

Medisch Specialist

Magazine van de Federatie Medisch Specialisten

Maart 2026

Oncoloog Patricia
Doornaert verloor
haar dochter
**'Ik heb meegemaakt
wat hoop tot het
bittere eind betekent'**

Jij liever dan ik
**'Ik vind niet
heel veel vies,
behalve poep'**

Verdieping
**Wat merk
jij van zorg-
besteding?**

Kno-arts Babette van Esch:

**'Waar de gunfactor
groot is, wordt de
zorg beter'**

OP DE SNIJTAFEL



Zorgcontractering speelt zich grotendeels buiten het zicht van medisch specialisten af, maar bepaalt wel hoeveel zorg er geleverd kan worden, tegen welke voorwaarden en met welk budget. Feiten en cijfers over de omvang van het speelveld.

TEKST VANESSA CRUZ

32.177.621.518

euro zijn de geraamde totale zorgkosten voor medisch-specialistische zorg in 2025. Deze kosten vallen onder de Zorgverzekeringswet. Nederland gaf in 2024 ongeveer 155 miljard euro uit aan gezondheidszorg, jeugdzorg, kinderopvang en welzijn; zo'n 8.610 euro per persoon.

1.884

euro is de gemiddelde premie voor een zorgverzekering in 2026, gemiddeld 157 euro per maand. In 2025 hebben zorgverzekeraars 0,4 miljard euro van hun reserves ingezet om de jaarlijkse premiestijging te dempen.

10

grote zorgverzekeraarsconcerns overkoepelen in totaal 20 zorgverzekeraars. De 4 grootste concerns zijn Achmea, CZ, VGZ en Menzis. Samen bedienen zij ruim 84 procent van alle zorgverzekerden, Achmea heeft met 30 procent het grootste markt-aandeel.

69

ziekenhuisorganisaties telt Nederland in 2025, inclusief de umc's. Er zijn naast 113 ziekenhuislocaties (academische, algemene en kindziekenhuizen) ook 137 buitenpoliklinieken, 368 ggz-instellingen en 247 zbc's.

94

procent van de zbc's had begin 2025 de contractering rond, en 95 procent van de ggz-instellingen. Voor umc's en algemene ziekenhuizen was de contracteringsgraad 100 procent.

4.400

dbc's zijn vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Zorgverleners registreren de dbc's en ziekenhuizen declareren vervolgens bij de zorgverzekeraar. Een dbc loopt maximaal 120 dagen.

39,6

procent van de Nederlanders heeft de afgelopen 12 maanden minimaal 1 keer contact gehad met een medisch specialist. Gemiddeld had deze groep 4,6 keer contact in deze periode.

Bronnen: staatvenz.nl, vzinfn.nl, NZa, ZN, CBS



NR.1
maart
2026

6

Patricia Doornaert verloor haar dochter
'Ik kijk anders tegen samen beslissen aan'



17

Verdieping
Zorginnovatie vergt andere bekostiging



26

Pleidooi van Theo Hooghiemstra
'Bescherm data bij invoering EHDS'

EN VERDER

4 Column
Karel Hulsegroen: Voortouw

5 Highlights van de Federatie
Dit kwartaal bereikt voor medisch specialisten.

10 Portretten
Drie medisch specialisten met een 'ongemakkelijk' specialisme.

14 Nachtuilen
De nachtdienst van seh-arts Yara Basta.

16 Tien jaar later
Klinisch chemicus Rutger Hengeveld bouwt vandaag aan de zorgketen van 2035.

28 In Balans
Longarts Miranda Geelhoed heeft oog voor kunst.

32 & nu verder
3D verandert operatieve voorbereiding.



OP DE COVER

Kno-arts Babette van Esch ziet de competitieve cultuur veranderen.
Pagina 24

COLUMN VOORTOUW

Het nieuwe coalitieakkoord ligt er. Met duidelijke keuzes voor de zorg, in een context van forse bezuinigingen. Positief is dat de afspraken uit het Integraal Zorgakkoord en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord worden voortgezet. Ook de inzet op preventie krijgt steun. Maar er staat ook dat de overheid meer invloed krijgt op welke zorg wordt vergoed. Kosten-batenanalyses gaan zwaarder meewegen. Zorgverzekeraars krijgen meer sturingsmogelijkheden. En er komt wet- en regelgeving voor beroepsrichtlijnen, met een grotere rol voor het Zorginstituut.

De financiële impact is aanzienlijk: de bezuinigingen lopen op van €112 miljoen in 2029 en €198 miljoen in 2030 tot structureel €548 miljoen vanaf 2031. Daarnaast wordt via versterkte sturing door zorgverzekeraars nog eens €110 miljoen in 2030 en €190 miljoen in 2031 bespaard. Geen wonder dat veel collega's - en ik zelf ook - eerst denken: daar gaan we weer. Meer politieke druk. Meer bemoeienis met ons vak. Die reflex is begrijpelijk. Keuzes over onderzoek en behandelingen zijn gebaseerd op wetenschap en ervaring, en worden in het gesprek met de patiënt gemaakt. Daar wil je zorgvuldig mee omgaan.

Maar bij nadere beschouwing is die aandacht ook logisch. We staan voor een maatschappelijke opgave van enorme omvang. In 2024 werd ruim 30 miljard euro uitgegeven aan medisch-specialistische zorg. Een grote collectieve investering. Tegelijk zijn mensen en middelen schaars, en staan toegankelijkheid en kwaliteit onder druk. En laten we niet vergeten: met inzet van alle partijen zijn de totale zorguitgaven in Nederland al sinds 2010 relatief stabiel, rond de 11% van het bbp. Het vraagstuk over neemt wordt alleen maar urgenter. De vraag wat de zorg nog aankan, hoe we haar betaalbaar houden en hoe iedereen kan blijven rekenen op de best mogelijke zorg, raakt ons allemaal. Dat overstijgt de spreekkamer.

Juist daarom ben ik blij met de aandacht vanuit

politiek en samenleving, en vanuit onze collega-zorgorganisaties. Medisch specialisten nemen al jaren verantwoordelijkheid voor passende zorg. In de spreekkamer wegen we dagelijks met patiënten af wat daadwerkelijk meerwaarde heeft en wat niet. In richtlijnen maken we die keuzes expliciet, op basis van de nieuwste wetenschappelijke inzichten en met de input van vele andere partijen. En in het maatschappelijk debat laten we onze stem horen. Die verantwoordelijkheid voor toekomstbestendige zorg hebben we ook vastgelegd in ons visiedocument Medisch Specialist 2035.

Welke zorg we in tijden van schaarste kunnen leveren, is geen exclusief domein van de dokter. Dat gesprek hoort thuis in de samenleving als geheel. Vanuit onze expertise en verantwoordelijkheid voor goede patiëntenzorg gaan wij dat gesprek graag aan. Samen bepalen we hoe we de zorg toekomstbestendig houden - met ruimte voor professioneel oordeel én oog voor het collectieve belang.

Maar wij kunnen wél richting geven. Wij hebben een gidsfunctie. Wij weten hoe complexe medische afwegingen tot stand komen. Wij weten wat werkt in de praktijk en wat niet. Juist daarom moeten wij zichtbaar maken wat passende zorg werkelijk betekent. Niet afwachten, maar doen. Niet verdedigen, maar richting geven.

Daarom roep ik jullie op: pak die rol. Versnel waar het kan en leg vast in richtlijnen wat we wel en niet meer doen. En implementeer dit vervolgens in je eigen praktijk. Neem de omgeving mee in de keuzes die onvermijdelijk zijn in tijden van schaarste. Aan ons om het voortouw te nemen - voor de individuele patiënt én voor de houdbaarheid van het systeem als geheel.

Karel Hulsewé
Voorzitter Federatie
Medisch Specialististen



Highlights 1^e kwartaal

Bekijk het complete overzicht van wat we voor jou hebben bereikt op demedischspecialist.nl/highlights



AI Competentieset

AI vraagt om verantwoord gebruik. We ontwikkelden daarom een AI-competentieset voor aios en medisch specialisten, passend bij Europese regelgeving. De set beschrijft het basisniveau AI-geletterdheid: begrijpen, kritisch beoordelen en veilig toepassen van AI, met aandacht voor patiëntcommunicatie, samenwerking en verdere professionele ontwikkeling. Download: demedischspecialist.nl/aicompetentieset

Leidraad medische technologie

We hebben een nieuwe leidraad gepubliceerd om de inzet van medische technologie nog veiliger te maken, zonder onnodige administratieve lasten. De leidraad biedt praktische houvast bij alledaagse keuzes, zoals de introductie van nieuwe technologie of wijzigingen in bestaande hulpmiddelen. Ze maakt duidelijk wanneer een uitgebreide risicoanalyse nodig is en wie waarvoor verantwoordelijk is. Download: demedischspecialist.nl/leidraadmt



Welkom seh-artsen!

De Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) is per 1 januari 2026 officieel lid van de Federatie. Daarmee vertegenwoordigen we vanaf 1 januari 33 wetenschappelijke verenigingen en 24.000 medisch specialisten. Voorzitter Karel Hulsewé: 'Hierdoor wordt onze gezamenlijke stem richting politiek en samenleving nog krachtiger, met als doel: de best mogelijke zorg voor iedere patiënt.'

Digitale agenda 2035

Snelle ontwikkelingen in digitalisering, data en AI bieden kansen om werkdruk te verlagen en de zorg toekomstbestendig te maken. In 'De rol van de medisch specialist in het digitale tijdperk' werkt het platform Informatiebeleid van de Federatie de visie Medisch Specialist 2035 uit in een digitale agenda. Lees: demedischspecialist.nl/digitaleagenda

Registratiewijzer 2026

Per 1 januari 2026 gelden nieuwe registratieregels voor medisch specialisten. Nieuw is het meedenkadvis: advies aan de huisarts zonder ziekenhuisverwijzing en zonder eigen risico voor de patiënt. Klinisch verloskundigen kunnen zorgtrajecten openen en sluiten. In onze Registratiewijzer 2026 staan alle regels overzichtelijk op een rij. Bekijk: demedischspecialist.nl/registratiewijzer



Vraag het aan Lia

Als je via je wetenschappelijke vereniging bij de Federatie bent aangesloten of lid bent van LAD of De Jonge Specialist kun je 20 uur juridische dienstverlening krijgen. Sinds kort hebben we onze juridische dienstverlening uitgebreid met chatbot Lia. Artsen kunnen nu 24/7 snel antwoord krijgen op een juridische vraag. Denk aan vragen als: hoeveel uren mag ik maximaal werken wat zijn mijn rechten bij ziekte of uitval, waar moet ik aan denken als ik toetreed tot een msb? **Stel je vraag: chatbot. demedischspecialist.nl**

Wanneer is 'normaal' weer normaal?

We willen het eerlijke gesprek voeren over iets wat ons allemaal raakt: de lengte van de werkweek. Want structureel lange dagen en volle dienstlijsten zijn geen bewijs van toewijding, maar zetten energie, werkplezier en uiteindelijk ook patiëntveiligheid onder druk. Steeds meer collega's voelen dat het zo niet houdbaar is. Een veertigurige werkweek, inclusief diensten, sluit beter aan bij de praktijk

van vandaag én bij een toekomstbestendig vak. Voorzitter Karel Hulsewé zegt het treffend: 'Het gaat niet over óf we moeten normaliseren, maar over hóe.' Hoe ervaar jij dit? Wat werkt wel, wat niet, en wat is nodig om het samen anders te organiseren? Deel je ervaringen en ideeën. Jouw stem maakt het gesprek scherper én beter. Mail naar: voorzitter@demedischspecialist.nl





RADIOTHERAPEUT-ONCOLOOG
PATRICIA DOORNAERT



‘Ik heb meegemaakt wat hoop tot het bittere eind betekent’

Radiotherapeut-oncoloog Patricia Doornaert verloor haar dochter Amélie op zaterdag 26 april 2025 aan kanker. Haar strijd werd gekenmerkt door de wil om te leven. Dat brengt Patricia nu tot de conclusie: ‘Op het kruispunt van curatieve en palliatieve zorg kan er vanuit het multidisciplinair overleg meer ruimte zijn voor samen beslissen met de patiënt.’

TEKST FRED HERMSEN BEELD IRIS DUVEKOT

Patricia Doornaert leeft in parallelle werelden sinds haar dochter Amélie op Koningsdag 2025 op negentienjarige leeftijd overleed. In één van die werelden loopt ze rond met haar allesverterende verdriet. 'De pijn wordt niet minder, maar zal hopelijk ooit wennen', prent ze zichzelf in. Wat mensen in die andere wereld daarvan vooral merken, is dat ze bij tijd en wijle 'emotioneel door het ijs zakt'. Patricia zag jaren geleden een schilderij van Anselm Kiefer, met daarop levensgroot de tekst van een gedicht van Paul Celan wat begint met de regel Ich bin allein. 'Dat voel ik soms erg scherp, daar verandert alle aandacht en het warme medeleven niets aan, maar betekent niet dat ik eenzaam ben. Hetzelfde geldt voor mijn dochter Caroline en ex-man Erik. We zijn er voor elkaar, maar vechten wel onze eigen strijd. En tegelijk zien we alle drie dat het leven nog steeds mooi is en genieten we ervan.'

Pelgrimage

Hoewel ze nog steeds niet naar sommige muziek durft te luisteren ('Dat komt te hard binnen') geven mooie dingen wel doorlopend betekenis aan haar verdriet en gemis. Ze haalt kracht uit dichtster Lieke Marsman, die in het boek Op een andere planeet kunnen ze me redden schreef: "Van acceptatie en afwachten word je niet beter." Met die gedachte trok Patricia naar Spanje om de helende pelgrimage naar Santiago de Compostella te lopen. Vier maanden na de uitvaart pakte ze de professionele draad weer op. Ze werkt nu vier dagen per week in het Amsterdam UMC, waar ze ongeveer tegelijk met de kankerdiagnose van haar dochter was aangenomen. Amélie werd ondanks haar achttien jaren in het Prinses Máxima Centrum behandeld. 'Niets dan lof. Haar artsen gingen niet tót het gaatje, maar er doorhén.' Patricia heeft hard haar best gedaan om haar stem als oncoloog in de spreekkamer te dempen, en vertrouwde volledig op de behandelend arts. 'Mijn medische rol was beperkt tot symptoom- en pijnbestrijding bij Amélie, en dat was geen sinecure, want ze ondervond forse toxiciteit van de behandeling en ze heeft in haar laatste maanden veel pijn gehad. Daar kwam bij dat ze doodsbenuwd was voor naalden - hoewel dat gaandeweg wende - en haar karakter het hele traject nog lastiger maakte.'

Belastende studiemedicatie

De behandelend specialist heeft ongetwijfeld geweten dat Patricia de medische overwegingen feilloos kon volgen. 'Vanuit mijn kennis vroeg ik soms wel door. Ze zullen misschien weleens gedacht hebben: "Daar heb je haar weer".' Twee keer ging ze tegen het oordeel van de arts in. 'Amélie heeft in de eerste maanden naast een zware chemotherapie ook belastende studiemedicatie gekregen. Eén van de neveneffecten van die experimentele therapie was een forse beschadiging van haar slokdarm. Ze kon niet meer eten van de pijn en werd broodmager. Er werd gekozen voor een neusmaagsonde, maar dat trok Amélie mentaal niet. Ik opperde toen om een PEG-sonde in de maag aan te brengen. Heel ongebruikelijk bij kinderen, en potentieel riskant. Maar we hadden mijns inziens geen alternatief; ik heb de PEG-sonde toen afgedwongen.'

Sterker en mobieler

Na korte tijd ontstonden er echter complicaties ter plaatse van de insteekopening, wat zelden voorkomt. Iedere beweging veroorzaakte ook een pijnkramp. 'Tegelijkertijd merkte ik dat ze weer iets beter ging eten.' Weer gooide Patricia haar overtuigingskracht in de strijd, dit keer om de sonde te laten verwijderen. "Goed dan, maar op eigen risico", stemde de behandelend arts in. Patricia: 'Godzijdank en wonderlijk genoeg bleef mijn dochter ook na de verwijdering van de sonde steeds beter eten, en kwam de slokdarmontsteking niet meer terug. Amélie werd weer sterker en mobieler.' Dat is ze tot een ruime maand voor haar einde gebleven. 'In de palliatieve fase, tussen twee chemokuren in, zijn we zelfs nog met de Eurostar naar Londen geweest met z'n drieën. Dat was natuurlijk loodzwaar en ook spannend, maar het geeft maar aan hoe ze hechtte aan het leven, tot de laatste maand aan toe, ondanks alle aftakeling en pijn. Ze trakteerde ons de laatste dag op oesters in het restaurant van het poepsjieke St. Pancras hotel.' Patricia was toen al enige tijd gestopt met werken om 24/7 voor haar dochter te kunnen zorgen. 'Zelfs toen nog, op de rustige plateau momenten, zaten we samen te lachen om The Office. Amélie vanuit haar ziekenhuisbed in de woonkamer, met haar jonge katertje Walter - vernoemd naar de hoofdpersonage van de tv-serie Breaking Bad - aan haar voeteneinde. Ze bleef kiezen voor het leven.'

Goed onderzoeken

Zelfs vlak voor haar einde, toen de transfusies al gestopt waren en ze al dagen niet had gegeten, en door de pijn aan bed gebonden was, reageerde ze - in een van de heldere momenten tussen het slapen door - op een slechte uitslag van bloedonderzoek: "Dat moeten ze wel goed onderzoeken, mama." In haar laatste nacht was ze zo oncomfortabel dat Amélie palliatieve sedatie heeft gekregen. 'Ik heb nog teksten voorgelezen die vrienden voor haar hadden geschreven, ik hoop dat ze dat nog meegekregen heeft.'

De behandeling was in mei 2024 begonnen met twintig procent slagingskans en bracht het gezin op het dunne koord



tussen hoop en vrees. Twee maanden na de start van de behandeling gaf een scan aan dat Amélie macroscopisch schoon was. Drie maanden later werden weer vlekjes waargenomen op longen en botten. 'Hoewel we te horen kregen dat we dat moesten relativeren, gingen tegelijkertijd bij Amélie en bij mij de alarmbellen af. We vertelden dat niet tegen elkaar. Voor dat mechanisme bestaat een naam: wederzijdse bescherming. Later hebben we het daar gelukkig over kunnen hebben, en deelden we alles.' Eind januari 2025, drie weken na de het beëindigen van de chemotherapie, bleek het lichaam alweer vol uitzaaiingen te zitten. 'Het enige dat ons toen nog restte, was palliatieve chemo, gecombineerd met pijnstillende bestraling.'

Ik wil leven

Heeft Amélie nooit gedacht of gezegd: trek de stekker er maar uit? 'Nooit. Integendeel. Ze zei me weleens: "Als je dood bent is dat voor altijd." Iedere keer weer koos ze voor het leven. Ook toen de experimentele therapie voor forse klachten zorgde, riep ze eens uit: "Fuck it. Ik neem die bijwerkingen er ook nog wel bij. Ik wil leven." Het is een van de momenten waarop het gesprek stilvalt. 'Weet je', zegt Patricia. 'Dat is misschien het enige waar ik nu wat rust in kan vinden. Kwaliteit van leven was voor haar minder belangrijk dan de wil om te leven. Ze heeft haar lot nooit geaccepteerd, en dat is pijnlijk. Maar zoals Lieke Marsman zo treffend zegt: doodgaan met hoop, hoe vergezocht en onrealistisch ook, is nog altijd beter dan hopeloze berusting.'

Gegund of ontnomen

Op de vraag of ze ook anders tegen haar werk als oncoloog is gaan aankijken, zegt ze: 'Ja. Kleine-kansen-geneeskunde is

geen issue in de kinderoncologie. Het is keihard voor het leven gaan. Dat is anders in de volwassenen oncologie. In mdo's worden patiënten soms kansen gegund of ontnomen zonder de uiteindelijke keuze mede te bespreken met de patiënt. In het geval van - jongere - mensen met een matige prognose die leidt tot de kruising tussen curatieve en palliatieve zorg, kunnen we nadrukkelijker kiezen voor samen beslissen over de best passende vorm van zorg.'

Nieuwe uitdrukking

Patricia heeft het gevoel dat dit nu niet iedereen met een kleine overlevingskans is gegund. 'Waarom moet het mdo het eindpunt van de besluitvorming zijn?' In het hoofdhalsh-mdo van het UMC Utrecht, waaraan Patricia tot twee jaar geleden deelnam, wordt sinds enige tijd een nieuwe uitdrukking gebruikt: behandelen naar draagkracht. 'Een prachtige term vind ik dat. Want wát die draagkracht precies is, daar kun je alleen samen met je patiënt achter komen.' En nee, denkt ze, dat hoeft niet tot meer zorgkosten te leiden. 'Want door de tijd te nemen met de patiënt, en alle voors en tegens van de beide trajecten te bespreken, kan je samen een afgewogen en passende beslissing maken. Bij bepaalde patiënten zal er bij aanvang gekozen worden voor het palliatieve traject. En bij andere patiënten zal je op andere momenten minder lang doorbehandelen, bijvoorbeeld bij ouderen die je met veel pijn en moeite nog een paar maanden extra tijd geeft, zonder kwaliteit van leven. Ik weet het, dit zijn de lastigste dilemma's in ons vak, maar ik heb van dichtbij mee-gemaakt dat de keuze voor leven cruciaal kan zijn, wat hoop tot het bittere eind betekent.'

'Kwaliteit van leven
was voor haar minder
belangrijk dan de
wil om te leven'



Ruud Schrauwen,
maag-darm-leverarts

'Ik vind niet zo heel veel vies, behalve poep'

'De eerste spreekbeurt van mijn dochter ging over poep. Mijn kinderen noemden me toen nog poepdokter, maar ondertussen weten ze wel beter. Het zegt wel iets over het aanzien van ons vak, maar toch vertel ik er rustig alles over en met veel enthousiasme: van de puzzel maken op de poli, de diagnose, het behandelplan tot het in de maag, galwegen en darm kijken. Er bestaan genoeg vooroordelen over gal, poep en kots, maar de darmen die ik onderzoek, zijn goed voorbereid dus die zijn prachtig schoon. Soms krijg ik kokhalsneigingen als een darm niet goed voorbereid is op een endoscopie. Ik vind niet zo heel veel vies, behalve poep. Maar elk specialisme kampt daar denk ik wel eens mee: een dermatoloog ziet wel eens een smerige wond, een chirurg snijdt wel eens een vies abces open en een huisarts komt soms in een vervuild huis.

De meeste collega's om me heen kiezen voor een combinatie van praktisch en beschouwend werken. Ik koos ooit voor dit vak omdat ik de maag-darm-leverarts een prettig type mens vind: no-nonsense, praktisch, vriendelijk, weinig autoritair. En met technologische innovaties en gepaste zorg lopen we vaak voorop. Je kunt nog alle kanten op als mdl-arts. Ik koos ook voor de combinatie praktisch en beschouwend. Ik zie vooral uitdagingen in een goed gesprek met oncologische/palliatieve patiënten, maar ook in het verwijderen van grote darmpoliepen. Patiënten kijken vaak als een berg op tegen een scopisch onderzoek. Dat blijkt achteraf vaak totaal niet nodig. Misschien helpt het dat we graag praten vanuit empathie en gelijkwaardigheid. Patiënten vinden het vaak eng en gênant om over het onderzoekstraject te praten – om met de billen bloot te gaan. Als professional zien we hun achterste niet eens. Wij onderzoeken de binnenkant van darmen. Dat het ons best goed lukt om patiënten op hun gemak te stellen, werd me duidelijk toen ik als auditor voor het Bevolkingsonderzoek darmkanker endoscopiecentra bezocht. Daar lagen de scores voor patiëntenervaring tussen de 8 en de 9. In ons vak – net als in bijvoorbeeld de gynaecologie – laat je met begrip taboes en misvattingen als sneeuw voor de zon verdwijnen.'

Ongemakkelijke specialismen

'Jij liever dan ik', krijgen deze drie medisch specialisten nogal eens te horen. Ons vak is omgeven door vooroordelen, vinden ze. Ze zien best de ongemakkelijke kanten van hun richting, maar kent niet ieder specialisme die? Ze zouden hun keuze zo weer opnieuw maken. Over de schoonheid van pathologie, jeugdpsychiatrie en maag-, darm- en leverziekten.

TEKST HEDDA SCHUT BEELD LARS VAN DEN BRINK





Lisa Vermij,
aios pathologie

'Elke casus is voor mij weer een nieuwe puzzel'

'Hardnekkig vooroordeel is dat pathologen stille dokters zijn die alleen maar lijkschouwingen verrichten en onderzoek doen in verscholen ziekenhuiskelders. Mijn laatste obductie is alweer anderhalf jaar geleden. En waar de oudere garde pathologen hier in het LUMC jaarlijks vijfhonderd obducties uitvoerden, worden nu nog maar zeventig obducties per jaar gedaan. Ik begrijp wel dat behalve de chirurgen, oncologen, radiotherapeuten en radiologen met wie we nauw samenwerken, het gros van de collega-specialisten niet goed weet wat ons vak inhoudt. In het curriculum geneeskunde is er veel te weinig aandacht voor de

pathologie, terwijl ziekteleer feitelijk de hoeksteen is van het hele vak. Zwaartepunt van ons werk ligt in het onderzoeken van weefsel uit biopten en operaties, bij de levende patiënt. Dat vind ik enorm interessant; elke casus is voor mij weer een nieuwe puzzel. Onder de microscoop en met ingescande beelden - we doen daarbij steeds meer met AI - stellen we een diagnose, inclusief voorspellingen hoe agressief bijvoorbeeld de tumor zich zal gaan gedragen en hoe gevoelig deze is voor behandeling. Dat maakt ons werk belangrijk voor het begin van behandelprocessen, waardoor dokters veel beter op maat

kunnen werken voor hun patiënten. Ik word enthousiast van de biologie en het begrijpen van een ziekte, de diagnostiek, het multidisciplinair overleg en onderwijs geven. Op afstand van patiënten dus. Ik vind het uitdagend om op complex niveau te denken en te communiceren met directe collega's. Naar patiënten moet je een inhoudelijke vertaalslag maken en tijdens een poli word je vaak geleefd - de volgende patiënt wacht al. Ik kan mijn tijd veel meer zelf indelen. Bij een casus heb ik meer tijd om het goed uit te zoeken, en je kunt daarvan bovendien makkelijker weglopen dan bij een patiënt.'



Ramón Lindauer,
kinder- en jeugdpsychiater

'Nooit laat ik de hoop varen dat het hen beter kan gaan'

'Als ik vertel dat ik met kinderen werk die te maken hebben met huiselijk geweld, seksueel misbruik of ernstig online pesten, roept dat vaak heftige reacties op. Dat zij dit meemaken, is voor anderen meestal onvoorstelbaar en vaak geeft het een gevoel van machteloosheid. Waar in de algemene kinderspsychiatrie naast behandelen ook wordt gelet op aanwezigheid van trauma, staat hier bij Levvel ingewikkelde traumaproblematiek centraal; er is vaak al een hele behandelgeschiedenis. Ons multidisciplinaire team - we werken met psychologen, systeemtherapeuten en vaktherapeuten - is dan ook gespecialiseerd in de diagnostiek van traumaproblemen en de behandeling daarvan. Ik vind het heel interessant met kinderen te kunnen werken omdat zij zich zo snel kunnen ontwikkelen. In dit specialistische werk met zwaar getraumatiseerde kinderen ligt mijn echte passie. De meeste trauma's bij volwassenen ontstaan in hun jeugd. Ik koos voor deze specialisatie omdat je bij kinderen en jongeren kunt helpen problemen op latere leeftijd te voorkomen.

Je krijgt kinderen niet zomaar mee in therapie. Er zijn traumatriggers die hen doen denken aan de traumatische herinnering met veel emoties tot gevolg. Die herinnering willen ze daarom graag vermijden. Je wilt graag dat ze daarover gaan praten, omdat we weten dat dat helpend is. Het mooiste is goed contact maken met hen, hun ouders er - systemisch - bij betrekken, zorgvuldig formuleren wat er aan de hand is en dan met elkaar op één lijn komen. Kinderen kunnen binnen enkele maanden al enorm groeien en opknappen, zeker als hun ouders erin meegaan en emotioneel beschikbaar voor hen worden. Je ziet dan grote verbetering als zij weer kunnen doorslapen, rustiger worden, met andere kinderen spelen en weer naar school gaan. Nooit laat ik de hoop varen dat het hen beter kan gaan; altijd zoek ik wegen om hen beter te laten functioneren.

Ik neem problemen niet mee naar huis. Machteloos voel ik me door mijn kennis van zaken evenmin. Omdat ik beschouwend werk, ben ik mijn eigen instrument. Ik merk in mijn eigen lijf wat er gebeurt. Is er onrust, dan voel ik die ook. Daarom vind ik intervisie met collega's heel prettig - daarmee bieden we elkaar herkenning en ondersteuning. Het kan waardevol zijn onze intervisiestructuur ook in de somatiek toe te passen.'

NACHTUILEN



Zondagnacht op de gloednieuwe spoedeisende hulp van het Flevoziekenhuis in Almere. Het is rustig, al is dat meestal niet zo. Afgelopen donderdag was het zó druk dat er eigenlijk stapelbedden nodig waren, vertelt het nachtteam van dienst. Toch weten vanavond enkele patiënten de weg te vinden. De seh is net twee weken in gebruik, met veel tevredenheid van het personeel. Patiënten hebben met een eigen kamer meer privacy. Daarnaast zijn er speciale kamers voor kinderen en gipsbehandelingen. Dit is een groot verschil met de oude seh, waar vier mensen samen op één kamer lagen. De nieuwe seh brengt rust en overzicht voor de artsen en verpleegkundigen die er werken. Zelfs als alle kamers in gebruik zijn.

Seh-arts Yara Basta beweegt zich soepel tussen de patiënten. Ze complimenteert een vrouw met een gebroken pols omdat ze niet schreeuwde of vloekte toen de pols werd rechtgezet. Even later staat ze bij een andere patiënte, ernstig benauwd. Ze vraagt of de vrouw bereid is te stoppen met roken. Geëmotioneerd legt de vrouw uit dat dit vanwege persoonlijke omstandigheden niet gaat. Yara luistert, stelt vragen, en

maakt een echo van haar hart en longen. Tussendoor neemt ze de telefoon op om te adviseren over de behandeling van een andere patiënt. Handelingen en gesprekken lopen moeiteloos in elkaar over. Er is tijd voor een praatje, grapje, een korte adempauze. Eén van de medewerkers rijdt een rondje over de afdeling in de scootmobiel van een patiënt, onder luid gelach van staf én de patiënt. Rond half twee 's nachts verschijnen er pizza's en verzamelt het nachtteam zich rond de dozen. Ondertussen worden patiënten overgeplaatst naar andere afdelingen en plekken buiten het ziekenhuis. Dit kan lastig zijn, maar vandaag loopt dit goed.



Rutger Hengeveld (38) klinisch chemicus in Isala te Zwolle

10 jaar verder

In 2035 zie ik een optimaal verweven zorgketen, waarin laboratoriumdiagnostiek over alle lijnen optimaal en doelmatig wordt ingezet. Ik droom van een landelijk epd waarin laboratoriumuitslagen beschikbaar zijn voor alle zorgverleners, en een patiëntvriendelijke zorgapp waarin dossiers samenkomen. Zo krijgt de patiënt meer grip op zijn of haar gezondheid. Bij dit alles zet ik mij energiek in voor samenwerking binnen én buiten Isala, vanuit mijn sterke verantwoordelijkheidsgevoel en maatschappelijke betrokkenheid. Het specialisme klinische chemie verandert momenteel in hoog tempo. Dat is niet nieuw: in de afgelopen decennia zijn laboratoria sterk geautomatiseerd en gedigitaliseerd. Voorbewerking en analyses in de 24/7-laboratoria, ooit puur handwerk, verlopen nu volledig automatisch. Onlangs heeft Isala een nieuw laboratorium in gebruik genomen, waarmee we de komende tien jaar de eerste- en tweedelijnszorg optimaal kunnen bedienen. Ik geloof sterk in transmurale diagnostiek, waarbij het laboratorium een centrale poortwachtersrol vervult in verschillende zorgketens.

Innovaties als snellere dataverwerking met inzet van AI, bloedafnames door robots, toegankelijke zelfafname-mogelijkheden, wearables en verdere doorontwikkeling van hoogwaardige diagnostiek zullen de komende jaren veel impact hebben. Hoe vertalen we deze ontwikkelingen naar toekomstbestendige en toegankelijke laboratoriumzorg? Deze vraag is de basis voor ons beleid de komende jaren. We zijn inmiddels ver gevorderd met diagnostische algoritmen en dataverwerking. Hierdoor kunnen laboratoriumuitslagen sneller en nauwkeuriger bijdragen aan de juiste diagnose. Technologie blijft een hoofdrol spelen in de klinische chemie, nu en in de toekomst. Binnen Isala zetten we onder andere in op doorontwikkeling van het 24/7-laboratorium, hemato-oncologische diagnostiek, DNA-diagnostiek, neonatale hielprikscreening en point-of-care testing (medisch onderzoek uitgevoerd direct bij of nabij de patiënt, red.). Daarnaast werken de klinisch chemici binnen Isala over de grenzen van specialismen en domeinen heen, bijvoorbeeld binnen de endocrinologie (functietesten) en de uitvoering van plasma en stamcel(a)fereses. Samen komen we het verst. Ik haal veel energie uit de samenwerking met collega medisch specialisten en huisartsen.'

'Ik geloof sterk in transmurale diagnostiek'

Zorginnovatie vergt andere bekostiging

Medisch specialisten staan doorgaans niet in de rij om zich te verdiepen in de wondere wereld van de zorgfinanciering en -bekostiging, waar ze toch maar weinig invloed op hebben. Maar wat het ziekenhuis afspreekt met de zorgverzekeraars, raakt hun werk wel. We nemen een kijkje achter de schermen, en zien: de bekostigingssystematiek zit zorginnovatie in de weg.

TEKST FRED HERMSEN
BEELD ISTOCK

‘De winstmarges die nodig zijn om te kunnen investeren zijn minimaal’



nderhandelen over de financiering en bekostiging van medische zorg is van alle tijden, ook al hebben we weleens het idee dat de markt pas een rol speelt sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006. Xander Koolman, gezondheidseconoom en als hoogleraar verbonden aan de Vrije Universiteit Amsterdam, schetst in vogelvlucht

hoe het Nederlandse systeem is ontstaan: ‘Anders dan in Scandinavische landen, het Verenigd Koninkrijk, Italië en Spanje kennen we hier geen sterke overheidsinmenging. Ons stelsel wordt van oudsher vooral gekenmerkt door private initiatieven. Privaat is hier als het ware de norm, en de systemen die we eromheen hebben georganiseerd dienen om de commerciële belangen in te kaderen en in overeenstemming te brengen met maatschappelijke belangen.’

Kwakzalverij

Medici in de Lage Landen waren ondernemers, en daarbij mocht iedereen zich tot 1865 arts noemen. ‘Bestrijding van kwakzalverij was dan ook het doel van ons eerste zorgstelsel’, stelt de hoogleraar. En om medische zorg ook voor de armere bevolkingsgroepen betaalbaar te houden, werden vanaf het midden van de achttiende eeuw onderlinge fondsen opgericht. Het voor iedereen verplichte ziekenfonds kennen we pas sinds 1941. ‘De ziekenfondsen die toen verantwoordelijk werden voor de betaling van de zorg bleken in de praktijk nauwelijks in staat om tegenspel te bieden aan ziekenhuizen en andere spelers in het veld’, zegt Koolman. ‘In de praktijk moest daarom vaak ingegrepen worden op politiek niveau. Politici wilden daarvan af. En toen de wachtlijsten en kosten uit de hand liepen in de jaren negentig, was dat de druppel die de emmer deed overlopen.’

Tegengas

De invoering van de Zorgverzekeringswet door minister Hans Hoogervorst in 2006 creëerde marktwerking met een beter speelveld voor zorgverzekeraars, zodat ze krachtiger tegengas konden geven aan private aanbieders. En iedereen is sindsdien verplicht een basisverzekering af te sluiten. Een belangrijke

aanpassing op dat stelsel werd door minister Edith Schippers ingevoerd in 2012. ‘Zij gaf medisch specialisten formeel een stem in de zorgonderhandelingen, met de invoering van het hoofdlijnenakkoord. Ook reguleerde ze de marktwerking door de groei van zelfstandige behandelcentra in te perken.’ Koolman ziet dat het systeem sindsdien behoorlijk goed heeft gewerkt: ‘De groei van de zorgkosten heeft zo’n beetje gelijke tred gehouden met de groei van het nationaal inkomen.’

Financieel kader

Maar zonder kleerscheuren zijn de ziekenhuizen er niet vanaf gekomen, en de voorspelling luidt dat de groei van de zorg groter zal worden dan die van het nationaal inkomen. Katrien Hendriks is directeur van De Academie voor medisch specialisten, het opleidingsinstituut van de Federatie Medisch Specialisten, en geeft trainingen in het land op het terrein van zorgorganisatie en -financiering. Zij zegt: ‘Om dit groeiende verschil te voorkomen, kennen we hoofdlijnenakkoorden met afspraken over het beheersen van de zorgvraag en een financieel kader. Het zorgveld krijgt hierdoor vooraf te horen: dit mag worden uitgegeven. De zorgverzekeraars, die deels als merken vallen onder tien grote verzekeringsconcerns, vertalen dat in plannen om de zorg te financieren.’ Uitgangspunt daarbij is ‘we geven niet meer uit dan er is; op is op.’ Met ziekenhuizen worden vervolgens contracten gesloten. ‘Dat gebeurt in theorie op drie manieren’, zegt Hendriks. ‘Het ene uiterste is: ga zorg leveren met een open einde, het andere uiterste luidt: we spreken een aanneemsom af en je levert daarvoor alle zorg die op je afkomt. Tussen deze twee polen in moet je denken aan een zogeheten omzetplafond. Hierbij wordt een maximum omzet afgesproken; ziekenhuizen krijgen boven dit maximumbedrag geen vergoeding van de zorgverzekeraar voor geleverde zorg.’

Anneemsom of plafond

Zorgverzekeraars spreken in de praktijk ofwel een omzetplafond af met een ziekenhuis, of een aanneemsom. Waar wordt gekozen voor een omzetplafond, is sprake van een vooraf afgesproken maximum dat een ziekenhuis kan declareren bij de zorgverzekeraar. Bij een aanneemsom is sprake van een gegarandeerde omzet. Beide vormen helpen om het landelijke macrokader niet te overschrijden. In de praktijk worden in de



Xander Koolman

is hoogleraar Gezondheids-economie van de Vrije Universiteit Amsterdam. In 2006 promoveerde hij in de Gezondheidseconomie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Hij is een sleutel-figuur in de Nederlandse institutionele economie en toegepaste gezondheids-econometrie/biostatistiek.



Katrien Hendriks

is directeur van De Academie voor medisch specialisten. In 2001 voltooide ze haar studie Management of Technology. Hierna werkte ze bij ziekenhuis Gelderse Vallei, Korps Landelijke Politiediensten en tussen 2010 en 2023 als senioradviseur bij de Federatie Medisch Specialisten.

contracten tussen de verschillende zorgverzekeraars en het ziekenhuis vooral omzetplafonds overeengekomen. Hendriks ziet in de praktijk dat ziekenhuizen aan het eind van het jaar hun best doen om met hun productie zo dicht mogelijk in de buurt te komen van de overeengekomen plafonds. ‘Minder zorg leveren zal er ertoe leiden dat het ziekenhuis zijn vaste kosten niet kan afdekken. Daarnaast bestaat dan het risico dat de zorgverzekeraar bij volgende contractonderhandelingen een lager omzetplafond wil afspreken.’ Het komt voor dat zorgprofessionals daarom de aansporing van het ziekenhuis krijgen in de laatste maanden hun productie te verhogen. Maar meer dan de afgesproken zorg leveren en declareren is ook weer nadelig voor het ziekenhuis. Er worden dan immers extra kosten gemaakt zonder dat daar omzet tegenover staat. ‘In deze situatie kan het gebeuren dat het ziekenhuis patiënten in de wacht zet tot het volgende jaar. Terwijl soortgelijke patiënten bij een andere verzekeraar mét ruimte in het plafond wel direct behandeld kunnen worden.’ Hendriks neemt waar dat deze ongelijkheid voor patiënten tot onbegrip kan leiden bij medisch specialisten.

TIJDLIJN ZORGCONTRACTERING

FASE 1

(JANUARI-JULI)

De kaders voor het jaar worden bepaald



ZORGVERZEKERAARS

Analyseren het afgelopen jaar, inclusief een onderzoek naar de overstappers. Ze maken prognoses voor het komende jaar en publiceren uiterlijk 1 april hun zorginkoopbeleid.

ZIEKENHUIZEN

Raad van bestuur en afdeling zorgverkoop evalueren productie, budget en knelpunten. Ze bepalen wat met beschikbare capaciteit haalbaar is, maken strategische keuzes en formuleren hun inzet richting verzekeraars.

MEDISCH SPECIALISTEN

Leveren – meestal via vakgroepen of msb – inhoudelijke input over de verwachte zorgvraag, medische en organisatorische haalbaarheid en risico's voor kwaliteit en toegankelijkheid.

Spiraal

Net als Koolman is ze van mening dat sinds 2012 de zorgkosten redelijk in de hand gehouden zijn. 'De overheid streeft naar kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. Die belangen leveren onderling natuurlijk spanning op, want kwaliteit en toegankelijkheid kosten bij een toenemende zorgvraag steeds meer geld. Toch doen we het internationaal erg goed. Onze toegankelijkheid behoort wereldwijd tot de top, op kwaliteit scoren we bovengemiddeld, alleen op betaalbaarheid zijn we ondergemiddeld.' En dat is al met al een hele prestatie, want ziekenhuizen zijn bij gelijkblijvende budgetten steeds meer patiënten gaan behandelen. 'De winstmarges die nodig zijn om te kunnen investeren zijn daardoor wel minimaal', legt Hendriks uit. 'Niet meer dan 1 procent, terwijl de meeste ziekenhuizen op 0 procent uitkomen. Tegelijkertijd wordt wel verwacht dat ze locaties vernieuwen of uitbreiden, dat ze meegaan met dure medische innovaties en dat ze anders organiseren om efficiënter te kunnen werken. En als die ziekenhuizen dan aankloppen bij banken, moeten die hoge rentes rekenen en scherpe randvoorwaarden stellen aan de leningen, omdat er naar hun normen te weinig financiële zekerheden zijn. Zo ontstaat een spiraal omlaag.' Ze schetst de nadelige gevolgen hiervan: 'Aangezien ziekenhuizen vaak ook een belangrijke economische en sociale functie hebben in een regio, bijvoorbeeld als werkgever, is het begrijpelijk dat raden van bestuur risicomijdend investeren, terwijl er juist zorgvernieuwing nodig is om de toenemende zorgvraag aan te kunnen. Een typische catch-22.'

Miljarden

Toch begrijpt Hendriks dat zorgverzekeraars druk op de ketel houden. 'Zij staan voor de opdracht om voldoende zorg in te kopen voor hun verzekerden, maar worden tegelijkertijd door de politiek verantwoordelijk gehouden voor kostenbeheersing in de zorg. Dat is spannend.' En de kritiek dat ze te rijk zouden zijn terwijl ziekenhuizen in zwaar weer verkeren? 'Die moet een beetje genuanceerd worden. Het gaat weliswaar om miljarden aan reserves bij zorgverzekeraars, maar die zijn ze verplicht aan te houden om het in tijden van crisis een paar maanden te kunnen uithouden.' Ze beschouwt de zorgfinanciering in breder perspectief: 'Met 120 miljard zorgkosten hebben we het over een kwart van de totale rijksbegroting. 32 miljard daarvan wordt

'Er zal meer passende zorg geleverd moeten worden om de kosten te kunnen verlagen'

besteed aan medisch-specialistische zorg. Dat verklaart de politieke aandacht voor bezuinigingen in onze sector wel.'

Zorgkloof

Xander Koolman vult aan: 'Het is een maatschappelijke keuze om meer te willen investeren in Defensie. Recente coalities zijn niet bereid geweest om het benodigde extra geld daarvoor via belastingen bij burgers, en zeker niet bij bedrijven weg te halen. Dan blijven twee andere grote velden over waar je geld kunt vinden: zorg en sociale lasten. De sociale lasten bestaan voor een groot deel uit AOW, een kostenpost die gezien de vergrijzing toeneemt en niet makkelijk kan worden verlaagd, hooguit gefiscaliseerd. Als je het extra benodigde geld niet haalt uit de koopkracht of sociale lasten, blijft de zorg over. En daar kan aan efficiency gewonnen worden, is het idee. En hoewel de huidige coalitie wel van plan lijkt om aan de belastingen en het sociale stelsel te sleutelen, blijven de pijlen nadrukkelijk op de zorgsector gericht. Dat medisch specialisten het daarmee niet eens zijn, is terecht. Ze zien de zorgkloof toenemen. Maar linksom of rechtsom is het wel de dominante agenda, en zal er naar mijn mening door ziekenhuizen en dus ook medisch specialisten meer passende zorg geleverd moeten worden om de kosten te kunnen verlagen.' Koolman ziet dat zorgverzekeraars daarbij bereid zijn mee te denken over nieuwe oplossingen: 'Neem methodieken als shared savings, en bundled payments voor bijvoorbeeld Parkinson en COPD. Daarbij wordt een vastgesteld bedrag naar rato verdeeld over verschillende zorgpartners in de eerste en tweede lijn. Dat is nieuw.'

Werkplezier

Meta Krassenburg is als manager van de afdeling Klant en Markt verantwoordelijk voor de zorgcontractering in het HagaZieken-

huis. Zij beschrijft hoe het ziekenhuis op allerlei fronten werkt aan een andere, betere organisatie van de zorg. 'Als topklinisch ziekenhuis hebben we naast de reguliere planbare, acute en chronische zorg, ook specifieke inhoudelijke speerpunten. Dat zijn ons Hartcentrum, het Juliana Kinderziekenhuis, longoncologie en hemato-oncologie. Al die soorten zorg vragen - met het oog op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid - om andere manieren van organiseren. De juiste zorg op de juiste plek vergroot ook het werkplezier van de artsen, laten we dat niet vergeten.' Voor de planbare zorg is HagaDirect opgezet, een kliniek binnen de muren van het ziekenhuis waar patiënten met veertig veelvoorkomende aandoeningen terecht kunnen voor snelle en persoonlijke zorg. 'En voor chronische zorg kijken we waar zorg op afstand mogelijk is. Artsen krijgen daarbij de vraag om goed gebruik te maken van bijvoorbeeld online consulten, zelfmonitoring en een intensievere samenwerking met de eerste lijn. Op al deze vlakken denken wij vanuit de zorgverkoop mee.'

Dure pilots

Ze merkt op dat zorgverzekeraars slimmer en doelmatiger werken verwachten, maar ziet ook dat de bekostigingssystematiek daar lang niet altijd op aansluit. 'Simpel gezegd: de bestaande dbc's weerspiegelen ofwel de vakinhoud niet meer of het is onduidelijk in welke situatie welke partij een dbc kan indienen in nieuwe samenwerkingsvormen.' Krassenburg werkte vroeger bij een verzekeringsmaatschappij, en kent daardoor de overwegingen van zorgverzekeraars. 'In alle Nederlandse ziekenhuizen ontstaat op dit moment innovatie. De vraag is dan voor de verzekeraar: welk initiatief heeft kans van slagen voor de volle breedte van het zorgveld? Je wilt tenslotte voorkomen dat er honderden kleine en relatief dure pilots ontstaan zonder veel samenhang. Het is belangrijk dat artsen dat begrijpen zodat ze met een overtuigend voorstel kunnen komen, en effectieve samenwerking met andere zorgpartners kunnen vormgeven. Ik help hen daarbij.'

Camel nose

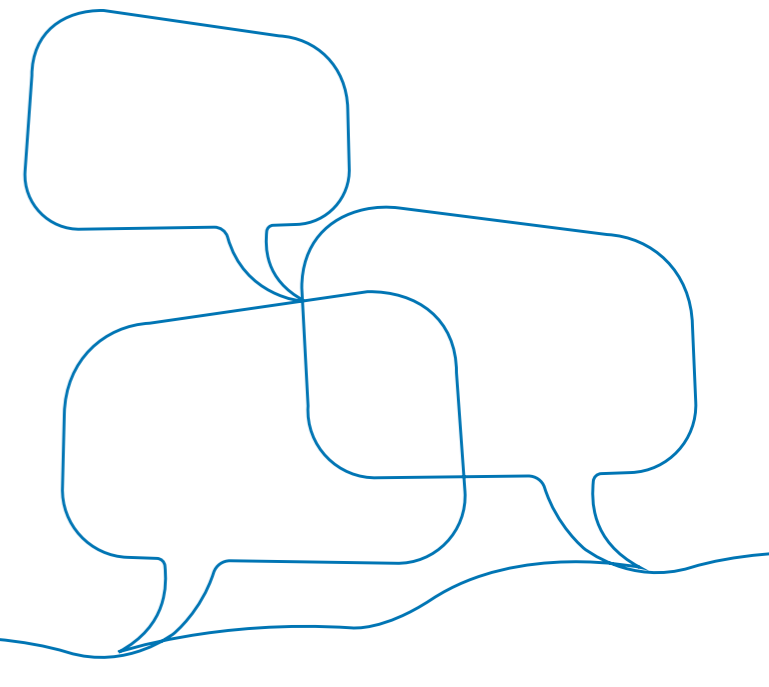
Ook Xander Koolman begrijpt de selectieve houding van zorgverzekeraars: 'De zorg is als zelfrijzend bakmeel. Als ergens een kansrijk experiment wordt gefinancierd, zie je al snel dat artsen in hun enthousiasme denken: "Als het voor deze groep patiënten



Meta Krassenburg
is domeinmanager Klant en Markt van HagaZiekenhuis. Ze studeerde in 1998 af aan de Erasmus Universiteit in Beleid en Management Gezondheidszorg. Hierna werkte ze onder meer bij zorgverzekeraar DSW en Parnassia-groep.



Paul de Laat
is kinderarts en directeur Keten en Capaciteit Franciscus. Hij promoveerde in 2019 in de mitochondriële geneeskunde aan Radboudumc. Sinds 2022 is hij voorzitter van de beroepsbelangencommissie van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde.



TIJDLIJN ZORGCONTRACTERING

FASE 2

(AUGUSTUS-NOVEMBER)
Onderhandelen over passende afspraken binnen de vastgestelde landelijke kaders



ZORGVERZEKERAARS

Onderhandelen afzonderlijk met ziekenhuizen over volume, budget en voorwaarden. Ze bewaken de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg.

ZIEKENHUIZEN

Afdeling zorgverkoop voert onderhandelingen met zorgverzekeraars. Doel: concrete en medisch verantwoordelijke afspraken die passen bij zorgprofiel, capaciteit en financiële risico's.

MEDISCH SPECIALISTEN

Geven desgevraagd toelichting over zorgvraagstukken, dilemma's en kwaliteit van zorg. Signaleren mogelijke risico's voor toegankelijkheid.

‘Financiële drive zit in het systeem, en treft uiteindelijk zowel artsen in loondienst als vrijgevestigde artsen’

werkt, of voor dit type aandoening en deze behandeling, dan kunnen we het ook die andere groep patiënten wel aanbieden, of bij andere aandoeningen en behandelingen doorvoeren.” Het is alsof je eerst alleen een schattige camel nose door de tentdeur heen ziet steken, vergelijkt hij. ‘Waarna al snel de hele kameel in de tent staat. Ik wil maar wil zeggen: de kosten kunnen onbedoeld ontploffen.’

Krassenburg stelt dat het helpt als het ziekenhuisbestuur zelf ook de nek uitsteekt. ‘Onze raad van bestuur en medische staf hebben visie en lef, zijn bereid om mee te investeren. Het HagaZiekenhuis is in 2023 gefuseerd met het voormalig LangeLand Ziekenhuis in Zoetermeer. Dan zou je kunnen zeggen: we gaan eerst maar eens de basis op orde krijgen. Onze bestuurders en medische staf willen van het ziekenhuis echter een koploper maken. En dat is interessant voor zowel onze artsen, als voor de verzekeraars.’ Als voorbeeld haalt ze Spoedzorg Zoetermeer aan. Het HagaZiekenhuis, zorg- en welzijnsorganisatie voor ouderen Fundis en Eerstelijns-Zorg Zoetermeer gaan samenwerken in een nieuwe organisatie. Patiënten in de regio kunnen hier terecht voor acute zorg. ‘Deze samenwerking is niet alleen uniek en goed doordacht, maar we hebben er ook een promovendus op gezet, die de voortgang van deze innovatie wetenschappelijk volgt en bestudeert.’ Kern is dat er als één team met één gezamenlijk werkproces wordt gewerkt. Niet met een losse huisartsenpost en een losse spoedeisende hulp (seh). Er zijn daarbij nieuwe zorgpaden bedacht om een goede doorstroom te waarborgen met minder verkokering. ‘Een seh-arts voert handelingen uit die voorheen door een huisarts gedaan werden en andersom.’

Teaminspanning

De welbekende consequentie - die bij praktisch alle zorgvernieuwing speelt - luidt dan: de traditionele tarieven en dbc's passen niet meer. Krassenburg: ‘We werken vanuit één teaminspanning om zowel de zorginhoud, de organisatie als de bekostiging volledig te ontschotten.’ Grootste uitdaging bij dit soort zorginnovaties is dat er in de Haagse regio geen sprake is van één dominante zorgverzekeraar waarmee je zaken kunt doen. De twee grootste spelers hebben samen nog niet de helft van de markt in handen. ‘Bij Spoedzorg Zoetermeer hebben we het gelukkig voor elkaar gekregen om de grotere partijen samen te laten instappen.’

Kaartje

Paul de Laat is kinderarts, medisch directeur Keten en Capaciteit in Franciscus en voorzitter van de beroepsbelangencommissie van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK). Hij verdiept zich al jaren in de organisatie, financiering en bekostiging van de zorg en bevestigt dat de bekostigingssystematiek de zorginnovatie in de weg zit. ‘De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) maakt de kaartjes voor combinaties van medische handelingen. Vaak zijn die leeg, zonder tarief. Op basis van deze kaartjes gaan ziekenhuizen in onderhandeling met zorgverzekeraars over de financiering van de zorg, en worden het prijskaartjes. Vanuit die contracten kunnen artsen dan dbc's registeren en declareren. Het komt nogal eens voor dat voor nieuwe handelingen, zoals digitale zorg en overleg met ketenpartners, helemaal geen kaartje bestaat, en dat die handeling dus als het ware onzichtbaar blijft.’ De NZa ziet dit tekort en werkt aan verbetering in het project Passende Bekostiging, zegt De Laat, maar dat gaat erg langzaam. ‘In 2022 hadden ze het over een vijfjarenplan, maar dat lukt nu allang niet meer.’ En dat blijft niet zonder gevolgen. Hij ziet dat door zorginnovatie vaak de relatief eenvoudige casussen ‘verschuiven’ naar bijvoorbeeld de eerste lijn, en dat de complexe zorg overblijft voor de medisch specialisten. ‘Op zich is dat de juiste zorg op de juiste plek. Maar het gevolg kan zijn dat de aloude categorieën van de dbc's - bijvoorbeeld voor het aantal opnamedagen - niet meer goed passen en dat de mate waarin de zorgkosten afnemen geen gelijke pas houdt met de afname van de inkomsten. Zo zijn er misschien wel 10 procent minder patiënten, maar is de tijdswinst niet meer dan 2 procent.’ Ander voorbeeld: ‘Als ik ervoor kies om een langer consult te houden, krijg ik daarvoor net zoveel als voor een kort consult. En als ik dezelfde patiënt voor astma en eczeem spreek in hetzelfde langere consult, kan ik maar één dbc invullen, terwijl dat er twee zijn als ik die patiënt op twee verschillende dagen laat komen voor een kort consult. Dat zijn niet de prikkels die je wilt zien natuurlijk.’

Prikkels

Nu is Paul de Laat in loondienst, voor hem is het relatief eenvoudig toch te doen wat nodig is. ‘Zo kies ik bijvoorbeeld toch voor langere consulten, terwijl daar geen betaaltitels voor bestaan. Maar als je meer financieel gedreven bent, maak je

mogelijk toch de keuze voor twee korte consulten.’ Toch benadrukt hij dat het verschil genuanceerd is: ‘Deze financiële drive zit in het systeem, en treft uiteindelijk zowel artsen in loondienst als vrijgevestigde artsen.’

Xander Koolman hoort vaak bij lezingen die hij geeft voor medisch specialisten: ‘Wij voorkomen productieprikkels door goede onderlinge afspraken. En dat kan best kloppen, maar is niet het hele verhaal. Een maatschap kan altijd de keuze maken om niet met twee, maar met slechts één medisch specialist een nachtdienst te draaien, bijvoorbeeld een gynaecoloog. In dat geval zou de kwaliteit van zorg met twee medisch specialisten daadwerkelijk verbeteren, denk aan complexe bevallingen. Maar het gaat ook ten koste van de omzet van een maatschap, en dat kan een belangrijk argument zijn om de keuze niet te maken.’ Hij verbreedt zijn blik: zo zie ik in alle schakels van de medische keten ongewenste prikkels: tussen politiek en zorgverzekeraars, tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen, en tussen ziekenhuizen en medisch specialisten.’

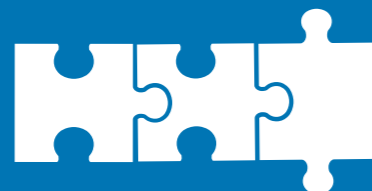
Eenvoud

Op de vraag of de huidige financierings- en bekostigingssystematiek al met al nog wel een goede basis biedt om te kunnen innoveren, zegt Katrien Hendriks: ‘Ja, het systeem zelf is goed doordacht, maar verdient in mijn ogen altijd updates. Vergeet niet dat de invoering van een heel nieuw systeem extra kosten en kinderziekten met zich mee zou brengen, zonder de garantie op succes.’ De Laat vult aan: ‘Voor laagcomplexiteit in hoge volumes werkt het systeem naar behoren en kostenbeheersend. Maar praat je over nieuwe hoogcomplexiteit, dan heb je netwerkwijze zonder concurrentieprikkels nodig, en hetzelfde geldt voor acute zorg. Terwijl het systeem onverminderd uitgaat van concurrentie. Hierbij komt dat sommige onderdelen van de zorg zowel de electieve als de acute zorg bedienen, zoals de labs. Om die vormen uit elkaar te houden zijn ook weer aanpassingen nodig in de bekostigingssystematiek.’ De Laat stelt dat er belangrijke uitdagingen liggen bij de NZa, en benadrukt dat haast is geboden. Hij waarschuwt wel voor meer complexiteit: ‘Deels zijn we als artsen zelf verantwoordelijk voor die complexiteit, met al onze nieuwe richtlijnen en aanpassingen van dbc's. Ik denk dat systeemvernieuwing hand in hand moet gaan met eenvoud.’

TIJDLIJN ZORGCONTRACTERING

FASE 3

(NOVEMBER-DECEMBER)
Afspraken worden
definitief en openbaar



ZORGVERZEKERAARS

Ronden de contractering af en maken dat bekend. Publiceren de nieuwe premies uiterlijk 12 november. Verzekerden kunnen tot 31 december overstappen naar een andere zorgverzekeraar.

ZIEKENHUIZEN

Ronden de contractering af, gevolgd door een interne vertaling van de afspraken. Bereiden zich voor op de uitvoering ervan in het komende jaar.

MEDISCH SPECIALISTEN

Nemen kennis van de contractering en denken mee over de praktische vertaling naar de zorgverlening.



aan
de
start

TEKST MIRTHE DIEMEL
BEELD MERLUN DOOMERNIK

Kno-arts Babette van Esch (38): 'Waar de gunfactor groot is, wordt de zorg beter'

Wie is jouw rolmodel, en waarom?
'Zonder twijfel Ronald Bleys, hoogleraar Klinische Anatomie aan het UMC Utrecht. Hij legt dingen zo uit dat iedereen het begrijpt – zowel de eerstejaars student als de ervaren arts. Na mijn studie geneeskunde wist ik één ding: ik wil een keer met hem samenwerken.'

En?
'Negen maanden na mijn studie werkte ik op zijn afdeling als juniordocent anatomie. Veel geleerd, inhoudelijk, maar vooral over hoe je kennis overdraagt. Als ik iets uitleg aan een coassistent of patiënt, probeer ik de informatie zo te simplificeren dat diegene het begrijpt. Ik ben nog niet zo ver als Ronald, maar hij blijft inspireren.'

Je promoveerde op de ziekte van Ménière. Waarom?
'Ménière is een aandoening van het binnenoor, een mysterieus ziektebeeld waar we nog weinig van snappen. Toen ik erover hoorde tijdens mijn opleiding, was ik meteen gefascineerd. Wat kon ik doen om het wél te begrijpen?'

En, is dat gelukt?
'Kort door de bocht: niet echt. Er zijn "experimentele" therapieën gaande, zoals vloeibare prednison achter het trommelvlies, maar een echte oplossing is er nog niet.'

Hoe zorg je voor een gezonde werk-privébalans?
'Ik doe aan powerlifting, een kracht sport waarbij je met drie oefeningen – squat, bankdrukken en deadlift – zo sterk mogelijk probeert te worden. Het is een vrij solistische en langzame sport, niet zo competitiegericht. Dat biedt mij ontspanning. Bovendien zorgt powerliften voor een betere lichaamshouding, dat helpt tijdens operaties of achter de microscoop. En mentaal ben ik frisser.'

Wat zijn zware momenten in je werk?
'Onlangs verwijderde ik de keelamandelen bij een patiënt. Ze kreeg een heftige nabloe-

ding waaraan ze bijna overleed. Uiteindelijk kon het bloedvat op de OK worden gedicht en ging ze anderhalve dag later zonder restverschijnselen naar huis. Dit kan iedereen overkomen, maar ik vond het heftig.'

Hoe deal je met zo iets?
'Door erover te praten met collega's, familie en vrienden – dankzij hun steun geef ik zulke ervaringen een plek. Gelukkig zijn kno-patiënten over het algemeen relatief gezond, maar je moet jezelf wel de tijd geven het te verwerken.'

Wat wil je je collega's meegeven?
'Ik zou willen dat er onderling minder competitie is, en dat we elkaar meer gunnen. Dat gebeurt nu nog te weinig.'

Ervaar je die competitie zelf ook?
'In het Isala binnen de KNO niet. Hier denken collega's mee. Als ik een dienst wil ruilen, staan er zo tien collega's klaar. Bij een heftige casus, zoals de patiënt met de nabloeding, of privéproblemen bellen we elkaar, we doen het echt samen. Dat gun ik elke afdeling en afdelingen onderling.'

Maar je pleit alsnog voor minder competitie?
'Er zit per ziekenhuis wel verschil in hoeverre mensen voor elkaar opstaan. Tijdens mijn opleiding ben ik een paar keer tegen een competitieve cultuur aangelopen en zag ik de soms scheve dynamieken tussen dokters in een vakgroep. Er was minder bereidheid elkaar te helpen, de tendens was vaker "nee, dat kan niet". Ik denk overigens wel dat dit meer aan het veranderen is.'

Waarom merk je dat?
'Bij de jongere generatie is die competitie sowieso minder sterk. Er is ook vaker kruisbestuiving. Zo werk ik tijdelijk één dag per week in het UMCG. Daar leer ik goedaardige afwijkingen in halsgebied en speekselklieren opereren, zodat ik deze ingreep straks ook in het Isala kan uitvoeren waardoor het UMCG meer ruimte heeft voor kankerzorg. Het UMCG had kunnen zeggen: dat doen we niet, die kennis houden we hier. Maar dat is precies die gunfactor die ik bedoel, en die de zorg beter maakt.'

BABETTE VAN ESCH

- GEBOREN op 8 september 1987
- STUDEERDE van 2006 tot 2013 geneeskunde in Utrecht
- GAF anatomieonderwijs in UMC Utrecht en werkte er daarna tijdelijk als anios op de afdeling thoraxchirurgie
- DEED van 2014 tot 2016 promotieonderzoek in het LUMC
- VOLGDE van 2017 tot 2022 de opleiding tot kno-arts in het LUMC
- WERKTE een halfjaar als kno-arts in het Jeroen Bosch Ziekenhuis, daarna als waarnemer in het Isala Zwolle. Sinds 2024 is ze daar lid van de maatschap
- WOONT met haar partner in Utrecht
- BEGON in coronatijd met aquarellen en schildert graag landschappen en dieren
- HOUDT van feestjes met vrienden, dansen en allerhande muziek – van funk, disco, soul en klassiek tot aan deephouse en techhouse
- KWAM als kind geregeld bij de KNO-arts, vanwege oorklachten
- HEEFT vroeger weleens per ongeluk een vitaminesnoepje in haar neus gestopt

INBALANS

WERK THUIS



WERK Longarts Miranda Geelhoed wist als kind: ik wil dokter worden. Toen ze het eenmaal was, bleek het niet genoeg. Longen zijn geweldige organen, maar er is méér. Miranda wilde voorbij de patiënt kijken, andere werelden verkennen, zoals onderzoek, bestuur en het zorgsysteem. Hoe kan de zorg beter? Het roer móet om; door keuzes te maken, door digitalisering en zorg op afstand. Haar kennis en ervaring komen samen in haar baan als hoofd van het St. Antonius ILD Expertisecentrum. Daar is zij de brug tussen bedrijfskundigen en medisch specialisten. Met oog voor kunst aan de muur. Fantastisch als meer ziekenhuizen een kunstcollectie zouden hebben! Want kunst helpt dingen bespreekbaar te maken, emoties te verwerken en geeft richting. De zorg kan veel leren van de voortstuwende kracht van kunst.



PRIVÉ Sinds 2024 is in 't Kasteeltje te Leiden Yellow Gallery van longarts Miranda Geelhoed (43) en haar compagnon Jantien gevestigd. Daar brengen zij kunstliefhebbers en kunstenaars samen. Van kleins af aan houdt Miranda van (schilder)kunst. Grootste inspiratiebron: het impressionisme, vanwege het kleurgebruik en de totaal nieuwe blik op kunst. Kunst geeft schoonheid aan het leven. Met een schilderij vroeg haar man – arts én kunstenaar – haar ten huwelijk in museum Boijmans Van Beuningen. Ze verzamelen kunst en bezoeken musea in binnen- en buitenland. De kinderen (9, 7 en 3) gaan vaak mee. 'Leuker dan een pretpark', vindt zoonlief. Kunst verandert je kijk op dingen én kan artsen helpen kritischer te kijken en preciezer te formuleren. Gelukkig weten zorg en kunst elkaar steeds beter te vinden.

De Academie voor medisch specialisten



LEERGANG ZIEKENHUISFINANCIËN

Om een goede partij te kunnen zijn in de onderhandelingen over de verdeling van de middelen heb je als medisch specialist basiskennis nodig van ziekenhuisfinanciën. Vergroot je inzicht met de zesdaagse leergang Ziekenhuisfinanciën. De leergang is interactief, sterk op de praktijk gericht en biedt een overzicht van de belangrijkste aspecten van de bedrijfseconomie en wet- en regelgeving van algemene en academische ziekenhuizen en ggz-instellingen.

DUUR: 6 dagen
LOCATIE: Omgeving Utrecht
KOSTEN: € 3.735
ACCREDITATIE: 36 punten



INLEIDING ZIEKENHUISFINANCIËN

De training Inleiding ziekenhuisfinanciën, de verkorte variant van de leergang Ziekenhuisfinanciën, biedt zorgprofessionals een compacte kennismaking met ziekenhuisfinanciën. Je leert hoe financiële keuzes samenhangen met zorginhoud, ondernemerschap en bedrijfsvoering. In een zorgstelsel met meer decentrale verantwoordelijkheden geeft deze training je de kennis om plannen financieel te onderbouwen en bij te dragen aan een toekomstbestendige zorgorganisatie.

DUUR: 2 dagen
LOCATIE: Omgeving Utrecht
KOSTEN: € 1.370
ACCREDITATIE: 12 punten



LEERGANG MEDISCH MANAGEMENT

De achtdaagse leergang Medisch management biedt medisch specialisten een stevige basis voor leidinggeven en dual management binnen ziekenhuis-, revalidatie- en ggz-instellingen. De focus ligt op praktische vaardigheden voor complexe zorgorganisaties. Er is aandacht voor actuele ontwikkelingen en toepassing in de eigen werkomgeving. Persoonlijke ontwikkeling krijgt ruimte via profielanalyse, intervisie en begeleiding door ervaren trainers en een programmaleider.

DUUR: 8 dagen
LOCATIE: Diverse locaties in het land
KOSTEN: € 4.345
ACCREDITATIE: 40 punten



LEERGANG MANAGEMENT VOOR MEDICI

De postdoctorale leergang Management voor medici biedt een volledig overzicht van bestuurlijke en managementvraagstukken binnen ziekenhuizen en andere zorginstellingen. Onderwerpen als strategie, leiderschap, financiën, organisatie, ondernemerschap en samenwerking komen aan bod. De leergang combineert wetenschappelijke inzichten met praktische toepasbaarheid en is bedoeld voor startende en ervaren medici met bestuurlijke of leidinggevende ambities.

DUUR: 16 dagen
LOCATIE: Den Dolder en Zeist
KOSTEN: € 11.750
ACCREDITATIE: 40 punten



Bekijk het complete trainingsaanbod op demedischspecialist.nl/academie



De Academie voor medisch specialisten is het opleidingsinstituut van de Federatie Medisch Specialisten. We bieden scholing en begeleiding aan medisch specialisten, ziekenhuisapothekers, klinisch fysici, klinisch chemici en a(n)ios op het gebied van vaardigheden, leiderschap, bestuur en management.

De Academie
voor medisch specialisten

**Federatie
Medisch
Specialisten**

over ons

COLOFON

Jaargang 12, maart 2026

Uitgave

Medisch Specialist is een uitgave van de Federatie Medisch Specialisten en verschijnt vier keer per jaar in een oplage van 30 duizend exemplaren. Medisch Specialist wordt kosteloos toegestuurd aan alle medisch specialisten in Nederland die aangesloten zijn bij de Federatie en aan artsen in opleiding die lid zijn van De Jonge Specialist.

Redactie

Hoofdredactie: Mirjam Siregar
Eindredactie: Vanessa Cruz
Concept en redactiecoördinatie: Fred Hermsen, Joke van Rooyen (Maters en Hermsen communicatie en journalistiek) **M.m.v.** Sjef van der Lans, Cindy van Schendel, Sandra Schoonderwoerd, Femke Theunissen, Margriet Bakker (Federatie Medisch Specialisten).

Redactieraad

Cassandra Zuketto (psychiater), Eke van der Ploeg (aios anesthesiologie, bestuurslid De Jonge Specialist), Johan Lange (chirurg), Nicole Naus (oogarts), Roderick Tummers-de Lind van Wijngaarden (internist), Rutger Hengeveld (klinisch chemicus) en Yee Lai Lam (dermatoloog).

Beeldredactie en vormgeving:

Kaisa Pohjola en Stephan van den Burg (Maters en Hermsen vormgeving) **Fotografie cover:** Merlijn Doomernik
Lithografie: Studio Boon
Druk: Puntgaaf drukwerk

Redactieadres:

Federatie Medisch Specialisten, Cindy van Schendel, afdeling Communicatie, Postbus 20057 3502 LB Utrecht, 088 505 34 34, e-mail: communicatie@demedischspecialist.nl

Abonnement

Vragen over je abonnement of een adreswijziging kun je sturen aan het secretariaat van jouw wetenschappelijke vereniging.

Via www.demedischspecialist.nl/ magazine kun je alle edities van Medisch Specialist online lezen en/of downloaden (pdf).
© Medisch Specialist 2026
ISSN 2451-9952
e-ISSN 2666-9234



Heb je een tip voor een interessant verhaal voor medisch specialisten of voor verbetering van ons magazine? Stuur dan een e-mail naar communicatie@demedischspecialist.nl, dan nemen we zo spoedig mogelijk contact met je op.

Volg ons ook op:  
[@federatiemedischspecialisten](https://twitter.com/federatiemedischspecialisten)

Via je wetenschappelijke vereniging ben je aangesloten bij de Federatie Medisch Specialisten.

Wij staan voor 24 duizend toegewijde dokters in ziekenhuizen en instellingen. Wij verenigen alle 33 specialismen, ondersteunen bij de uitoefening van het vak en spreken met één krachtige stem in politiek en samenleving. De uitdagingen zijn groot. Technologische ontwikkelingen gaan razendsnel, de zorgvraag neemt toe, budgetten staan onder druk en we komen steeds vaker bedden en handen tekort. Daarom werken we samen in de Federatie Medisch Specialisten. Samen gaan we voorop in vernieuwing zodat 18 miljoen Nederlanders kunnen rekenen op de beste zorg.

Bekijk wat wij voor jou doen



De oplossing van de woordzoeker (magazine december 2025) luidt: 'Wij wensen je een gelukkig en gezond nieuwjaar vol werkplezier.' Uit ruim 200 goede inzendingen is internist-oncoloog Harm Westdorp als winnaar geloot. Proficiat!

Hoe maken wij duurzame en groene keuzes voor onszelf en onze patiënten?

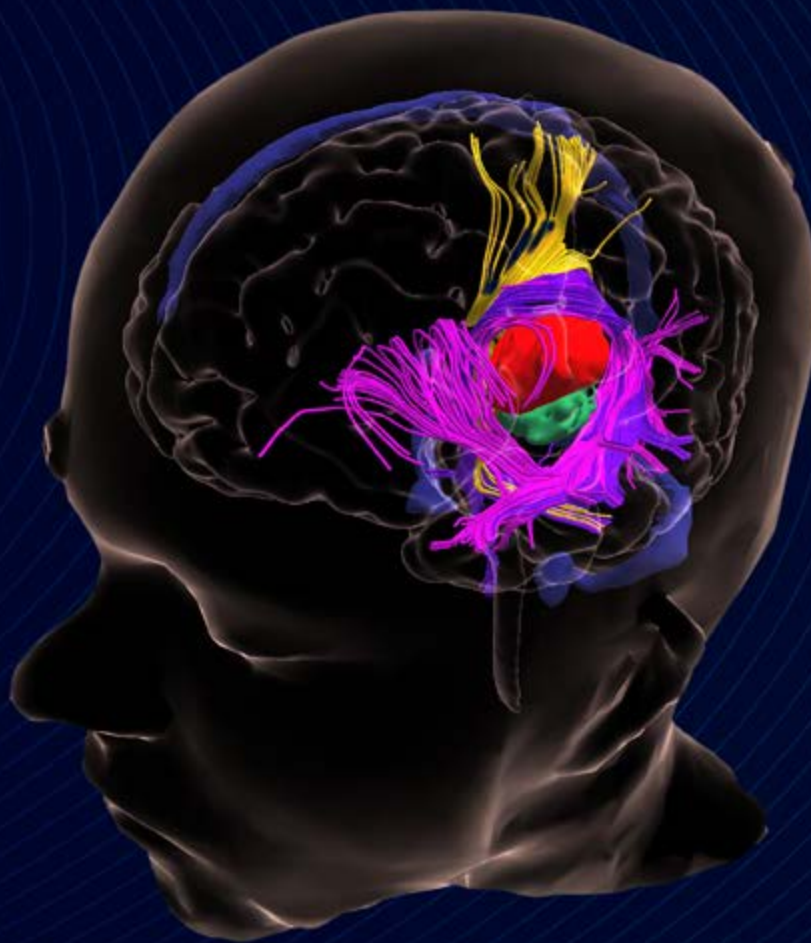


**Federatie
Medisch
Specialisten**

Lees de vier pijlers in onze visie op vergroening van de zorg



& nu
verder



AI-ondersteunde 3D verandert operatieve voorbereiding

Dit hologram toont het hoofd van een 16-jarige amateur basketballer. Het groene deel is een cavernoom - een goedaardige bloedvattumor. De rode bal betreft een bloeding die tot halfzijdige verlamming heeft geleid. De spaghetti-achtige slierten zijn motorische, taal- en visuele banen die de kans op succesvol opereren belemmeren. Aan de hand van dit beeld besloot neurochirurg Tristan van Doormaal van UMC Utrecht via de achterzijde van het hoofd te opereren. De patiënt scoort inmiddels weer driepunters als vanouds.

Van Doormaal ontwikkelde de 3D-techniek voor zichzelf en voor anderen. Software genereert een door kunstmatige intelligentie ondersteunde samenvoeging van reguliere scans. Duidelijke beelden die, afhankelijk van de aandoening, in 3 tot 14 procent van de gevallen tot aanpassing van oorspronkelijke behandel-

plannen leiden. Wereldwijd zijn er inmiddels 1.500 tot 2.000 operaties mee voorbereid. De beelden helpen ook bij voorlichting van de patiënt en blijken zelfs tot versneld inzicht van neurochirurgen in opleiding te leiden.

AI-ondersteuning brengt natuurlijk risico's met zich mee. Reden waarom de arts de 3D-beelden altijd moet goedkeuren aan de hand van originele scans. Een gevaar voor de ontwikkelaars zelf is verzuipen in de onbegrensde mogelijkheden. Het team kiest daarom alleen voor toepassingen die het grootste verschil maken binnen neuro-, vaat- en spinale chirurgie. Zoals bij plaatsing van externe ventrikeldrains. Via een headset projicteert de arts het beeld op het hoofd van de patiënt, wat de precisie verhoogt van 70 naar 90 procent. Vers van de pers: CE-goedkeuring voor deze procedure is binnen.

TEKST MARCO BEENTJES BEELD SCREENSHOT LUMI SOFTWARE, AUGMEDIT B.V.

Retour: Federatie Medisch Specialisten
Postbus 20057, 3502 LB Utrecht

Port Betaald

