



Minister Kuipers wil schaalvergroting bij ziekenhuizen, maar dat is geen wondermiddel

Posted on 21 januari 2023 by Wim Groot

Ministers hebben sinds kort een gedragscode integriteit. De gedragscode moet ervoor zorgen dat bewindslieden de schijn van belangenverstrengeling vermijden. Een van de bepalingen in de gedragscode is dat ministers na hun aftreden twee jaar lang geen lobbyist mogen zijn op hun eigen beleidsterrein.

Nu mogen ministers dus geen lobbyist meer worden – althans niet meteen – maar lobbyisten mogen wel minister worden en beslissen over onderwerpen waar ze voorheen voor gelobbyd hebben. Zoals de huidige minister van VWS, Ernst Kuipers (D66).

Lobbyist Kuipers werd minister Kuipers

Tijdens de vorige kabinetsperiode lobbyde Kuipers als bestuursvoorzitter van het Erasmus MC bij het ministerie van VWS om de kinderhartchirurgie voor zijn

ziekenhuis te behouden. En met succes. Vlak voor zijn aftreden besloot toenmalig minister van VWS, Hugo de Jonge, dat de kinderhartchirurgie geconcentreerd zou worden in het Erasmus MC en het UMC Utrecht. De twee andere centra, in Groningen en Leiden, zouden daardoor de kinderhartchirurgie verliezen. Dit voorgenomen besluit leidde tot veel ophef.

De nieuwe minister van VWS, voormalig lobbyist Ernst Kuipers dus, besloot daarop de Nza te vragen om de effecten van dit besluit te onderzoeken. De Nza kwam een paar weken geleden met een rapport waaruit bleek dat deze concentratie van zorg alleen maar nadelen had.

Het zal het personeelstekort in de zorg vergroten, de kwaliteit van zorg zal er niet door verbeteren, patiënten en hun naasten moeten verder reizen en de zorgkosten zullen erdoor stijgen. De Nza adviseerde om het besluit uit te stellen en eerst een alomvattend plan te maken over de verdeling van zorg tussen de academische ziekenhuizen.

In zijn reactie op het rapport maakte minister Kuipers al direct duidelijk daar weinig voor te voelen. Naar verluidt werd over het Nza rapport binnen het ministerie nogal denigrerend gedaan. Deze week maakte Kuipers duidelijk het advies naast zich neer te leggen. Voor 1 april wil hij een definitief besluit nemen.

Wel geeft Kuipers de academische ziekenhuizen nog de gelegenheid om voor die datum zelf met een voorstel te komen in welke twee ziekenhuizen de chirurgie voor kinderen met een aangeboren hartafwijking zal worden geconcentreerd. Mochten er niet in slagen om binnen twee en halve maand met een plan te komen, dan hakt de minister zelf de knoop door en wijst hij twee academische ziekenhuizen aan.

De kans dat de zeven academische ziekenhuizen er onderling uitkomen lijkt miniem. Als de academische ziekenhuizen er niet zelf uitkomen, dan zal minister Kuipers waarschijnlijk de kinderhartchirurgie toewijzen wijzen aan zijn oude werkgever, het Erasmus MC, en aan het UMC Utrecht.

Kuipers wil ziekenhuiszorg concentreren

De twee andere centra voor kinderhartchirurgie, het UMC Groningen en het Leidse UMC kunnen namelijk – op dit moment – niet voldoen aan twee voorwaarden die de minister stelt, dat er minimaal 60 kinderhartoperaties per jaar worden gedaan en

dat naast de behandeling van kinderen ook volwassenen met aangeboren hartafwijkingen in het ziekenhuis terecht kunnen. Het UMCG voldoet nu maar net aan de eerste eis, het LUMC voldoet nu niet aan de tweede.

Erasmus MC en UMC Utrecht weten dat natuurlijk ook en zullen een gezamenlijk gedragen advies waarbij ze wellicht water bij de wijn moeten doen, traineren. Het zal voor het Erasmus MC vast een geruststelling zijn te weten dat een van hen uiteindelijk het besluit neemt.

Dat minister Kuipers nu plotseling de druk opvoert om tot een besluit te komen is opmerkelijk omdat er al dertig jaar wordt gesproken over concentratie van de kinderhartchirurgie.

Waarom nu dan de haast? Dat komt doordat minister Kuipers concentratie van zorg tot de belangrijkste speerpunt van zijn beleid heeft gemaakt. Als hij nu geen ferm besluit neemt over de concentratie van de kinderhartchirurgie, dan komt er waarschijnlijk van zijn plannen om de kankerzorg en de spoedzorg te concentreren in een beperkter aantal ziekenhuizen niets terecht.

Het conformisme in de zorgsector is groot. In het zorgakkoord zijn zorgverzekeraars, ziekenhuizen en artsen akkoord gegaan met het plan van Kuipers om de zorg meer te concentreren. Maar toen de Nza aan ze vroeg wat de effecten zullen zijn van concentratie van de kinderhartchirurgie noemden ze alleen maar nadelen. Kennelijk had geen van deze partijen de moed om dat ook tijdens de onderhandelingen over het zorgakkoord tegen minister Kuipers te zeggen.

Conformisme in de media

Veel journalisten conformeren zich ook aan de heersende opinie. De NRC schreef afgelopen dinsdag in een stuk over het besluit van Kuipers over de kinderhartchirurgie: 'Iedereen is het er (...) over eens dat de zorg gecentraliseerd moet worden'. Waar dit op gebaseerd is, is niet duidelijk. In elk geval niet op de gevolgen van concentratie die in het Nza rapport worden genoemd. Centralisatie van de zorg (alle zorg op een plek) is ook wat anders dan concentratie (meer behandelingen op een plek). De kwaliteit van de berichtgeving over de gezondheidszorg in de NRC is tegenwoordig behoorlijk onbetrouwbaar en slecht.

Minister Kuipers verdedigt de noodzaak om de zorg in een beperkter aantal

ziekenhuizen te concentreren door te wijzen op de slechte vooruitzichten van kankerpatiënten in ons land. Volgens Kuipers is de kankerzorg bij ons maar matig.

Nederland is beter met hartziekten

Het klopt dat de overlevingskansen van kankerpatiënten bij ons wat lager zijn dan in bijvoorbeeld België en Duitsland, hoewel de verschillen klein zijn. Het grootste verschil zit hem in het aantal mensen dat aan kanker overlijdt: dat is bij ons relatief hoger. Maar dat komt niet zozeer doordat de kankerzorg niet goed is, maar doordat er bij ons relatief weinig mensen aan hart- en vaatziekten overlijden. Mensen die niet overlijden aan hart- en vaatziekten sterven aan iets anders, zoals kanker.

Het ongerijmde aan Kuipers' bewering dat de kankerzorg meer geconcentreerd moet worden, is dat bij ons de zorg voor mensen met hart- en vaatziekten beter is dan elders in Europa en de overlevingskansen voor hartpatiënten vrijwel nergens zo goed zijn als hier.

Terwijl de zorg voor patiënten met hart- en vaatziekten toch net zo veel of net zo weinig geconcentreerd is als die voor kankerpatiënten. Waarom doen we het met hart- en vaatziekten zo goed en horen we met de zorg voor kankerpatiënten niet tot de top? Dat kan niet alleen aan de concentratie van zorg liggen.

Overigens wil Kuipers ook de zorg voor patiënten met hart- en vaatziekten concentreren door het aantal spoedeisende hulp posten in ziekenhuizen te verminderen. Een groot deel van de patiënten die een hartaanval of beroerte krijgen komen via de spoedeisende hulp in het ziekenhuis terecht. De vraag is waarom deze zorg nog verder te concentreren als we het al zo goed doen?

Concentratie-idee: op drijfzand gebouwd

De bewering dat de zorg beter wordt door deze te concentreren in een beperkt aantal ziekenhuizen is op drijfzand gebouwd. De meeste ziekenhuizen voldoen al lang aan de normen voor het optimale aantal behandelingen.

Het wetenschappelijk bewijs geeft niet aan dat verdere vergroting van het aantal behandelingen nog tot veel betere resultaten leidt. Vergeleken met andere landen is de concentratie van ziekenhuiszorg in ons land al heel groot. Ook dat maakt het minder waarschijnlijk dat verdere schaalvergroting de zorg verbetert.

Minister Kuipers winkelt een beetje selectief in de internationaal vergelijkende statistieken. Het ontbreekt ook aan een deugdelijke onderbouwing van de oorzaken van de wat mindere uitkomsten voor kankerpatiënten. Het gaat om meer dan alleen hoeveel operaties een kankerchirurg per jaar uitvoert.

De verschillen in zorg voor kankerpatiënten beginnen al bij de huisarts. Nederlandse huisartsen zijn veel minder geneigd om patiënten naar het ziekenhuis te verwijzen dan huisartsen in andere landen. Als patiënten met klachten komen, zegt de huisarts vaak eerst laten we het even aanzien en als de klachten niet vanzelf weggaan, doen we verder onderzoek en verwijs ik je naar de specialist.

Veel huisartsen zijn ook geneigd om bij lichamelijke klachten te vragen of deze niet een psychische of sociale achtergrond hebben. Patiënten mijden daardoor soms de huisarts omdat ze denken dat hun klachten niet serieus genomen worden. Het gevolg is dat het langer duurt voordat de diagnose kanker wordt gesteld. Dit is nadelig voor de overlevingskansen.

Er wordt hier minder doorbehandeld

Een ander verschil is dat medisch specialisten in Nederland minder lang doorgaan met behandelen. Vaak wordt aan kwaliteit van leven de voorkeur gegeven boven het toepassen van alle medisch-technische mogelijkheden. Het gevolg daarvan is dat kankerpatiënten die hier uitbehandeld zijn, soms naar België of Duitsland gaan omdat daar langer wordt doorgegaan met behandelen.

De Turkse regering heeft zelfs in het verleden in Nederland uitbehandelde patiënten met het vliegtuig naar Turkije gebracht om ze daar verder te behandelen. De grotere nadruk in Nederland op kwaliteit van leven boven het toepassen van alle medisch technische mogelijkheden, draagt er wellicht ook bij aan bij dat de overlevingskansen van kankerpatiënten in Nederland niet de hoogste van Europa zijn.

In tegenstelling tot wat minister Kuipers lijkt te denken is concentratie en schaalvergroting geen wondermiddel om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Als hij de kwaliteit van de kankerzorg wil verbeteren, moet hij verder kijken.

*Econoom **Wim Groot** is gespecialiseerd in de zorg en hoogleraar in Maastricht. Hij publiceert enkele keren per maand in Wynia's Week.*

WYNIA'S WEEK

De donateurs maken Wynia's Week mogelijk. Doet u mee? Doneren kan op verschillende manieren. Kijk [HIER](#). Hartelijk dank!