

# **Publieke functies van de UMC's in een marktomgeving**

*De brief 'Ruimte voor betere zorg' nader uitgewerkt*

*december 2006*



## 1 Inleiding

Een sterke en dynamische academisch medische sector is anno 2006 een belangrijk en onlosmakelijk onderdeel van een goede gezondheidszorg. Het beschikbare geld voor deze sector is begrensd. Ondertussen zijn de zorg en de academisch medische sector zelf in verandering. Wat betekenen de veranderingen in de zorg voor de sector? Daarover gaat deze nota, waarin de grondwaarden onveranderlijk dezelfde zijn als die uit de nota 'Positionering Academische Ziekenhuizen' uit 1998. De ministers van VWS en OCW schreven op 2 november 1998 in hun begeleidende brief immers aan de Tweede Kamer:

*“Een sterke en dynamische academische sector is een belangrijk en onlosmakelijk onderdeel van een goede gezondheidszorg. Dat betekent dat er voldoende middelen voor deze sector beschikbaar moeten blijven, binnen het totaal dat beschikbaar is voor de gehele gezondheidszorg. Dat geeft mogelijkheden én begrenzings. Om, binnen deze begrenzings, over een sterke academische sector te kunnen blijven beschikken is op een aantal punten specifiek beleid nodig.”*

Over het te voeren beleid schreven onze voorgangers in 1998:

*“Voor de positionering van instellingen in het geheel van de curatieve zorg geldt dat het algemene beleid net zozeer voor academische ziekenhuizen als voor de andere ziekenhuizen aan de orde is. Eenvoudig gezegd draaien de academische ziekenhuizen zoveel mogelijk “gewoon mee” in de ontwikkelings. Bemoeiing van de rijksoverheid met de academische ziekenhuizen blijft echter naar onze opvatting noodzakelijk waar het gaat om hoofdpunten van beleid met betrekking tot de bijzondere zorgfunctie – hun betekenis voor de topklinische en topreferente zorg, de opleidingen en de werkplaatsfunctie en als uitvloeisel daarvan de infrastructuur.”*

Hoe staat het daar nu mee? De bijzondere zorgfunctie van academische ziekenhuizen is nog steeds cruciaal voor de (gehele) curatieve zorg. Maar de bestuurlijke context van de curatieve zorg is in die acht jaar sterk veranderd. De stelselwijziging in de zorg en invoering van de Zorgverzekeringswet leggen de nadruk op eigen verantwoordelijkheid van zorgaanbieders, burgers en verzekeraars. Tevens is een start gemaakt met prestatiebekostiging en de contracteerplicht opgeheven. De academisch medische sector zelf is de afgelopen jaren ook belangrijk gewijzigd. Zo zijn de faculteit geneeskunde van de universiteit en het academisch ziekenhuis naar elkaar gegroeid in een zogenoemd Universitair Medisch Centrum (UMC)<sup>1</sup>. Deze bestuurlijke samenwerkingsverbanden maken geïntegreerd beleid en bestuur van ziekenhuis en faculteit mogelijk.

De vraag die we met deze nota beantwoorden is of deze belangrijke wijzigingen aanleiding zijn om de beleidslijn uit de nota van 1998 aan te passen.

### *Leeswijzer*

De nieuwe context - de aanleiding voor deze nota - staat in hoofdstuk 2. Hoofdstuk 3 gaat nader in op de functies, taken en organisatie van de UMC's. Hoofdstuk 4 is het scharnierpunt in de nota: de positie van de UMC's en hun agenda voor de komende jaren. Deze agenda wordt in de volgende hoofdstukken uitgewerkt: bekostiging van UMC's (hoofdstuk 5), de sturing en bekostiging van investeringen in infrastructurele voorzieningen (hoofdstuk 6), transparantie en verantwoording (hoofdstuk 7), arbeidsvoorwaarden (hoofdstuk 8) en innovatiebeleid (hoofdstuk 9). Hoofdstuk 10 zet de voornaamste conclusies nog even op een rij.

---

<sup>1</sup> In het vervolg van deze nota gebruiken we omwille van de leesbaarheid altijd de term 'UMC', ook waar de aanduiding 'academisch ziekenhuis' meer op zijn plaats zou zijn, bijvoorbeeld in de hoofdstukken over de arbeidsvoorwaarden en de infrastructurele voorzieningen.

## 2 Ontwikkelingen

Ontwikkelingen in het overheidsbeleid, alsmede de ontwikkeling tot UMC's, zijn weliswaar de aanleiding om de positie van de UMC's in de zorg opnieuw tegen het licht te houden, maar dat staat niet op zichzelf. Het is niet los te zien van hun taken voor onderwijs en onderzoek en hun plek in het onderwijsbestel.

### 2.1 De Universitair Medische Centra

Nederland telt acht UMC's. Hun gemeenschappelijk kenmerk is intensieve samenwerking tussen de universiteit met een medische faculteit en het daaraan verbonden academisch ziekenhuis. Deze samenwerking is in de afgelopen tien jaar steeds verder gegaan en heeft geleid tot samenwerkingsverbanden die internationaal uniek zijn. Die hechtere samenwerking is een reactie op ontwikkelingen in de maatschappij en zorg die vragen om meer aandacht voor kennis(ontwikkeling). De UMC's vervullen met hun samengaan van theorie en praktijk, van *bench en bedside*, van kennis en zorg een sleutelrol in de zorg.

Fundamenteel en toegepast medisch onderzoek, (bio)medisch onderwijs, (bio)medische en overige (vervolg)opleidingen in de zorg, zorginnovaties en academische patiëntenzorg hebben met de UMC's één regie gekregen. Deze samenwerking kent diverse varianten: van een volledig geïntegreerde bedrijf, dat zich maatschappelijk ook zo presenteert (bijvoorbeeld: Academisch medisch centrum AMC, Leids universitair medisch centrum LUMC, Universitair medisch centrum Utrecht UMC Utrecht) tot een min of meer contractuele relatie (bijvoorbeeld de samenwerking van het academisch ziekenhuis Maastricht met de universiteit van Maastricht).

De wijziging van de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (WHW) legde in 1990 de basis voor deze samenwerking. De wetgever vermoedde toen al dat de definitieve vormgeving tijd zou vergen. Daarom kreeg de WHW een instrumentarium dat meerdere vormen van contractuele samenwerking mogelijk maakt. De afgelopen jaren is de samenwerking die voor het eerst vorm kreeg bij het AMC, een vanzelfsprekendheid geworden. Daarom komt deze vorm ook in de nieuwe WHW te staan; de voorstellen hiervoor worden nu voorbereid. Dit brengt de wet in overeenstemming met de gangbare vormen van samenwerking in deze sector.

De UMC's zijn dus samenwerkingsconstructen van universiteit en academisch ziekenhuis. De besturen vullen de reikwijdte en diepgang ervan en de uitwerking zelf verder in. Nu is nog niet te zeggen of met de huidige UMC-vorming de grenzen van intensieve samenwerking bereikt zijn.

De wet biedt zoals aangegeven veel ruimte voor de vormgeving van de contractuele samenwerking. Maar ook al treedt een universitair medisch centrum zeer herkenbaar en zonder problemen zelfstandig op in het maatschappelijk verkeer, het bezit formeel geen rechtspersoonlijkheid. Formeel zijn (nog steeds) deels de rechtspersoonlijkheid bezittende universiteit (voor zover het de faculteit geneeskunde betreft) en deels het rechtspersoonlijkheid bezittende academisch ziekenhuis verantwoordelijk<sup>2</sup>. Beide organisaties hebben (het bestuur van) het samenwerkingsverband contractueel zoveel bevoegdheden gegeven dat een UMC voluit aan het maatschappelijk verkeer kan deelnemen. De UMC's zelf en de moederinstellingen zien geen reden voor verdergaande juridische verzelfstandiging van de UMC's. De nieuwe WHW zal dan ook volstaan met een formele erkenning van de samenwerkingsvorm UMC.

---

<sup>2</sup> De eindverantwoordelijkheid voor de UMC's te Nijmegen en Amsterdam (VU) berust bij het bestuur van de rechtspersoon waar de instellingen van uitgaan, respectievelijk de Stichting Katholieke Universiteit en de Vereniging Vrije Universiteit.

## 2.2 Ontwikkelingen in het overheidsbeleid

In relatief korte tijd heeft (gereguleerde) marktwerking zijn intrede gedaan in de curatieve zorg en zijn ziekenhuizen met elkaar gaan concurreren. Het kabinet acht dat in belang van een goede gezondheidszorg en stimuleert dat van harte. De curatieve zorg is inmiddels een sector waarin het nastreven van een maatschappelijk doel en bedrijfsmatig denken samen gaan.

Die ontwikkeling in de curatieve zorg is snel gegaan. Dat komt onder meer door nieuwe wetgeving, politieke en maatschappelijke aandacht voor de uitvoering en organisatie van de gezondheidszorg, maar ook door het inhoudelijk verbeterprogramma Sneller Beter.

### 2.2.1 Zorgverzekeringswet

De nieuwe zorgverzekeringswet (Zvw) neemt de nadelen van het oude zorgverzekeringsstelsel weg. De kern van de nieuwe wet is dat er één verzekering is voor iedereen. De overheid bepaalt het verplichte basispakket en verzekeraars moeten iedereen accepteren, ongeacht leeftijd of gezondheidsrisico's. Verzekeraars kunnen met het vervallen van de contracteerplicht voor ziekenhuiszorg nu ook beter onderhandelen met ziekenhuizen. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars staat het door het vervallen van de contracteerplicht vrij om al dan niet met elkaar een contract aan te gaan.

De onderhandelingen tussen verzekeraars en aanbieders en de concurrentie tussen zowel verzekeraars als aanbieders onderling, geven twee resultaten:

- \* vrijheid om zorgvraag en aanbod beter op elkaar aan te laten sluiten;
- \* prikkels om de zorg zo doelmatig mogelijk te realiseren.

### 2.2.2 Zorgaanbieders

In het nieuwe stelsel wordt verwacht dat zorgaanbieders beter zullen gaan presteren. Verzekeraars moeten dan wel stevig met aanbieders van zorg onderhandelen over prijs en kwaliteit. Daarnaast moeten consumenten kritisch(er) zijn over de kwaliteit en service van de zorgaanbieders. Dit prikkelt zorgaanbieders ertoe om goede zorg voor een scherpe prijs te leveren.

Een goed zicht op prestaties geeft een sterkere prikkel voor aanbieders om goed te presteren. Het inzicht in de geleverde kwaliteit en een duidelijk verband tussen geleverde prestaties en gemaakte kosten maakt duidelijker wat zorgaanbieders doen en tegen welke prijs. De ziekenhuiszorg kent hiervoor sinds kort het systeem van diagnose behandelingcombinaties (DBC's). De DBC's laten zien welke handelingen door de arts, verpleegkundige of ondersteuner worden verricht bij welke ingreep en tegen welke prijs. Die prijs dient een integrale prijs te zijn, dat wil zeggen inclusief onder andere kapitaallasten. Instellingen krijgen in de toekomst vrijheid van investeringsbeleid en kunnen dan zelf beschikken over hun eigendom en vermogen.

### 2.2.3 Randvoorwaarden

De overheid is en blijft ook bij gereguleerde marktwerking verantwoordelijk voor het systeem van toegankelijke, betaalbare en kwalitatief goede zorg. Het kabinet bepaalt – zij het veel minder in detail dan voorheen – de spelregels, ziet toe op een juiste toepassing daarvan en schept de voorwaarden voor een goed functionerende gezondheidszorg.

Zoals reeds is aangegeven in de brief 'Ruimte voor betere zorg' van 4 september 2006<sup>3</sup>, is het om een gezonde concurrentie voor de electieve zorg (planbare of uitstelbare zorg) mogelijk te maken, noodzakelijk om bepaalde prestaties die niet direct gerelateerd zijn aan DBC's, afzonderlijk te bekostigen. Dit geldt in ieder geval voor de beschikbaarheid van acute zorg, de topklinische zorg, prestaties die voornamelijk door UMC's worden geleverd, de opleiding tot medisch specialist en de bekostiging van dure en weesgeneesmiddelen.

---

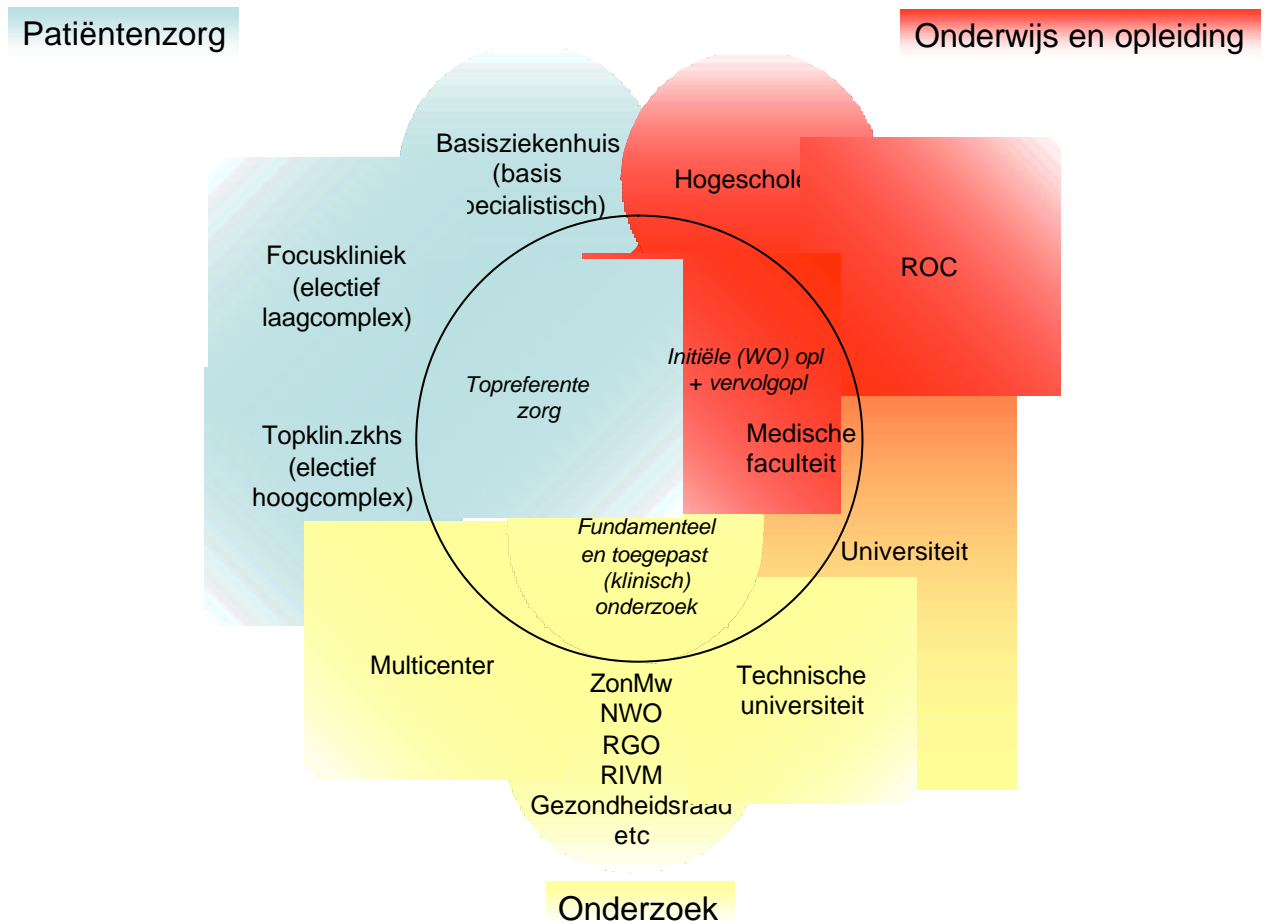
<sup>3</sup> Kamerstukken II 2005/06, 29 248, nr. 30

Meer marktwerking betekent een andere rol van de overheid. De overheid ziet toe op de borging van de publieke belangen, en zal onverminderd ingrijpen als deze in gevaar komen. Tevens zal toezicht gehouden worden op eerlijke concurrentie en de ontwikkeling van marktcondities. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) volgt de effecten van het invoeren van marktwerking. De NZa is met de inwerkingtreding van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMO) op 1 oktober 2006 echt van start gegaan. De NZa heeft met ingang van de WMO meer wettelijke bevoegdheden gekregen om zowel concurrentie in de zorg te bevorderen als in te grijpen waar dat nodig is.

### 3 Opereren in verschillende netwerken

De UMC's integreren patiëntenzorg, (bio)medisch onderzoek en (bio)medisch onderwijs. Maar ook andere organisaties doen deze taken. De meerwaarde van UMC's is met name dat zij die taken in nauwe verwevenheid uitoefenen en meedoen aan de voor die taken relevante netwerken.

Onderstaand schema laat zien hoe de verschillende netwerken bijeen komen in het UMC. Duidelijk is dat de gebieden niet van elkaar te scheiden zijn, maar wel te onderscheiden.



UMC's houden bij het uitvoeren van de taken rekening met de verwevenheid van zorg, onderwijs, opleiding en onderzoek. De verhoudingen tussen zorgverlening, onderwijs, opleiding en onderzoek zijn steeds duidelijker geworden en de wederzijdse afhankelijkheden zijn steeds scherper in beeld gekomen. Het opnemen van de medische faculteit in het ziekenhuisbedrijf en de bestuurlijke participatie van de decaan van de universiteit in het bestuur van het UMC (zie paragraaf 2.1) speelt hierbij een grote rol. Deze bestuurlijke vormgeving verzekert dat alle belangen van zorg, onderwijs en onderzoek betrokken worden in de strategische afwegingen en besluitvorming van UMC's. In de volgende paragrafen staan de drie kerntaken van de UMC's.

#### 3.1 Onderwijs en opleiding

De UMC's gaan over meerdere universitaire initiële opleidingen, waarvan geneeskunde het meest bekend is en de meest centrale positie inneemt.

*Initiële artsopleiding*

De acht faculteiten geneeskunde hebben de afgelopen jaren, conform de maatschappelijke wens, hun onderwijsinspanningen opgevoerd. Sinds 1992 is het landelijk aantal plaatsen voor eerstejaars studenten geneeskunde (numerus fixus) verhoogd van 1.485 tot 2.850<sup>4</sup>. Een UMC kent gemiddeld tussen de 315 tot 410 nieuwe plaatsen. De instroom ligt op het niveau van dat in naburige landen.

Studenten geneeskunde volgen in de laatste jaren van hun opleiding co-schappen. De UMC's hebben hierin een aandeel van 40 tot 50%, het overige deel wordt gevolgd in algemene ziekenhuizen.

#### *Medische vervolgopleidingen*

Een medicus in de patiëntenzorg heeft na zijn registratie als arts (in het BIG-register) één van de vervolgopleidingen gevolgd, namelijk die tot medisch specialist (er zijn 27 erkende medisch specialismen, alle eveneens bekend in de Europese regelgeving), huisarts, sociaal-geneeskundige, verpleeghuisarts of arts verstandelijk gehandicapt. De UMC's bieden nagenoeg alle medische vervolgopleidingen aan. Bij de vervolgopleidingen tot medisch specialisten komt bijna 45% van de instroom voor rekening van de UMC's, ruim 30% van de STZ-ziekenhuizen<sup>5</sup>, 23% van de overige algemene ziekenhuizen en bijna 3% van de categorale instellingen (waaronder revalidatiecentra)<sup>6</sup>. De vervolgopleidingen tot huisarts en die in publieke gezondheidszorg bieden alleen UMC's aan. De (inhoudelijke en onderwijskundige) samenhang tussen de initiële opleiding en de vervolgopleidingen, een gewenste ontwikkeling, wordt steeds intensiever. Onderwijskundige ontwikkelingen als *skills labs*, discipline overstijgend onderwijs en competentiegerichte curricula laten dat ook zien.

#### *Overige opleidingen*

Ook voor andere opleidingen dan de medische spelen de UMC's een belangrijke rol. Momenteel telt Nederland ongeveer tweeduizend studenten biomedische wetenschappen (onder diverse benamingen), in enkele gevallen valt de opleiding geheel onder de verantwoordelijkheid van het UMC, in andere is de medewerking van het UMC onmisbaar.

Voor de verpleegkundige vervolgopleidingen nemen de UMC's gemiddeld ruim 30% voor hun rekening.

#### *Samenwerking met algemene ziekenhuizen, opleidings- en onderwijsregio's*

Zowel voor de initiële artsopleiding als voor de (meeste) vervolgopleidingen tot medisch specialist werken de UMC's samen met een aantal algemene ziekenhuizen en met onderwijsinstellingen in de regio. Dat gebeurt in OOR-verband, Opleidings- en OnderwijsRegio. De OOR is een regionaal netwerk rond een UMC en kent als uitgangspunten voor het opleiden: voldoende professionals opleiden, zorgen voor continuïteit en een complete leeromgeving en het nastreven van doelmatigheid.

De praktijk biedt voor elke vorm van leren een krachtige leeromgeving. De gezondheidszorg kent heel veel en uiteenlopende omstandigheden die de zorgprofessional-in-opleiding voorbereidt op de beroepsuitoefening. Het academische klimaat met topreferente patiënten in een context van fundamenteel en toegepast onderzoek levert andere leersituaties en competenties op dan meer routinematige zorg. De patiëntenmix, zorginhoud en organisatie van een basisziekenhuis of een topklinisch ziekenhuis zijn niet alleen onderling anders maar verschillen ook van een UMC of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC). Ze zijn alle van belang en vullen elkaar aan. In de praktijk heeft het UMC een coördinerende rol in de opleidingen.

### **3.2 Wetenschappelijk onderzoek, ontwikkeling en innovatie**

Onderzoek<sup>7</sup> laat zien dat de UMC's ongeveer eenderde van de totale Nederlandse wetenschappelijke publicaties voor hun rekening nemen. Ruim eenderde hiervan is tot stand gekomen door internationale samenwerking. De gemiddelde kwaliteit van het onderzoek in UMC's ligt aanmerkelijk

<sup>4</sup> Voor het studiejaar 2006/07 waren er per 15 mei 2006 6.583 aanmeldingen voor de studie geneeskunde (bron: IB-Groep).

<sup>5</sup> Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen

<sup>6</sup> Bron: MSRC, via het Capaciteitsorgaan

<sup>7</sup> 'Onderzoek onderzocht, een bibliometrische analyse van het onderzoek van de UMC's', september 2004.



boven het wereldgemiddelde. Dit blijkt uit het feit dat de onderzoeken van de UMC's 33% vaker worden geciteerd dan het wereldgemiddelde (citatiescore = 1,33) en het feit dat de UMC's in de betere tijdschriften publiceren (tijdschriftimpact = 1,19). Ook in vergelijking met alle onderzoek in Nederland (citatiescore = 1,25) presteren de UMC's goed.

Dit komt waarschijnlijk door de sterke interactie tussen 'fundamenteel' en 'klinisch' onderzoek – ook wel translationeel onderzoek genoemd. Buitenlandse waarnemers zeggen dat het wetenschappelijk onderzoek profiteert van de nauwe wederzijdse oriëntatie van 'faculteit' en 'academisch ziekenhuis'<sup>8</sup>. Goed biomedisch en klinisch onderzoek is voor Nederland van groot belang. Daarmee kan de zorg goede vindingen (al dan niet Nederlandse) snel toepassen, zinloze vernieuwingen weren en verouderde zaken voor afschaffing voordragen. Dergelijk onderzoek zorgt ook voor nieuwe bedrijven en nieuwe werkgelegenheid, zeker als barrières voor valorisatie van kennis<sup>9</sup> worden weggenomen. Jonge mensen kunnen hun talenten ontwikkelen. Velen doen in de UMC's hun promotieonderzoek; jaarlijks vinden in de UMC's ruim 800 promoties plaats.

De klinische praktijk dient zo snel mogelijk zijn voordeel te kunnen doen met de nieuwe wetenschappelijke producten ('ontwikkelfunctie'). Zo draagt Nederland heel veel bij aan behandelingsrichtlijnen<sup>10</sup>. De UMC's kunnen de bestaande nauwe samenwerking op onderzoeksgebied verder intensiveren. De integratie stimuleert de afstemming van fundamenteel en klinisch wetenschappelijk onderzoek.

#### *Infrastructuur*

Iedere professional in de zorg moet kwalitatief goede zorg bieden en open staan voor vernieuwing. Veel professionals dragen ook zelf actief bij aan die vernieuwing. Een goed idee over een nieuwe behandeling of een nieuwe aanpak van zorg staat altijd aan de wieg van innovatie. Toch moet zo'n goed idee meestal via de lange weg van een hypothese, een methodologisch goed opgezet onderzoek getoetst en toegepast worden, voordat er sprake is van innovatie in de zorg. Een goede infrastructuur en de methodologische deskundigheid is nodig om elk goed idee op zijn waarde te toetsen en daarmee innovatie de motor van verbetering in de zorg te maken. Onderzoek, ontwikkeling en innovatie zijn kerntaken van de UMC's.

De UMC's kunnen met de integratie van faculteit en ziekenhuis het hele spectrum van gezondheidsonderzoek bestrijken: van basaal laboratorium onderzoek en onderzoek in de publieke gezondheid via translationeel onderzoek naar het klinisch onderzoek en vice versa. Alle UMC's bestrijken dit hele spectrum, maar de accenten verschillen onderling, afhankelijk van de aanwezige deskundigheid in de patiëntenzorg. Het echte innovatieve onderzoek in de geneeskunde maakt meer dan voorheen immers gebruik maakt van patiëntenmateriaal en –gegevens.

#### *Technology assessment*

Nieuwe vormen van diagnostiek en therapie moeten in studies op effectiviteit en kosten beoordeeld worden. De resultaten van dergelijk onderzoek zijn de basis voor de beslissing om een richtlijn aan te passen of een nieuw geneesmiddel of interventie in het basispakket op te nemen. Deze zogenoemde innovatieve klinische *trials* vereisen steeds vaker internationale samenwerking tussen grote centra wereldwijd. De UMC's ontwerpen met behulp van hun methodologische deskundigheid (trialkunde, *data mining*) deze studies, maar ook andere grote ziekenhuizen doen vaak mee aan deze trials. Zo

---

<sup>8</sup> Bron: Report on the Research Management of the University Medical Centres in the Netherlands, Report by the International Research Management Evaluation Committee, juni 2005.

<sup>9</sup> Kennisvalorisatie is ervoor zorgen dat kennis toegepast en omgezet wordt in maatschappelijke, economische en/of financiële waarde.

<sup>10</sup> Zie 'Onderzoek onderzocht, een bibliometrische analyse van het onderzoek van de UMC's', september 2004.

kunnen patiënten in Nederland profiteren van vernieuwing, maar kan ook de kritische toets naar Nederlandse maatstaven uitgevoerd worden. Wetenschappelijk onderzoek toont bovendien aan dat patiënten die deel uitmaken van een dergelijke klinische studie vaak betere zorg krijgen, zelfs als ze in de controlegroep zitten. Naast de grote trials is er sprake van voortdurende vernieuwing op het gebied van diagnostiek en behandeling van de meer zeldzame aandoeningen, de weesziekten (zeldzame ziekten) en de topklinische zorg.

#### *Kennis verspreiden*

Bovenstaande laat de rol van de UMC's zien op het gebied van de verspreiding van kennis. Het is niet (meer) voldoende om nieuwe kennis te vergaren en nieuwe mogelijkheden te toetsen, de academische geneeskunde moet deze nieuwe kennis ook de basis laten zijn van de beroepsuitoefening in de toekomst. Hiervoor worden de nieuwe generaties beroepsbeoefenaren opgeleid, maar daarnaast is het tegenwoordig nog belangrijker om nieuwe kennis ook snel te verspreiden over de gehele gezondheidszorgpraktijk. Dat gebeurt onder meer door bij- en nascholing, *Cochrane reviews*, wetenschappelijke publicaties, congressen, wetenschappelijke verenigingen, regionale samenwerkingsverbanden, OOR's, et cetera.

Nederland kent veel instituten die belangrijk werk doen op het gebied van onderzoek, ontwikkeling en innovatie, zoals de Gezondheidsraad met daarbinnen de Raad voor Gezondheidsonderzoek, het kwaliteitsinstituut CBO (Centraal BegeleidingsOrgaan), het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) of de wetenschappelijke verenigingen. Zij maken veel gebruik van commissies met inhoudsdeskundigen. Deze expertise komt vooral uit de UMC's. Zowel het instituut als de desbetreffende deskundige – en daarmee het UMC en de patiënt – profiteren van deze uitwisseling van kennis. Dergelijke constructies laten de meerwaarde zien van participatie in meerdere netwerken.

### **3.3 Patiëntenzorg**

De UMC's leveren niet alleen basispatiëntenzorg, zoals algemene ziekenhuizen dat ook doen, maar ook bijzondere patiëntenzorg. Dat zijn: topreferente zorg en topklinische zorg. Deze vormen van zorg worden zowel in acute als in niet-acute situaties aangeboden.

#### *Topreferente zorg*

Topreferente zorg is zeer specialistische patiëntenzorg die gepaard gaat met bijzondere diagnostiek en behandeling, waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is ('last resort', eindstation). Topreferente zorg vereist een infrastructuur waarbinnen vele disciplines op het hoogste deskundigheidsniveau samenwerken ten behoeve van de patiëntenzorg en die gekoppeld is aan fundamenteel patiëntgericht onderzoek. Dit betekent dat vrijwel alleen UMC's dit kunnen doen. Patiënten die deze zorg ondergaan maken gebruik van het allernieuwste medisch kennis en kunnen. Het aantal topreferente functies in Nederland is (nog) niet volledig geteld. Per UMC zijn vooralsnog ongeveer 100 functies geïdentificeerd. Sommige gelden voor tien à twintig patiënten per jaar, andere voor enige honderden. Deze 'last resort-functie' garandeert dat alle topreferente patiënten bij ten minste een UMC terecht kunnen.

Topreferente patiëntenzorg heeft de volgende vier kenmerken:

- kennisinfrastructuur: de UMC's hebben - vanwege hun taak fundamenteel en toegepast medisch-wetenschappelijk onderzoek te verrichten - de juiste kennisinfrastructuur om de vaak ingewikkelde en soms zeer zeldzame ziekten en aandoeningen die topreferente zorg vragen te kunnen herkennen en behandelen;
- vernieuwend: het karakter van topreferente zorg zorgt voor zinvolle kruisbestuiving tussen de patiëntenzorg en het genoemde wetenschappelijk onderzoek (translationeel onderzoek); het gaat vaak om vernieuwende behandelingen van aandoeningen waarvoor tot voor kort nog geen behandeling bestond;
- multidisciplinair: topreferente zorg omvat vaak meerdere disciplines tegelijk. De UMC's kennen binnen hun muren vele disciplines, van medisch tot moleculair biologisch, farmacologisch et cetera, die het geven van topreferente zorg mogelijk maken;
- continuïteit: de UMC's kunnen continuïteit van topreferente zorg garanderen, ook als een in een bijzondere topreferente functie gespecialiseerde medewerker de organisatie verlaat.

Deze kenmerken maken duidelijk dat topreferente zorg een complex aan functies en infrastructuur van een UMC vergt.

#### *Topklinische zorg*

De Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV) biedt de overheid een wettelijk instrument om de introductie en de verspreiding van bijzondere medische verrichtingen goed te regelen. De wet helpt zo bij het optimaliseren van doelmatigheid en kwaliteit van de aangewezen verrichtingen en het bevorderen van een gepast gebruik van deze verrichtingen, in overeenstemming met de geldende medisch-ethische en maatschappelijke inzichten. De evaluatie van de WBMV<sup>11</sup> heeft als belangrijke conclusie dat deze concentratie en het stimuleren van kenniscentra een snelle opbouw van kennis en ervaring mogelijk maakt en voor betere toegankelijkheid van de bijzondere medische verrichtingen zorgt. De minister van VWS heeft die conclusie overgenomen in de brief van 12 juli 2002 aan de Tweede Kamer<sup>12</sup>. VWS is in 2006 gestart met de tweede evaluatie van de WBMV.

De infrastructuur voor kennis, zorg en onderwijs van de UMC's is geschikt om topklinische zorg (verder) te ontwikkelen en biedt de bijzondere expertise in aanpalende disciplines die nodig zijn voor de topklinische zorg. Voor de bijzondere medische verrichtingen kunnen de UMC's heel goed een specifieke en (boven-) regionale functie vervullen en daarmee zorgen voor de concentratie die de overheid wenst. Concentratie betekent overigens niet dat topklinische zorg een zaak is van uitsluitend de UMC's. Een deel van de WBMV-verrichtingen gebeurt weliswaar alleen in UMC's, maar andere verrichtingen worden ook door andere zorginstellingen geleverd, met name grote algemene ziekenhuizen. Bij een aantal verrichtingen wordt meer dan de helft ervan uitgevoerd buiten de UMC's.

---

<sup>11</sup> Den Haag: ZonMW, september 2001, Evaluatie Wet op Bijzondere Medische Verrichtingen, Reeks evaluatie wetgeving: deel 7.

<sup>12</sup> Kamerstukken II 2001/02, 28 480, nr. 1

## 4 Publieke functies in een marktomgeving

### 4.1 De positionering van de UMC's

De introductie van (gereguleerde) marktwerking in de zorg mag niet ten koste gaan van de bijzondere functies van de UMC's. Deze bijzondere functies moeten ook in de toekomst voldoende gewaarborgd zijn. Tegelijkertijd moeten de UMC's vanwege de marktwerking op bepaalde terreinen concurreren met andere aanbieders van medisch-specialistische zorg, maar dan wel op een gelijk speelveld.

De overheid bemoeit zich in het nieuwe zorgstelsel minder met de organisatie van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Aanbod van zorg en de bekostiging daarvan zijn in beginsel een verantwoordelijkheid van de marktpartijen. De zorgverzekeraar kan in zijn nieuwe rol in individuele onderhandelingen zorgaanbieders meer onder druk zetten om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te verbeteren. Consumenten moeten zich kritisch opstellen over de kwaliteit en service van de zorgaanbieders. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars krijgen weliswaar meer vrijheid, maar moeten ook meer inzicht geven hun prestaties moeten geven, waarvoor zij vervolgens kunnen worden beloond. Al deze prikkels dienen het leveren van optimale en doelmatige zorg te maximaliseren. Dit alles laat onverlet dat de overheid verantwoordelijk blijft voor een aantal voorzieningen die er anders onvoldoende zouden zijn, ofwel te duur dan wel kwalitatief onvoldoende zouden zijn. Dat betekent dat waar door marktfalen bepaalde vormen van zorg, vanuit de publieke belangen gezien, niet optimaal via de markt gerealiseerd kunnen worden, een andere vorm van borging dan de markt dient te worden aangebracht.

Wat betekent dit voor de positie van de UMC's?

De UMC's doen een aantal zaken die hen onderscheiden van algemene ziekenhuizen: wetenschappelijk onderwijs en onderzoek, innovatie en topreferente zorg. Vanuit de borging van kwaliteit, beschikbaarheid en doelmatigheid zijn deze functies geconcentreerd bij de UMC's. Het kabinet vindt topreferente zorg, wetenschappelijk onderwijs en onderzoek erg belangrijk, ook in de toekomst, voor het functioneren en de ontwikkeling van de gezondheidszorg in Nederland. Daarnaast positioneert Nederland zich daarmee internationaal als kennisland op het gebied van de *life sciences*. De UMC's hebben daarmee zowel in de zorg als in de wetenschap een bijzondere positie; het borgen van hun positie is daarmee een publiek belang.

Als we de bijzondere functies van de UMC's aan de markt zouden overlaten, is dit publiek belang van voldoende aanbod en kwaliteit van deze functies niet voldoende gewaarborgd. Bepaalde dure en heel gespecialiseerde zorg en innovatie en ontwikkeling van zorg zouden in een marktsituatie in de knel komen, vanwege de hoge investeringen die hiermee gepaard gaan en daardoor niet direct rendabel zijn. Dit vraagt vanwege het publieke belang om maatregelen van de zijde van de overheid op het terrein van de zorg. Voor topreferente zorg en innovatie en ontwikkeling blijven de UMC's de academische component ontvangen. De omvang hiervan moet niet groter zijn dan noodzakelijk is voor het veilig stellen van de publieke belangen. De overheid moet goed in de gaten houden dat waar UMC's en overige aanbieders van medisch-specialistische zorg vergelijkbaar zijn – en dus met elkaar concurreren- zij dat onder gelijke voorwaarden (gelijk speelveld) doen.

De UMC's nemen ook in de wetenschap een bijzondere positie in die waarborgen van de overheid vereist.

Daar waar UMC's zich als onderneming op de zorgmarkt begeven is de Mededingingswet van toepassing en kunnen bepaalde gedragingen vallen onder het verbod op misbruik van machtsposities. Het feit dat de medische faculteit onderdeel is van een UMC, doet niets af van de bevoegdheden die de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) heeft bij de beoordeling van kartels, economische machtspositie en fusies.

De NZa is op basis van de WMG gemachtigd preventief en correctief op te treden tegen posities van aanmerkelijke marktmacht. Dit kan vooral van belang zijn op die gebieden waar wet- en regelgeving

aan UMC's taken, verplichtingen en bevoegdheden opdraagt ter waarborging van publieke belangen op het terrein van onderwijs en zorg. Die taken, verplichtingen en bevoegdheden zouden de UMC's in een betere positie kunnen brengen op de zorgmarkten waarop UMC's zich begeven, waardoor een ongelijk speelveld kan ontstaan danwel blijft bestaan.

Waar een UMC bijvoorbeeld het voor wettelijk verplichte taken toegekende budget aanwendt bij het aanbieden van diensten in het vrijgegeven B-segment, kan de NZa ingrijpen, ondermeer door het opleggen van een gescheiden boekhouding. Ook in het geval dat een UMC de positie van aanmerkelijke marktmacht in de topreferente zorg in de onderhandelingen met zorgverzekeraars aanwendt om hogere prijzen danwel grotere capaciteitsafname voor diensten in het B-segment af te dwingen, kan de NZa hier tegen optreden middels oplegging van de verplichting om diensten los van elkaar te leveren. De NZa kan bestuurlijk handhaven door een aanwijzing te geven, bestuursdwang toe te passen en boetes op te leggen.

#### **4.2 De agenda voor de UMC's**

De maatregelen en afspraken die nodig zijn om de publieke functies van UMC's in het systeem van gereguleerde marktwerking te waarborgen, zijn onderdeel van de agenda voor de UMC's. Deze nota gaat daar verder op in.

Zo behandelt hoofdstuk 5 de bekostiging van de UMC's, met specifieke aandacht voor de bijzondere functies. Hoofdstuk 6 gaat in op de sturing en bekostiging van investeringen in infrastructurele voorzieningen. Transparantie en het afleggen van verantwoording zijn vanwege de verschillende (publieke) functies van de UMC's en de hieraan gekoppelde verschillende geldstromen erg belangrijk. Dit is het onderwerp van hoofdstuk 7. Vervolgens gaat de nota in op het thema arbeidsvoorwaarden, in het bijzonder de pensioensituatie van de UMC's. Tot slot worden de verwachtingen van de overheid over de innovatieve rol van UMC's beschreven.

## 5 Bekostiging

Belangrijke delen van de jaarlijkse inkomsten van een UMC worden door regels van het ministerie van VWS en het ministerie van OCW bepaald. Beide departementen zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de randvoorwaarden waarbinnen UMC's hun verschillende taken kunnen uitvoeren.

VWS gaat over (de sturing van) het zorgbudget en over de aparte bekostiging van bijzondere (academische functies) zoals topreferente zorg, opleidingen en innovatie en ontwikkeling van zorg. OCW bekostigt de opleiding tot arts en gaat over het universitair medisch wetenschappelijk onderzoek, inclusief de zogeheten werkplaatsfunctie van het academisch ziekenhuis. Deze aanvullende verantwoordelijkheden vereisen al decennia een goede afstemming en goede afspraken.

Vooraf in de bekostiging zijn maatregelen nodig om UMC's de door de overheid gewenste en apart geregelde academische taken naar behoren te kunnen laten uitvoeren.

### 5.1 Huidige situatie

#### 5.1.1 Rijksbijdrage OCW

Universiteiten ontvangen een rijksbijdrage voor onderwijs en onderzoek. Een deel hiervan gaat naar de medische faculteiten voor de opleiding geneeskunde en medisch wetenschappelijk onderzoek. Universiteiten beslissen zelf hoe ze het geld tussen de faculteiten onderling verdelen.

Het academisch ziekenhuis van het UMC doet werk voor het wetenschappelijk geneeskundig onderwijs en onderzoek in de faculteit geneeskunde. Voor deze zogeheten werkplaatsfunctie ontvangen de UMC's ook een rijksbijdrage. Dit is een vast omschreven deel van de rijksbijdrage voor de universiteit waar het academisch ziekenhuis bij hoort.

#### 5.1.2 Premiefinanciering op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg

##### *Functiegerichte budgettering en DBC-bekostiging*

Medisch-specialistische zorg wordt per 1 oktober 2006 wettelijk gefinancierd via de WMG (daarvoor in de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG)). De UMC's vallen in de basiszorg en topklinische zorg sinds 2001 onder dezelfde bekostigingssystematiek als de algemene ziekenhuizen. Dat zijn voor het A-segment de functiegerichte bekostiging (FB) en voor het B-segment (sinds 2005) de Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). Verzekeraars financieren volledig op basis van DBC's.

##### *Academische component*

De kosten voor specifiek academische taken worden vergoed met een jaarlijks bedrag, de *lumpsum*. Dat volgt onder meer uit het onderzoek van het onderzoeksbureau NZi 'Bekostiging Bepaald' uit 1998. De zogenoemde academische component is bedoeld om de meerkosten te dekken van de zorg voor topreferente patiënten (circa 73%), ontwikkeling en innovatie (circa 20%) en opleiding (circa 7%). De acht UMC's krijgen hiervoor op dit moment jaarlijks in totaal circa € 580 miljoen.

VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ; thans de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)) hebben begin 2004 nadere afspraken gemaakt over aanpassingen in de academische component. De academische component wordt op basis van die afspraken jaarlijks aangepast aan de loon- en prijsontwikkeling; verder kent het onderdeel topreferente zorg daar bovenop een demogroei. Er zijn ook afspraken gemaakt over de wijze waarop de UMC's laten zien wat ze met het geld doen en daar verantwoording over afleggen, en de betrokkenheid van verzekeraars en VWS daarbij.

Tot slot is afgesproken dat de zorgverzekeraars geen risico lopen over de academische component. Zij hebben hiervoor de Stichting Fonds Academische Component opgericht. Sinds 2005 doneren verzekeraars voor de academische component op vrijwillige basis jaarlijks een vaste bijdrage per verzekerde aan het fonds. De zorgverzekeraars verdelen hiermee de schadelast op een (onderling)

aanvaardbare wijze. De stichting sluit overeenkomsten met de UMC's voor het betalen van de academische component. Verzekeraars lopen hier in het geheel geen risico mee. De academische component wordt zo apart gefinancierd en niet via specifieke DBCs of via het verrekenpercentage op alle DBCs. Deze fondsconstructie is nadrukkelijk een tijdelijke: deze wijze van bekostigen garandeert namelijk niet dat alle zorgverzekeraars meedoen en dus ook niet de financiering van deze taken.

Het onderdeel opleiden verdwijnt met ingang van 1 januari 2007 uit de academische component. Dit bedrag gaat naar het 'opleidingsfonds'. De academische component, die na 1 januari 2007 nog bestaat uit de onderdelen topreferente zorg en innovatie en ontwikkeling, wordt na aanpassing van de benodigde wet- en regelgeving per 1 januari 2008 betaald uit het zorgverzekeringsfonds. Deze wijze van financiering vervangt de huidige tijdelijke fondsconstructie.

### 5.1.3 Overige geldstromen

De UMC's ontvangen verder voor wetenschappelijke projecten nog inkomsten van onder meer de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO), ZonMw, collectebusfondsen en de industrie. Daarnaast zijn er nog subsidies van overheden, lesgelden voor onderwijs en opleiding en inkomsten uit dienstverlening in de zorg.

### 5.1.4 Samenvatting geldstromen UMC's

De onderstaande figuur geeft de verschillende budgetcomponenten van de UMC's schematisch weer. Het in de figuur vermelde huisvestingskader komt in hoofdstuk 6 aan bod.

*Schema UMC's en hun geldstromen  
(bedragen 2006 in miljoenen euro's voor de acht UMC's gezamenlijk)*

<b>500</b>	<b>400</b>	<b>500</b>	<b>580</b>	<b>2200</b>	<b>80</b>
2e, 3e, 4e geldstromen	Rijksbijdrage faculteit	Rijksbijdrage werkplaats	Academische component	FB-budget (A-segment)	DBC-budget (B-segment)
<b>Huisvestingskader (DHAZ) (200)</b>					

## 5.2 Consequenties van de wijzigingen in het zorgstelsel

### 5.2.1 Perspectief ziekenhuisbekostiging per 2008

De huidige FB-systematiek biedt in het nieuwe stelsel te weinig stimulans voor het leveren van zorgvernieuwing, doelmatigheid en transparantie. Zij laat onvoldoende zien welke prestaties individuele ziekenhuizen leveren. Ziekenhuizen krijgen daardoor nog onvoldoende beloning voor goede prestaties en worden niet afgerekend op ondermaatse prestaties. Binnen het FB-systeem is het voor ziekenhuizen lonend om te streven naar een maximalisatie van het budget: er is immers geen reële relatie tussen de werkelijke kosten en de vergoeding van deze kosten. Tot slot onderhandelt de zorgaanbieder in het FB-systeem met de collectieve zorgverzekeraars. Dat is strijdig met de kerngedachte van de Zvw van meer marktwerking. Deze tekortkomingen in de FB-systematiek (en de lumpsum) hebben enkele jaren geleden mede aan de wieg gestaan van de invoering van de DBCs.

In de brief 'Ruimte voor betere zorg' geeft de minister van VWS aan welke verdere stappen er in de

DBC-invoering voorzien zijn voor 2008. De wijzigingen in het systeem van ziekenhuisbekostiging moeten meer ruimte bieden voor initiatief en verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars en zorgaanbieders en beter aansluiten bij de filosofie van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Dit leidt uiteindelijk tot betere zorg voor patiënten.

Het nieuwe systeem houdt in dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor ruim 70% van de ziekenhuiszorg, het zogeheten B-segment, over de prijzen van de zorgproducten kunnen onderhandelen. Tijdelijke prijsbeheersing moet in dit deel van de ziekenhuiszorg in de eerste jaren een gematigde prijsontwikkeling en een prikkel tot doelmatigheid garanderen.

### *5.2.2 Bekostiging van bijzondere vormen van zorg en overige prestaties (A-segment)*

Voor een deel van het zorgaanbod is vrije prijsvorming met DBCs vooralsnog niet mogelijk of wenselijk, zo heeft de minister van VWS in zijn brief 'Ruimte voor betere zorg' ook aangegeven. Om een gezonde concurrentie voor de electieve zorg mogelijk te maken, moeten die delen van de zorg waar vrije prijsvorming nog niet kan of wenselijk is, afzonderlijk en zoveel mogelijk op basis van reële vergoeding bekostigd worden. Dit geldt in ieder geval voor prestaties die voornamelijk UMC's leveren, de beschikbaarheid van acute zorg, de topklinische zorg, de opleiding tot medisch specialist en de bekostiging van dure en weesgeneesmiddelen.

#### *Bekostiging van de topreferente zorg, innovatie en ontwikkeling in UMC's*

De academische component blijft nodig om de kwaliteit en beschikbaarheid van topreferente zorg en innovatie en ontwikkeling te waarborgen. De academische component maakt geen onderdeel uit van de DBC-systematiek. Zowel de ontwikkel- en innovatiefunctie als de topreferente functie kunnen namelijk naar verwachting niet adequaat opgenomen worden in een DBC. Innovatie moet ook in de toekomst betaald kunnen worden. Daarom moeten behandelingen/ontwikkelingen die in eerste instantie uit de academische component betaald worden, kunnen doorstromen naar het segment met vrije prijsvorming en concurrentie waar vergoed wordt op basis van DBCs. Zo ontstaat ruimte binnen de academische component om weer nieuwe innovaties te betalen.

#### *Acute zorg*

De kosten van de (acute) zorg komen zoveel mogelijk in de prijs van de DBCs tot uitdrukking. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen DBCs die spoedeisend of niet-spoedeisend worden geleverd. Zorgaanbieders hebben echter ook kosten voor het *beschikbaar* houden van acute zorg, zonder dat dit altijd leidt tot het leveren van zorg. Het is niet wenselijk dat ziekenhuizen hun spoedeisende hulp sluiten als deze door een lage DBC-omzet onrendabel is. Daarom krijgen zorgaanbieders een aparte vergoeding voor het beschikbaar houden van de acute zorg. Dit dekt uitsluitend kosten die buiten de reguliere werktijd gemaakt worden. Hoe hoog een norm voor de beschikbaarheidsvergoeding dient te zijn, wordt onderzocht bij een representatief aantal afdelingen spoedeisende hulp (SEH's). Komende tijd zal worden bezien welke zorgaanbieders met een SEH-locatie voor vergoeding van beschikbaarheid in aanmerking moeten blijven komen en wie dat bepaalt.

De beleidsregels WTZi bepalen dat de UMC's in hun rol als traumacentrum het regionale overleg acute zorgketen moeten organiseren<sup>13</sup>. Dat overleg moet zorgen dat er aansluitend een werkend systeem is (7 x 24 uur) dat op voorhand duidelijk maakt naar welke instelling de betreffende patiënt vervoerd kan of moet worden. Elke regio moet daar, op initiatief van het traumacentrum, een passende oplossing voor vinden.

#### *Topklinische zorg (WBMV)*

Voor een deel van de topklinische zorg gelden al DBCs en voor het deel waarvoor dat nog niet geldt, gebeurt dit alsnog. De NZa stelt voor deze zorg de DBC-tarieven vast. Of er voor deze zorg vanaf 1 januari 2008 sprake moet zijn van vaste of maximumtarieven moet nog worden besloten.

<sup>13</sup> In verband met regionale spreiding zijn ook twee algemene ziekenhuizen als traumacentrum aangewezen.



### *Opleidingen*

Zorginstellingen die zorgprofessionals opleiden mogen geen substantieel concurrentienadeel hebben tegenover instellingen die niet opleiden. Daarom komt er voor opleidingen die marktverstrend werken een opleidingsfonds. Dat gaat op 1 januari 2007 van start voor een eerste tranche van zorgopleidingen: huisartsen, erkende medische specialisten (m.u.v. de psychiaters), tandheelkundige specialisten en de zogenaamde  $\beta$ -beroepen (ziekenhuisapothekers, klinische fysici en klinisch chemici).

### *Dure en weesgeneesmiddelen*

Zorgaanbieders kunnen voor de financiering van dure geneesmiddelen en weesgeneesmiddelen (geneesmiddelen voor zeldzame ziekten) een beroep doen op beleidsregels van de NZa. Sinds 1 januari 2006 kunnen UMC's en algemene ziekenhuizen voor dure geneesmiddelen 80% van de kosten in hun budget vergoed krijgen. De UMC's kunnen daarnaast 95% van de kosten voor weesgeneesmiddelen vergoed krijgen in hun budget. Deze beleidsregels zijn tijdelijk; de behandeling met dure geneesmiddelen en de behandeling van weesziekten worden opgenomen in de DBC-systematiek. De concentratie van de behandeling van weesziekten moet beleidsmatig worden afgedwongen. De minister van VWS kan hiervoor artikel 8 van de WBMV als uiterste instrument gebruiken.

### *5.2.3 B-segment*

De academische functies kunnen alleen met een zekere hoeveelheid basispatiëntenzorg goed ingevuld worden. Hiervoor gaan de UMC's de markt van gedereguleerde zorg op. Maar dat moet wel op een eerlijke manier gebeuren. UMC's mogen niet, met het geld dat zij ontvangen voor de bijzondere functies, door een lagere prijs voor de basispatiëntenzorg een oneerlijke concurrentiepositie krijgen tegenover andere zorgaanbieders. Het uitgangspunt is daarom dat UMC's niet minder, maar ook niet meer geld krijgen dan zij nodig hebben voor hun specifieke functies. Alleen dan is er op prijsgebied (op de vrije markt) het beoogde 'gelijke speelveld' tussen UMC's en andere zorgaanbieders. UMC's kunnen dan met de andere zorgaanbieders concurreren op patiëntoordelen en kwaliteit van zorg. Ten aanzien van de prijs zouden UMC's kunnen uitkomen op een marktconforme prijs. Dit betekent dat de UMC's voor al hun patiënten "gewoon meedraaien" in de DBC-systematiek. De meerkosten van de topreferentie en innoverende functie worden vergoed met de academische component.

### **5.3 Conclusie: marktwerking waar mogelijk, bijzondere bekostiging waar nodig**

Voor basispatiëntenzorg zijn voor UMC's geen aparte spelregels nodig of wenselijk. De UMC's functioneren voor het contracteren van zorg net als andere ziekenhuizen op de markt van gedereguleerde zorg. Zij kunnen met andere zorgaanbieders concurreren op het oordeel van patiënt en op kwaliteit. Dit kan ook: de bijzondere bekostiging van de topreferentie- en de ontwikkel- en innovatiefunctie (academische component) zorgt ervoor dat ongelijke posities op het gebied van prijzen worden voorkomen. De NZa heeft instrumenten om correctief en preventief op te treden tegen posities van aanmerkelijke marktmacht en de NMa kan optreden tegen misbruik van machtsposities. Innovaties moeten ook in de toekomst doorgaan. Dat vraagt om voortdurende doorstroom van zorg die wordt betaald uit de academische component naar gedereguleerde zorg die met DBCs in een concurrerende markt bekostigd wordt.

## **6 Sturing en bekostiging van infrastructurele voorzieningen**

### **6.1 Huidige situatie**

De sturing en bekostiging van investeringen in infrastructurele voorzieningen vormt een apart hoofdstuk in de bekostigingssystemen. Investerings in nieuw-, aan- en verbouw, in terreinen en in vaste installaties van UMC's worden al vele jaren uit een afzonderlijk kader bekostigd. De ministeries van Financiën, VWS en OCW hebben hierover in 1987 afspraken gemaakt. De Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi, vroeger de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV)), geldt tegelijkertijd wel.

Dat betekent dat instellingen de investeringen zelf financieren met langlopende leningen. De jaarlijkse rente- en afschrijvingslasten worden voor 75% betaald uit het Budgettair Kader Zorg en voor de resterende 25% uit de Rijksbijdrage Academische Ziekenhuizen (begroting OCW). Dit hebben de betrokken ministeries in 1987 zo afgesproken.

Eind 2003 hebben VWS, OCW en de NFU een convenant gesloten over de deregulering van de academische ziekenhuisbouw: het convenant Decentralisatie Huisvesting Academische Ziekenhuizen (DHAZ). Dat convenant is in 2004 van kracht geworden. Hierin ligt vast dat de UMC's voor instandhoudingsinvesteringen geen vergunning voor de WTZi nodig hebben, als maar is voldaan aan bepaalde voorwaarden. De UMC's hebben binnen een aangepast jaarlijks investeringsplafond dus grote vrijheid voor een eigen investeringsbeleid. VWS en OCW verdelen elk jaar gezamenlijk het beschikbare geld voor de bouw. De NFU kan een voorstel voor de verdeling doen. De (huidige) planning omvat tevens de grote nieuwbouwprojecten in Nijmegen en Rotterdam; die worden nog onder het oude WZV-regime met een verklaring en vergunning uitgevoerd.

### **6.2 Consequenties van de wijzigingen in het zorgstelsel voor de infrastructurele voorzieningen**

#### *Bekostiging*

Voor de kapitaallasten blijft het DHAZ-convenant uitgangspunt. De verwevenheid van het gebruik van gebouw en apparatuur voor de verschillende functies maakt het moeilijk zo niet ondoenlijk de bekostiging in detail daarnaar uit te splitsen. Anderzijds maakt de overgang naar het nieuwe zorgstelsel het wenselijk dat de UMC's per 1 januari 2008 in het A-segment en het (uitgebreide) B-segment op gelijke voet met de algemene ziekenhuizen risico gaan lopen over het volume van deze zorg en de daarmee samenhangende kapitaallasten. Dit kan door het met deze zorg samenhangende deel van het DHAZ-kader af te zonderen en vanaf dat moment risicodragend te maken door het integraal onderdeel te laten zijn van de prijs of het tarief van de geleverde zorg in het A en B-segment. Het DHAZ-kader houdt na die wijziging alleen nog verband met de academische component en de werkplaatsfunctie. Wij zullen de NZa verzoeken om dit uitgangspunt verder uit te werken.

#### *Sturing en verdeling bekostigingsverantwoordelijkheid VWS en OCW*

Ziekenhuizen moeten in de toekomst rekening houden met meer onzekerheden in het dekken van structurele lasten van voorgenomen en reeds gedane investeringen. UMC's krijgen hiermee meer verantwoordelijkheid voor het structureel plannen en financieren van de investeringen. VWS en OCW sturen en controleren dan alleen nog op de apart bekostigde academische zorg- en opleidingsfuncties.

De minister van OCW blijft politiek eindverantwoordelijk voor de UMC's. Niettemin leidt het nieuwe zorgbeleid ertoe dat de sturing van en het toezicht op de instandhoudingsinvesteringen van de UMC's nog meer bij VWS komt te liggen. VWS neemt daarom vanaf 2007 het initiatief voor de beleidsontwikkeling en voor de uitvoering van het beleid op het terrein van de investeringen van UMC's. Dit geldt vooral voor de ontwikkeling en toepassing van nieuw beleid op dit terrein en de uitvoering van de convenantsafspraken. Daaronder vallen ook het toezicht op de uitvoering en de verantwoording. VWS wordt weliswaar leidend in deze processen, maar besluiten worden in

overeenstemming met OCW genomen. Dat geldt bijvoorbeeld voor het vaststellen van het meerjarig DHAZ, dat immers financiële gevolgen heeft voor OCW. Ook OCW kan initiatieven nemen die nodig worden geacht voor de ruimtelijke voorzieningen in UMC's.

De werkplaatsfunctie van de UMC's vinden wij belangrijk. In de nieuwe conceptwetgeving voor het hoger onderwijs behoudt het academisch ziekenhuis de status van aangewezen werkplaats voor de artsopleiding en het medisch wetenschappelijk onderzoek. Wel onderzoeken wij de komende periode of het bedrag voor de werkplaatsfunctie, overeenkomt met de omvang van die functie.

Wij hebben afgesproken om te gaan kijken naar de verdeling van de bekostigingsverantwoordelijkheid tussen VWS en OCW voor de investeringen in infrastructurele voorzieningen in UMC's. De bestaande afspraak hierover, de 75/25-verdeling tussen VWS en OCW, is bijna twintig jaar oud en heeft een historisch bepaalde achtergrond. We bekijken of deze verdeling de huidige situatie nog voldoende recht doet.

## 7 Verantwoording en transparantie

Verantwoording en transparantie zijn zeer actuele thema's binnen de zorg. De samenleving stelt hoge eisen aan de kwaliteit en zichtbaarheid van prestaties van aanbieders en verzekeraars in de zorg. Die eisen liggen deels vast in (nieuwe) wetgeving. Voor de UMC's zijn transparantie en verantwoording heel belangrijk, vanwege de verschillende (publieke) functies die zij vervullen en de hieraan gekoppelde verschillende geldstromen.

### 7.1 Goed bestuur

"Governance (goed bestuur) is een stelstel van spelregels en omgangsvormen voor goed bestuur van en goed toezicht op zorgorganisaties, en van adequate verantwoording aan en beïnvloeding door belanghebbenden van de wijze waarop de zorgorganisatie haar doelen realiseert en kwalitatief verantwoorde en doelmatige zorg levert" (commissie Meurs).

#### *Bestuur en toezicht*

De wettelijke eisen voor de bestuursstructuur voor de UMC's komen niet, zoals bij andere zorginstellingen, voort uit de WTZi, maar uit de WHW. Deze wet bepaalt thans ook nog dat de minister van OCW de leden van de Raad van Toezicht benoemt. Die bevoegdheid vervalt in de voorstellen voor wijziging van de WHW<sup>14</sup>. Naast de WHW geldt voor de UMC's ook de zorgbrede governancecode, die brancheorganisaties<sup>15</sup> zelf hebben opgesteld. De transparantie-eisen voor de bedrijfsvoering, die ook voor de UMC's gelden, staan in de WTZi.

#### *Publieke verantwoording*

Het moderne zorgstelsel, dat de verantwoordelijkheden zoveel mogelijk legt bij zorgvragers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars, vraagt om transparante verantwoordingsinformatie. Hiervoor èn om de administratieve lasten van zorginstellingen te verlagen, heeft VWS met partijen in de zorg - waaronder de NFU - een verantwoordingsmodel afgesproken voor de jaarlijkse verantwoording van zorgaanbieders. Dit zogeheten Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording voegt alle verantwoordings- en informatieverplichtingen waaraan een zorginstelling moet voldoen - waaronder ook de transparantieverplichtingen van de WTZi - samen. Per 1 januari 2007 is het gebruik van het Jaardocument wettelijk verplicht en verankerd in de Regeling verslaglegging WTZi.

De UMC's verrichten ook prestaties op het terrein van onderwijs en onderzoek. Hiervoor hebben zij een verantwoordingsrelatie met de universiteiten en via deze met het ministerie van OCW. Ook hier neemt het belang van publieke verantwoording toe. De UMC's zijn dan ook bezig om samen met de belangrijkste belanghebbenden te komen tot een aanvulling van het Jaardocument op de terreinen onderzoek, onderwijs, opleiding, innovatie en valorisatie.

Het Jaardocument is niet statisch, maar kan jaarlijks verbeterd worden. Zo kunnen bijvoorbeeld nieuwe ontwikkelingen van prestatie-indicatoren gericht op de kwaliteit van zorg meegenomen worden. Het zichtbaar en vergelijkbaar maken van kwaliteit, stimuleert zorgaanbieders om die kwaliteit te verbeteren. VWS heeft, voor betere samenwerking op dit gebied tussen zorgaanbieders, verzekeraars en consumenten, het traject 'Ziekenhuistransparantie' opgezet. De belangrijkste belanghebbenden in de ziekenhuiszorg staan aan het begin van een traject om de prestaties van ziekenhuizen op een goede manier zichtbaar en vergelijkbaar te maken. Dit geldt ook voor de prestaties van UMC's voor zorg die algemene ziekenhuizen ook leveren. De sector vult met dit traject

<sup>14</sup> De bestuurlijke organisatie van de UMC's (inclusief de invulling van de toezichtfunctie) te Nijmegen en Amsterdam (VU) is geregeld in de statuten van de rechtspersonen. De minister van OCW heeft daar geen benoemingsbevoegdheid voor de raden van toezicht, zoals hij die vooralsnog wel heeft bij de openbare instellingen. In het wijzigingsvoorstel voor de WHW wordt voorgesteld om de benoemingsbevoegdheid van de minister van OCW helemaal te laten vervallen.

<sup>15</sup> Actiz, VGN, NVZ, NFU en GGZ Nederland

de transparantieplichting uit de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) zelf in. De UMC's vinden de ontwikkeling van prestatie-indicatoren belangrijk en zijn bereid een bijdrage te leveren aan dit proces.

Bijzondere aandacht vraagt de legitimering van de academische component. Zoals eerder aangegeven, kan dit niet via de DBCs. Maar ook hier geldt de noodzaak van maatschappelijke legitimering: wat doen de UMC's op hoofdlijnen met dit geld? Daarom wordt dit onderdeel op korte termijn opgenomen in het Jaardocument.

## 7.2 Legitimering academische component

De bijzondere positie van UMC's gaat hand in hand met bijzondere verplichtingen. De bijzondere wijze van financiering van innovatie en ontwikkeling en topreferente zorg leidt voor de UMC's tot een verantwoordingsplicht naar de overheid, premiebetalers en zorgverzekeraars. Daarnaast moeten patiënten en verwijzers weten waar zij terecht kunnen voor topreferente zorg (informatieplicht).

VWS heeft in 2004 afspraken gemaakt met de NFU en ZN over de wijze waarop de UMC's inzicht bieden in en verantwoording afleggen over de inzet van de middelen die zij met de academische component krijgen en de betrokkenheid van verzekeraars en VWS daarbij. NFU en ZN hebben deze afspraken uitgewerkt in het document "Legitimering academische component" (december 2004).

Kort samengevat bevat het document het volgende:

VWS bepaalt de financiële omvang en de ontwikkeling in de academische component en is vanuit de verantwoordingsgedachte bij de academische component betrokken.

Zorgverzekeraars maken weliswaar geen afspraken over de academische component, maar willen onder meer vanwege de nauwe relaties met de rest van de zorg wel op de hoogte en betrokken zijn bij de wijze van besteding van de academische component. Verzekeraars willen ten behoeve van hun inkoop van zorg zien of patiënten die dat nodig hebben, gebruik kunnen maken van de 'last resort' functie.

De NFU biedt ieder jaar per UMC achteraf inzicht in de besteding van het geld, verdeeld over de blokken topreferente zorg en ontwikkeling en innovatie<sup>16</sup>. De plannen van de UMC's op het gebied van onderzoek en innovatie en op het gebied van de topreferente zorg worden ook vooraf toegelicht. Het geld van deze twee blokken wordt in een jaarlijkse cyclus gelegitimeerd. Deze cyclus start lokaal en eindigt in een landelijke setting om vervolgens voor een volgend jaar weer vertaald te worden naar de lokale situatie. De jaarlijkse cyclus wordt afgerond met een landelijk overleg tussen NFU, ZN en VWS om conclusies te trekken ten aanzien van de 'export' van ontwikkelingen (brede implementatie van de in de UMC's bewezen innovaties in de zorg) en over de beleidsthema's voor het volgende jaar.

De UMC's nemen in het jaarverslag de rapportage op die zij gebruiken voor de bespreking in het lokaal overleg. Vanaf 2007 zal deze verantwoording naast kwalitatief ook een meer kwantitatief karakter krijgen.

### *Innovatie en ontwikkeling*

De functie 'innovatie en ontwikkeling' gaat over: het bedenken, uitproberen en uittesten van ontwikkelingen. Deze ontwikkelingen hebben betrekking op de direct patiëntgebonden zorg, maar ook bijvoorbeeld op de organisatie van de zorg. Ook de exportfunctie van kennis behoort hiertoe.

Hieronder staan de ijkpunten waarmee de UMC's dit onderdeel van de academische component inzichtelijk maken. Overigens beslaan deze parameters niet alleen de academische component, maar ook onderzoek.

<i>Kwantitatief</i>	<i>Kwalitatief</i>
---------------------	--------------------

<sup>16</sup> Het segment opleiden wordt per 1 januari 2007 overgeheveld naar het opleidingsfonds. De verantwoording van deze middelen wordt binnen dit kader bekeken.

<sup>17</sup> Medisch-ethische toetsingscommissie

<p>Geordend naar speerpunt en wetenschapsgebieden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Goedgekeurde METC<sup>17</sup> projecten: aantal en omschrijving</li> <li>• Publicaties: aantal, aantal citaties per artikel, citatiescore, publicaties in top 1% segment, tijdschriftimpact</li> <li>• Promoties: aantal</li> <li>• Projecten: aantal en omzet</li> <li>• Octrooien/patenten: aantal verworven en aantal lopende</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Speerpunten in onderzoek</li> <li>• Inzicht in de wijze waarop innovaties aan de periferie worden overgedragen en richting welke instellingen overdracht plaatsvindt</li> </ul>
--	--

In 2007 stelt de NFU een lijst op van innovaties die zouden kunnen uitstromen uit de academische component. NFU, ZN en VWS zullen onderzoeken op welke wijze deze uitontwikkelde innovaties via DBCs bekostigd kunnen worden. Ook DBC Onderhoud, de NZa, het College voor Zorgverzekeringen en de NVZ vereniging van ziekenhuizen hebben in dit traject ieder hun eigen rol te spelen. Door die vormen van zorg uit te laten stromen die andere zorgaanbieders dan UMC's ook aanbieden, ontstaat er een gelijk speelveld tussen de UMC's en de overige aanbieders.

#### *Topreferente zorg*

Topreferente zorg is voor patiënten die aangewezen zijn op schaarse kennis, kunde en infrastructuur en voor wie de zorg in directe verbinding staat met het fundamenteel en toegepast wetenschappelijk onderzoek. Dit noodzaakt tot concentratie en een goede band met onderzoek. Daarom wordt deze zorg buiten het marktcircuit van de reguliere zorg geplaatst en vindt ze voor het overgrote deel in UMC's plaats. Die krijgen daar apart geld voor. Deze bijzondere positie gaat hand in hand met bijzondere verplichtingen. De vraag is dus hoe de UMC's aard en omvang van de topreferente zorg inzichtelijk maken voor de belangrijkste belanghebbenden: patiënten, verwijzers, verzekeraars en overheid. Ook inzicht in concentratie en spreiding van topreferente patiëntenzorg is van belang.

Topreferente zorg kan niet langs de lijn van bijvoorbeeld DBCs eenvoudig inzichtelijk worden gemaakt. Daarvoor loopt de groep van patiënten te zeer uiteen en is het verrichtingsprofiel te experimenteel en dynamisch. De inzichtelijkheid is het best te geven door een aantal invalshoeken te kiezen, die elk één facet van topreferentie weergeven. De verschillende belanghebbenden kunnen dan uit het beschikbare feitenmateriaal kiezen wat vanuit hun perspectief de beste informatie geeft. De totale informatie legitimeert dan het totale budget van de UMC's voor de topreferente functie.

De UMC's maken de topreferente zorg langs de volgende invalshoeken inzichtelijk:

#### **Funcities**

DBC's zijn weliswaar geen geschikt vehikel zijn om de inhoud van de topreferente zorg te beschrijven, maar het is wel mogelijk in relatie tot de ICD (international classification of diseases) een lijst van ziekten te maken die naar aard en omvang vooral voor topreferente patiënten gelden. Deze lijst wordt aangevuld met korte inhoudelijke beschrijvingen, waaruit onder meer blijkt waarom er sprake is van topreferente zorg.

Zo'n lijst geeft een indicatie van spreiding of gebrek daaraan en is daarmee belangrijk voor patiënten en verwijzers maar ook voor de overheid en zorgverzekeraars. Op deze manier kunnen de UMC's duidelijk maken dat alle topreferente patiënten in minstens één UMC terecht kunnen. Ook van alle weesziekten stellen de UMC's een lijst op.

#### **Case review**

Herkomst en diagnose kunnen een idee geven van de aard en omvang van de topreferente zorg maar ze blijven benaderingen. Een 'gewone' diagnose met veel bijkomende ziekten (co-morbiditeit) kan toch topreferent zijn, een patiënt van ver is dat niet noodzakelijkerwijs. Een steekproef van

patiënten, beoordeeld door een commissie van deskundigen aan de hand van tevoren overeengekomen criteria kan een nadere indruk geven van de omvang van de topreferente functie. Er wordt eerst een pilot uitgevoerd in twee UMC's. Op basis van deze oefening wordt het toetsingskader voor topreferente patiënten vastgesteld.

De resultaten van de case review kunnen er mogelijk toe leiden dat de UMC's in de toekomst voor al hun patiënten gaan registreren of deze topreferent zijn.

Een verbinding in de audit tussen topreferente zorg en het daarmee samenhangend wetenschappelijk onderzoek kan, meer dan thans, ook inzicht geven in de besteding van de rijksbijdrage.

### ***Portal***

De verkregen gegevens zijn voor intern gebruik, dat wil zeggen om te verantwoorden naar de overheid en zorgverzekeraars en voor overleg met patiëntenverenigingen en zorgaanbieders. Het is nuttig en nodig een deel van die gegevens ook verder naar buiten te gebruiken. Met name de gegevens over de functies, aangevuld met korte inhoudelijke beschrijvingen en betrokken disciplines, lenen zich voor openbaarmaking. Hiervoor wordt een portal ingericht waarop patiënten en verwijzers kunnen zoeken naar de meest geschikte plek voor specifieke topreferente zorg. Een dergelijke portal kan ook vragen uit andere Europese landen over de aanwezigheid van expertisecentra in Nederland beantwoorden.

## **8 Arbeidsvoorwaarden**

De UMC's zijn de eerste sector van OCW geweest waarvan de arbeidsvoorwaarden zijn gedecentraliseerd. De UMC's zijn vanaf 1996 een zelfstandige overheidssector met een eigen CAO/rechtspositieregeling die aan werkgeverszijde wordt afgesloten door de UMC's zelf. UMC's en algemene ziekenhuizen ontvangen vanaf 1996 dezelfde bijdrage van de overheid in de arbeidskostenontwikkeling, de zogenoemde ova.

De UMC's vallen verplicht onder de pensioenregeling ABP, terwijl de algemene ziekenhuizen onder het PGGM vallen. De premieniveaus en de rechtenpakketten van PGGM en ABP verschillen onderling. De NFU heeft met Centrales van Overheidspersoneel een pensioenstudie afgesproken om zowel inhoudelijk als financieel op pensioengebied tot een gelijk speelveld te komen met de algemene ziekenhuizen. De UMC's zullen aan de hand daarvan een keuze maken die volgens hen een gelijkwaardige arbeidsmarktpositie en een gelijke werkgeverskoopkrachtontwikkeling met de algemene ziekenhuizen het dichtst benadert. Die keuze bespreken zij vervolgens met de vakbonden. De ministeries van VWS en OCW ondersteunen deze ontwikkeling. Al eerder werd immers afgesproken dat inspanningen nodig zijn om ervoor te zorgen dat de arbeidsmarktpositie van de academische ziekenhuizen zich op gelijkwaardige wijze ontwikkelt als die van particuliere zorginstellingen. De keuze die de UMC's te zijner tijd zullen doen zal niet tot meerkosten mogen leiden.



## 9 Kennis en innovatie

### 9.1 UMC's en maatschappelijke opgaven in de zorg

Belangrijke vraagstukken in de volksgezondheid en zorg die voortvloeien uit de huidige trends en verwachte toekomstscenario's beschouwen wij als maatschappelijke opgaven. VWS wil daar meer prioriteit aan geven en een deel van de bestaande onderzoek- en ontwikkelcapaciteit gericht voor deze maatschappelijke opgaven inzetten. Hoe moet dat? In essentie gaat het om: kweken van aandacht, mobiliseren van relevante partijen, bundelen van kennis en expertise, stimuleren van meer dynamiek en samenwerking tussen onderzoek, beleid en praktijk en het schetsen van relevante kennisvragen en mogelijke innovatietrajecten.

VWS heeft in dialoog met het veld voor de komende jaren vijf vraagstukken benoemd die met elkaar de maatschappelijke opgaven vormen:

- \* Anticiperen op een groeiende en veranderende zorgvraag
- \* Langer leven in gezondheid
- \* Houdbare kwaliteit en patiëntveiligheid
- \* Grenzen aan zorg en omgaan met schaarste en risico's
- \* Snellere ontwikkeling en toepassing van innovatieve medische producten

VWS is in 2005 een beleidsrijke dialoog gestart met de NFU. De NFU organiseert samen met VWS medewerkers verschillende activiteiten die relevant zijn voor thema's uit de maatschappelijke opgaven. Daarbij maken de UMC's duidelijk aan welke maatschappelijke opgaven zij met hun onderzoek, ontwikkeling, opleiding en innovatieve patiëntenzorg kunnen bijdragen. In 2006 is met de NFU gewerkt aan de onderwerpen: patiëntveiligheid, grenzen aan de zorg en zorgmodellen voor COPD en hartfalen. Met het Interuniversitair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH) is gewerkt aan het onderwerp opschaling van de eerstelijns. De doorloop van deze onderwerpen is één à twee jaar. Het voornemen is in een jaarlijks bestuurlijk overleg de activiteiten te bespreken en waar mogelijk en nuttig door te gaan met nieuwe onderwerpen. Voor 2007 zijn dat ouderenzorg en overgewicht. De activiteiten lopen uiteen van het uitbrengen van een NFU brochure, het voorbereiden van een publiek debat, het ontwikkelen van een advies aan VWS tot aan het initiëren van nieuwe zorgmodellen voor samenwerking van de UMC's met de eerstelijns. In alle activiteiten komt tot uiting aan welke onderwerpen de UMC's bijdragen, hoe deze kennis en innovaties in de regio verder worden verspreid naar andere ziekenhuizen, eerstelijns, care en andere sectoren en welke rol het UMC daarin speelt en zou kunnen spelen. Daarnaast is het belangrijk om niet alleen goede voorbeelden te laten zien, maar tevens een bestendige beleidsondersteunende relatie op te bouwen tussen de UMC's en VWS en andere ministeries.

### 9.2 UMC's in Nederland als kennisland

Een bijzonder aspect van de UMC's is de rol die de overheid van hen mag verwachten in het kader van innovatiebeleid, een speerpunt van het regeringsbeleid. De rol van de UMC's houdt niet op bij het doen van onderzoek. Ook het ter beschikking stellen van kennis is een deel van de opdracht van UMC's. Belangrijk is dat de projecten die UMC's uitvoeren maatschappelijk rendabel zijn.

De onmiddellijke nabijheid van een klinische setting voor onderzoekers die werkzaam zijn in een UMC verschaft Nederland een voorsprong boven de gemiddelde universiteit of universitaire zorginstelling in Europa. Het aanleggen van databanken met behulp van ICT-toepassingen, zodat ziektebeelden gekoppeld kunnen worden aan voor dit doel afgestaan lichaamsmateriaal van grote patiëntenpopulaties, kan inzicht verschaffen in de bepalende factoren voor het ontstaan van ziektes. In de databanken staan acht ziektebeelden, zoals diabetes en kanker, centraal. Het voornemen van de acht UMC's om hier landelijk de krachten te bundelen, is een grote stap voorwaarts. De planning is om in vier jaar tijd de infrastructuur neer te zetten. Dit voorbeeld en andere voorbeelden uit de projecten die uit de FES-gelden worden bekostigd, geven aan welke kansen er op het terrein van de profilering van Nederland als kennisland in de *life sciences* liggen.

Wij zullen nader onderzoeken of met deze taak van de UMC's die bijdraagt aan de ontwikkeling van ons land tot kennisland, in de financiering van de UMC's meer rekening gehouden kan worden. In het bijzonder gaat het om de noodzakelijke faciliteiten voor medisch onderzoek, voor zover ze die van een algemeen ziekenhuis overstijgen en nu nog betaald worden uit de jaarlijkse rijksbijdrage voor de werkplaatsfunctie.

## 10 Tot slot

De betekenis van de bijzondere zorgfunctie van UMC's is sinds het uitbrengen van de positioneringsnota in 1998 niet veranderd. Wel is het met de invoering van een systeem van gereguleerde marktwerking, waarbij een gelijk speelveld tussen zorgaanbieders één van de voorwaarden is, meer van belang om de ontwikkel- en innovatiefunctie en de topreferente functie apart te bekostigen en hier nadere afspraken over vast te leggen. We hebben de bekostiging van deze bijzondere functies verankerd via de academische component en deze functies zuiverder gedefinieerd door afspraken te maken over de legitimering ervan. De facto wordt een scheiding aangebracht tussen vormen van zorg die aan de markt overgelaten worden en functies die vanwege hun publiek karakter bijzondere bekostiging noodzakelijk maken. Daardoor kunnen de UMC's meedoen op de markt van gedereguleerde zorg en hun bijzondere functies blijven vervullen.

## Bijlage

### UMC's IN MAAT EN GETAL 2005

Medewerkers (fte)	60.000
– Vrouwen	67%
– Deeltijd	55%
– Medisch specialisten	3.200
Budget (mln euro)	4.300
– Zorg (incl. academische component)	2.900
– Onderzoek en onderwijs	900
– Overige geldstromen	500
<hr/>	
Eerste polikliniek bezoeken <sup>18</sup>	970.000
Dagverpleging	150.000
Opnamen	224.000
Verpleegdagen	1.700.000
Erkende bedden	8.000
<hr/>	
Studenten geneeskunde	15.600
Studenten tandheelkunde	1.500
Overige universitaire studenten	1.500
Specialisten in opleiding	2.500
Promovendi	2.000
Verpleegkundige- en paramedische opleidingen	3.000
Overige opleidingen	2.000
<hr/>	
Publicaties	6.500
Citaties	200.000
Proefschriften	800
Projecten klinisch onderzoek	2.000

<sup>18</sup> Ter vergelijking volgen hieronder de productievolumes voor de algemene ziekenhuizen in 2005:

Eerste polikliniekbezoeken	7.700.000
Dagverpleging	1.000.000
Opnamen	1.500.000
Verpleegdagen	8.800.000

Het aantal erkende bedden in algemene ziekenhuizen is 46.000.

Bron: NZa, oktoberrapportage, cijfers peildatum 31 augustus 2006.

