. Laat dit over aan verzekeraars en instellingen.

De **voorzitter**: Ik stel voor dat u dit punt verder bespreekt tijdens een reeds geagendeerd algemeen overleg eind maart over de ziekenhuisbekostiging, medisch specialisten en dbc's. Dan komt u daar nog uitvoerig aan toe.

De heer **Van Gerven** (SP): Mag ik dan nog een korte slotopmerking maken? Ik heb me erover verbaasd dat het management de klinische immunologie wil afstoten die buitengewoon goede zorg levert en die het paradepaardje van het ziekenhuis is. Het management kiest ervoor dialysezorg te leveren die ieder ziekenhuis kan leveren. Dit heeft alles te maken met het virus dat zich in de zorg verspreid, dat er businesscases moeten worden ontwikkeld waaraan verdiend kan worden in plaats van zorg te leveren die mensen nodig hebben. Dat zou het academisch ziekenhuis moeten doen.

Minister **Klink**: Voorzitter. Ik volg uw raad op en ga hier niet op in. Ik zou dan mezelf herhalen.

Mevrouw **Agema** heeft gevraagd om een inventarisatie. Wij hebben dit in die zin gedaan dat wij verschillende academische centra hebben gebeld. De weerslag daarvan heeft de Kamer al ontvangen. De NVZ had al een inventarisatie gemaakt. De conclusie van de NVZ is dat postcodebeleid niet voorkomt. Een van mijn ambtenaren heeft hierover vandaag nog met de NVZ gesproken. Op dit moment is er nog een onderzoek van de inspectie gaande. De Kamer zal worden geïnformeerd over de resultaten daarvan.

Mevrouw **Agema** (PVV): Daar ben ik de minister dankbaar voor; ik heb dit ook in mijn inbreng in eerste termijn gezegd. Ik heb gevraagd in hoeverre dure patiënten in ziekenhuis worden gemeden. Kan de minister hiervan een inventarisatie opmaken?

Minister **Klink**: Wij hebben dit nu bij de NFU gedaan, bij de academische centra, en wij hebben contact gehad met de NVZ. Ter geruststelling merk ik op dat het erop lijkt dat dit niet het geval is. Overigens pretendeer ik niet een volledig beeld te hebben. De NVZ heeft haar leden specifiek gevraagd naar de doorverwijzing van patiënten die behandelingen krijgen waarmee dure geneesmiddelen zijn gemoeid. Het feit dat wij 80% van die geneesmiddelen betalen en dat 20% uit het budget moet worden betaald, zou een prikkel kunnen zijn om te verwijzen, want dan ben je van die dure en kwetsbare patiënten af. Laten wij ons gelukkig prijzen dat de ziekenhuizen dit niet doen. De NVZ heeft hiervoor geen bewijzen gevonden. Gelukkig maar.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Als ik hier nog op mag doorgaan: betekent dit dat de ziekenhuizen geen postcodebeleid voeren?

Minister **Klink**: Wij zien nu dat er geen postcodebeleid wordt gevoerd. Er kan wel een gebrek aan capaciteit zijn, maar dan is het de taak van het ziekenhuis en de verzekeraar om over te gaan tot wachtlijstbemiddeling en

mensen naar een andere locatie te geleiden op het moment dat de zorgvraag zich aftekent.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik vraag dit zo principieel omdat in een radio-interview door de vertegenwoordiger van de NFU en trouwens ook van de NMa werd gezegd dat er een postcodebeleid kan worden gevoerd. Begrijp ik nu van de minister dat er geen postcodebeleid kan worden gevoerd tenzij er sprake is van een capaciteitstekort?

Minister **Klink**: Ik verbaas mij kennelijk met u over deze opmerking van de NMa. Het postcodebeleid is immers niet meer en niet minder dan het regionaal verdelen van het zorgaanbod. Ik weet niet met welke autoriteit binnen de NMa u hierover hebt gesproken, maar ik denk echt dat dit niet kan. Het zou namelijk neerkomen op het maken van marktafspraken.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Los van de NMa: u kunt mij garanderen dat ziekenhuizen geen postcodebeleid voeren, behalve in de uitzonderlijke situatie dat er sprake is van een capaciteitstekort.

Minister **Klink**: En zelfs dan niet. De ziekenhuizen voeren, voor zover ik weet, geen postcodebeleid. Verder is postcodebeleid naar mijn beleven niet toegestaan, dit in weerwil van wat de NMa hierover zegt. Ten slotte mag een ziekenhuis nooit discrimineren op basis van een postcode, ook niet als het gedwongen is tot wachtlijstbemiddeling. Het kan dus niet gebeuren dat een ziekenhuis zegt: u mag binnenkomen want u komt uit Arnhem, maar u verwijzen wij door, ook al staat u op de wachtlijst boven die patiënt uit Arnhem, want u komt uit Eindhoven. Dat zou voorkeurszorg zijn op basis van afstand, dan wel van geografische ligging.

Ik zeg de heer Van der Veen toe dat ik de Inspectie zal vragen om zijn vragen mee te nemen bij hun verkenning.

Voorzitter. Ik denk dat ik daarmee de essentie van de vragen en opmerkingen heb behandeld.

De **voorzitter**: Ik zie dat er nog mensen zijn die vinden dat u iets essentieels hebt vergeten.

Mevrouw **Agema** (PVV): Het AZM heeft zijn informatieplicht verzaakt. Ik heb de minister gevraagd wat hij daarmee gaat doen.

Minister **Klink**: Een ziekenhuis kan niet zomaar een patiënt weigeren. Als er een wachtlijst is, moet het patiënten doorgeleiden. Die verplichting is er om de continuïteit van de zorg te garanderen. De Inspectie zal in gesprek gaan met het AZM om te achterhalen of dit ook de praktijk is in andere domeinen.

Ik ben overigens blij dat de Inspectie en de zorgverzekeraar hier direct werk van hebben gemaakt. De zorgverzekeraar heeft zelfs gezegd dat zij desnoods juridische stappen zal zetten.

Mevrouw **Agema** (PVV): Is de minister voornemens de Kamer over de uitkomsten te informeren en, zo ja, wanneer zal hij dat dan doen?

Minister **Klink**: Ik informeer u graag over de uitkomsten van de gesprekken met het AZM. Ik zal de Kamer verder de rapportage van de Inspectie doen toekomen met

Klink

daarbij het antwoord op de vragen van de heer Van der Veen. Die antwoorden moeten dan natuurlijk al wel beschikbaar zijn.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik ben blij dat de minister bevestigt dat postcodebeleid uit den boze is.

De voorzitter van de Wegener-patiëntenvereniging schrijft dat alleen in Maastricht en Groningen deze specifieke zorg kan worden gegeven. Wat betekent het voor de continuïteit van de zorg en de bereikbaarheid van de zorg als Maastricht zijn poorten sluit?

Minister **Klink**: Deze vraag ligt in het verlengde van een vraag van de heer Van der Vlies. Ik zal mede met de UMC's verkennen hoe het specifieke zorgaanbod, de toppreferente zorg over Nederland is gespreid. De uitkomsten daarvan zal ik meenemen bij mijn beoordeling van de vraag of de kwaliteit van die zorg voldoende is gegarandeerd. Ik kan niet uitsluiten dat zorg wordt geconcentreerd. Ik kan zelfs niet uitsluiten dat één UMC voor een zeer uitzonderlijke aandoening het hele aanbod verzorgt. De NFU zal er in ieder geval altijd voor moeten zorgen dat de kwaliteit en de bereikbaarheid in balans zijn en dat financiële overwegingen niet op voorhand de doorslag geven.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik heb de minister gevraagd om bij de Nederlandse Vereniging voor Lyme patiënten na te gaan waarover zij bij het UMC in Nijmegen hebben geklaagd.

Aansluitend op de vorige discussie hoor ik graag het oordeel van de minister over de mogelijkheid dat alle acht de UMC's bepaalde zorg aanbieden, maar dat de patiënten en masse de voorkeur geven aan een en dezelfde UMC, omdat daar de behandeling het beste zou zijn. Ik weet dat het enigszins hypothetisch is, maar stel dat bijvoorbeeld Maastricht echt "top of the bill" is en daarom alle patiënten naar zich toe trekt. Maastricht zou dan een probleem kunnen krijgen en dat roept de vraag op of dan wel het capaciteitsargument mag worden gebruikt.

Minister **Klink**: Ik ben verantwoordelijk voor de bekostiging van de academische component. Ik stel mij verder op de hoogte van de spreiding van het zorgaanbod voor zeer specifieke aandoeningen. Tegen die achtergrond zal ik met de NFU beoordelen hoe die spreiding er precies uitziet uit een oogpunt van bereikbaarheid van de zorg. Ik ga echter uiteindelijk niet over de beslissing van het management, wanneer dat van een buitengewoon goed lopende afdeling die hoogwaardig staat aangeschreven desalniettemin afscheid gaat nemen, omdat de continuïteit van de zorg elders geborgd is en omdat dit binnen het raster valt dat ik zojuist heb aangegeven. Dit is dus een afweging van de instelling zelf.

Is dat verstandig? Welnu, als je zo veel adherentie hebt, zo veel aanbod en zo'n reputatie eraan ontleent in overigens het hypothetische geval dat u schetst, lijkt mij dat niet zo snel voor te komen. Bovendien zal een zorgverzekeraar al snel vragen: is dat nu wel verstandig dat ik dit niet meer bij u kan contracteren?

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik kom dan toch een beetje terug op de stelsel discussie. Het probleem is natuurlijk dat dit gebudgetteerde zorg is, dus hartstikke star, een beetje

het systeem dat de SP altijd wil, namelijk dat je niets kunt kiezen. Als het vrijer zou zijn en Maastricht die heel sterke positie heeft op dit gebied van klinische immunologie, zouden de zorgverzekeraars budget naar Maastricht brengen dat nu bij andere ziekenhuizen zit, omdat de patiënt daar kennelijk niet naartoe wil. Dit is misschien ook het onderliggende probleem: de afdeling is misschien heel goed en de aanwas van patiënten is zodanig groot dat andere ziekenhuizen misschien wel geld overhouden vanwege het feit dat de patiënten liever naar Maastricht en Groningen gaan. Hoe gaan wij dat probleem ondervangen? Zouden wij dus niet precies het tegenovergestelde moeten doen wat de heer Van Gerven wil, waarmee hij het probleem alleen maar vergroot? Zouden wij ook niet moeten kijken of er wat meer flexibiliteit mogelijk is?

Minister **Klink**: De afweging waarvan u zegt dat de zorgverzekeraar die in samenspel met het ziekenhuis zou maken op het moment dat het niet in de gebudgetteerde sfeer zou zitten, ligt nu inderdaad voor een groot deel bij mij. Ik moet nu namelijk kijken in hoeverre op basis van de spreiding en de bereikbaarheid wellicht een herschikking op onderdelen van een deel van het academische component nodig is. Het klopt dat, als dat nu niet het geval is, die herschikking in de toekomst echt wel op andere fronten nodig zal zijn.

De heer Zijlstra heeft nog een vraag gesteld over de ziekte van Lyme. Dat betreft geen topreferente zorg die dan geboden wordt; dat is echt basiszorg. Daarbij geldt ook in principiële zin dat je op het moment dat je tegen capaciteitsproblemen oploopt, aan wachtlijstbemiddeling dient te doen dan wel een wachtlijst dient te voorkomen door mensen naar andere ziekenhuizen te verwijzen.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik dien de volgende twee moties in. Daarmee wordt duidelijk wat ik nog zou willen opmerken. De eerste motie gaat over de vraag of de postcodezorg in den brede geldt of alleen voor de superspecialistische zorg.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat de keuzevrijheid van patiënten in de ziekenhuiszorg gewaarborgd dient te worden;

spreekt uit dat het weigeren van patiënten op basis van de postcode van de patiënten in strijd is met dit recht op keuzevrijheid,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door het lid Van Gerven. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 2 (32299).

Van Gerven

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat in academische centra dure specialistische zorg zoals bij weesziekten en klinische immunologie gewaarborgd dient te blijven;

spreekt uit dat de financiering van academische ziekenhuizen dusdanig hoort te zijn dat dit mogelijk blijft, ook als een academisch centrum relatief veel dure patiënten behandelt;

verzoekt de regering, het huidige financieringssysteem voor academische ziekenhuizen daarop te toetsen en eventueel aan te passen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door het lid Van Gerven. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.
Zij krijgt nr. 3 (32299).

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.



Minister **Klink**: Voorzitter. Met zijn eerste motie spreekt de heer Van Gerven uit dat het weigeren van patiënten op basis van de postcode van die patiënten in strijd is met het recht op keuzevrijheid. Ik zie deze motie als een ondersteuning van de beleidslijn die mij voor ogen staat. Ik laat het oordeel graag aan de Kamer over. Ik zie de motie als een ondersteuning van de lijn.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik was ook verrast door de tekst van de motie, omdat de minister in zijn bijdrage ongeveer letterlijk hetzelfde heeft gezegd. Ik vraag mij werkelijk af waarom deze motie nog in stemming zou moeten komen. Ik verzoek de heer Van Gerven daarom, de motie in te trekken, tenzij hij een motie wil indienen om ook eens een keer een meerderheid te hebben. De motie voegt niets toe aan wat de minister net heeft gezegd.

De heer **Van Gerven** (SP): Het gaat om een buitengewoon belangrijk onderwerp. Wij moeten dat heel scherp formuleren. Als de minister de motie overneemt en er geheel achter staat, is de motie verder overbodig. De aanleiding van de discussie was de specialistische, dure, academische zorg. De essentie van deze motie is dat er in de gehele ziekenhuiszorg geen postcodebeleid moet plaatsvinden. Als de minister dit ondersteunt, trek ik de motie in.

Minister **Klink**: Dan kunt u de motie intrekken.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik trek de motie in, want dan is het staand beleid.

De **voorzitter**: Aangezien de motie-Van Gerven (32299,

nr. 2) is ingetrokken, maakt zij geen onderwerp van beraadslaging meer uit.

De heer **Zijlstra** (VVD): Dat scheelt. Toch wil ik er nog een opmerking over maken. Zo werkt het als de minister een motie overneemt en hij in eerste instantie nog niet helder heeft ...

De **voorzitter**: Voordat dit een eigen leven gaat leiden: dat kan helemaal niet. Een amendement kun je overnemen. Een motie kun je echter niet overnemen. Je kunt het er wel volmondig mee eens zijn.

De heer **Zijlstra** (VVD): Precies, daar komen wij dus op uit. Als de minister in zijn eerste beantwoording letterlijk deze tekst uitspreekt, vind ik dat de Kamer ook de grootmoedigheid moet hebben om die motie niet in te dienen. Ik wil ik dit zeggen tegen de SP.

De **voorzitter**: Goed, het is al een leerproces dat wij de motie nu intrekken. Ik wil ook wel voorbeelden geven van andere fracties die vergelijkbaar handelen. De minister vervolgt nu zijn betoog.

Minister **Klink**: In de tweede motie wordt verzocht om het huidige financieringssysteem aan te passen. Ik heb zo-even gezegd dat wij op dit moment in overleg zijn met de UMC's en de NFU. Tegen de achtergrond van de kwaliteit van de zorg kijken wij naar de legitimering van de academische component en daarmee samenhangend naar wat ervoor geboden wordt en in welke mate van spreiding. Dit zou kunnen leiden tot een aanpassing, niet zozeer van het financieringssysteem als wel van de toedeling van de middelen die hiermee gemoeid zijn. Ik vraag de heer Van Gerven om deze motie aan te houden totdat wij de uitkomsten van die gesprekken kennen.

De heer **Van Gerven** (SP): Dan houden wij de motie aan.

De **voorzitter**: Op verzoek van de heer Van Gerven stel ik voor, zijn motie (32299, nr. 3) van de agenda af te voeren.

Daartoe wordt besloten.

De beraadslaging wordt gesloten.

De vergadering wordt van 15.28 uur tot 16.00 uur geschorst.