



Ministerie van Financiën

IBO Universitair Medische Centra

Datum maart 2012

Colofon

Titel IBO Universitair Medisch Centra

Auteur(s)

Bijlage(n)

Inlichtingen **Inspectie der Rijksfinanciën**

Inhoud

Samenvatting	3
1 Inleiding	7
1.1 Centrale vraag.....	7
1.2 Aanpak.....	8
1.3 Leeswijzer.....	8
2 Beleidsbeschrijving	9
2.1 Wat is een UMC?.....	9
2.1.1 Intensieve samenwerking tussen geneeskundefaculteit en academisch ziekenhuis.....	9
2.1.2 Relatie UMC met de ministers van OCW en VWS.....	9
2.2 De publieke functies van UMC's.....	10
2.2.1 (Topreferente) patiëntenzorg.....	10
2.2.2 Medisch onderzoek.....	11
2.2.3 Medisch onderwijs en opleidingen.....	12
2.3 De geldstromen van UMC's.....	13
2.3.1 Financieringsbronnen UMC's.....	13
2.3.2 Toelichting financieringstromen.....	14
2.3.3 Overzichtstabel.....	17
2.4 Prestaties van UMC's.....	17
2.4.1 Zorg.....	17
2.4.2 Medisch onderwijs en opleidingen.....	18
2.4.3 Onderzoek.....	18
2.5 De omgeving van UMC's.....	18
2.5.1 STZ-ziekenhuizen.....	18
2.5.2 Doorverwijzen door algemene ziekenhuizen.....	18
2.5.3 Recente beleidsontwikkelingen.....	19
3 Analyse	21
3.1 Inleiding.....	21
3.1.1 Intransparantie.....	21
3.1.2 Marktfalen en overheidsingrijpen.....	22
3.1.3 Verdere aanpak.....	22
3.2 Academische component.....	23
3.2.1 Gevolgen intransparantie academische component.....	23
3.3 Werkplaatsfunctie.....	24
3.3.1 Universiteit is beperkt betrokken bij besteding werkplaatsbudget door UMC....	24
3.3.2 Het werkplaatsbudget en de facultaire bijdrage hebben hetzelfde doel.....	24
3.4 Opleidingsfonds.....	24
3.4.1 De opleiding tot medisch specialist is lang.....	24

3.4.2	Onvoldoende onderbouwde tariefverschillen en onvoldoende prikkel door staffel	25
3.4.3	Privaat rendement medische opleiding relatief hoog.....	25
4	Beleidsvarianten	28
4.1	<i>Inleiding</i>	28
4.2	<i>Basisvariant: verbetering transparantie</i>	28
4.3	<i>Variant 1: Objectivering en concentratie academische component</i>	28
4.3.1	Schets variant 1	29
4.3.2	Aanbeveling ten aanzien van afwentelingsrisico algemene ziekenhuizen op UMC's	32
4.4	<i>Variant 2: Werkplaatsfunctie integreren met facultaire bijdrage</i>	33
4.4.1	Inleiding.....	33
4.4.2	Schets variant 2	33
4.4.3	Budgettaire effecten variant 2	34
4.5	<i>Variant 3: Opleidingsfonds</i>	35
4.5.1	Inleiding.....	35
4.5.2	Subvariant 3.1: Opleidingsduur medisch specialist op Europees niveau	35
4.5.3	Subvariant 3.2: generiek opleidingstarief	36
4.5.4	Subvariant 3.3: eigen bijdrage opleiding tot medisch specialist	38
4.5.5	Overzicht budgettaire effecten subvarianten opleidingsfonds.....	39
4.6	<i>Tot besluit</i>	39
	Geraadpleegde literatuur	43
	Bijlage 1 Taakopdracht IBO UMC's.....	46
	Bijlage 2 Samenstelling werkgroep	48
	Bijlage 3 Geraadpleegde organisaties en personen.....	50
	Bijlage 4 Inkomsten UMC's 2010 naar herkomst.....	51
	Bijlage 5 Subsidiebedragen opleidingsfonds	52
	Bijlage 6 Opleidingsduur klinisch specialistische vervolgoopleidingen	53

Samenvatting

In Universitair Medische Centra (UMC's) vindt een intensieve samenwerking plaats tussen de geneeskundefaculteit van een universiteit en het daaraan verbonden academisch ziekenhuis. UMC's leveren basis- en topklinische patiëntenzorg en vervullen daarnaast drie publieke functies, te weten het leveren van topreferente patiëntenzorg, het verrichten van medisch wetenschappelijk onderzoek en het aanbieden van medisch onderwijs en opleidingen. De publieke functies van de UMC's worden gefinancierd uit verschillende geldstromen. Elke geldstroom heeft een bepaalde publieke functie als financieringsdoel. In de praktijk blijkt echter niet alleen moeilijk te onderscheiden welke geldstroom voor welk doel wordt ingezet, ook is het onduidelijk in hoeverre de geldstromen bijdragen aan de resultaten van de UMC's. Tegen die achtergrond, en gezien de veranderingen in de financiering van de zorg, zoals prestatiebekostiging, heeft het kabinet een Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) ingesteld om te onderzoeken of de huidige manier van financiering en aansturing van de UMC's nog doelmatig is, dan wel dat vernieuwing van de verdeelgrondslagen en/of eventueel bundeling van de geldstromen en aanpassing van de aansturing wenselijk is.

Intransparantie

Basale informatie over de relatie tussen financiering en prestaties van UMC's blijkt te ontbreken. Los van mogelijke praktische problemen om financiering en prestaties met elkaar in verband te brengen, is de informatie eenvoudigweg niet voor handen. Hierbij speelt mee dat een eenduidige definitie van het type zorg dat het meest kenmerkend is voor UMC's, de topreferente zorg, niet bestaat. Het woord 'intransparantie' moet ten aanzien van de UMC's met hoofdletters worden geschreven.

Marktfalen en overheidsingrijpen

Een analyse naar de marktordening van de taken van UMC's leidt wel tot een heldere diagnose die handvatten biedt hoe de doelmatigheid en prestaties van UMC's kunnen worden verbeterd. Bij de publieke functies van UMC's, te weten topreferente zorg, onderzoek en onderwijs, is er in versterkte mate (ten opzichte van basisziekenhuiszorg) sprake van marktfalen. Dit legitimeert een separate publieke bekostiging van deze functies, die in Nederland in UMC's verricht worden. Het legitimeert ook een aanzienlijk strakkere regulering ten aanzien van (de concentratie van) het aanbod van deze functies ten opzichte van basisziekenhuiszorg.

Van analyse naar beleidsvarianten

Op zowel het gebied van transparantie als concentratie heeft de werkgroep geconcludeerd dat er winst te boeken is in de relatie tussen financiering en prestaties. De overwegend publieke bekostiging, in verband met marktfalen, van topreferente zorg, onderwijs en onderzoek in UMC's impliceert dat deze bekostiging een belangrijk aangrijpingspunt vormt voor het realiseren van deze winst. Daartoe heeft de werkgroep zich gericht op de knelpunten bij de verschillende financieringsbronnen. Hierbij springt de academische component (ac) het meest in het oog. De ac is voor het grootste gedeelte ter financiering van de topreferente zorgfuncties en voor een kleiner gedeelte ter financiering van de onderzoekscomponenten die bijdragen aan de innovatie en ontwikkeling van topreferente zorgfuncties. Daarnaast komen de werkplaatsfunctie en het

opleidingsfonds in beeld. De middelen uit de werkplaatsfunctie zijn ter dekking van de kosten die UMC's maken in hun functie als werkplaats voor de opleiding van basisartsen en voor (fundamenteel) wetenschappelijk onderzoek. Vanuit het opleidingsfonds wordt de vervolgopleiding tot medisch specialist gefinancierd.

Basisvariant transparantie

Door intransparantie is het momenteel moeilijk te sturen op het doelmatig uitvoeren van publieke functies. Daarom stelt de werkgroep een basisvariant voor waarmee transparantie door duidelijkere allocatie en verantwoording van de verschillende financieringsstromen wordt beoogd.

Variant 1 academische component

Het is onbekend waar de ac precies aan wordt besteed, terwijl het aan mechanismen ontbreekt om de transparantie te vergroten. De verdeling van de middelen vindt plaats op historische gronden binnen een gesloten systeem. Een integrale afweging tussen UMC's vindt niet plaats, waardoor mogelijkheden voor taakverdeling en concentratie tussen UMC's, ten aanzien van zowel zorg als onderzoek, onvoldoende worden benut. Daarom stelt de werkgroep in variant 1 twee stappen voor waarmee wordt gerealiseerd dat alleen die vormen van zorg via de ac worden gefinancierd die ook daadwerkelijk voldoen aan een set objectieve criteria. De financiering wordt hierdoor geobjectiveerd. De variant biedt tevens de mogelijkheid te komen tot verdere concentratie en via mogelijke toetreding van andere instellingen dan UMC's introduceert het prikkels ter bevordering van innovatie. Door een vorm van regie ontstaat er een integrale afweging om zorg en onderzoek daar (geconcentreerd) te financieren waar de prijs-kwaliteitverhouding het beste is.

De bovenstaande stappen zullen via verschillende wegen leiden tot doelmatigheidsverbeteringen op het vlak van topreferente zorg en onderzoek. Daardoor wordt op termijn een structurele doelmatigheidswinst van 10% verwacht op de totale ac, ofwel ca. 70 mln. euro.

Variant 2 werkplaatsfunctie

Volgens de wettelijke bepaling moet het werkplaatsbudget momenteel "onverwijld" door de universiteit aan het gelieerde UMC worden doorgegeven. Daardoor heeft de universiteit in de praktijk geen prikkel tot doelmatige inkoop bij het UMC. Over de facultaire bijdrage, die universiteiten jaarlijks van OCW ontvangen voor de onderwijs- en onderzoeksfunctie, kan echter met het UMC meer overleg worden gepleegd. De universiteit is namelijk niet verplicht dit over te maken aan het UMC. Daarom heeft de universiteit bij dit budget meer instrumenten voor een doelmatige inzet bij het UMC. In essentie hebben de werkplaatsfunctie en de facultaire bijdrage hetzelfde doel, namelijk het financieren van de universitaire functie: het verzorgen van medisch onderwijs en onderzoek. Vanuit deze invalshoek is het merkwaardig dat deze taak via twee gescheiden stromen, maar vanuit hetzelfde ministerie, wordt bekostigd.

Daarom stelt de werkgroep voor dat uit de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (WHW) wordt geschrapd dat universiteiten de werkplaatsfunctie "onverwijld" door moeten geven aan het UMC. Zo wordt een mogelijkheid voor het bestuur van een universiteit geïntroduceerd de middelen doelmatiger in te zetten voor deze taken. Tevens houdt het werkplaatsbudget als zodanig op te bestaan, door deze te bundelen met de facultaire bijdrage. Met deze variant krijgen de universiteiten een groter belang om opleidingen en onderzoek zo doelmatig mogelijk te organiseren, ook tussen de verschillende faculteiten. Daarom wordt verondersteld dat een doelmatigheidswinst van 30 mln. euro (ca 5% van 575

mln. euro in 2013) kan worden behaald op het werkplaatsbudget, als gevolg van onderhandelingen tussen universiteit en academisch ziekenhuis.

Variant 3 opleidingsfonds

De werkgroep stelt ten aanzien van het opleidingsfonds drie subvarianten voor.

Subvariant 3.1 duur vervolgopleiding tot medisch specialist harmoniseren met Europese richtlijn

Vergelijking van de minimaal vereiste opleidingsduur conform Europese richtlijn en de huidige duur van de vervolgoopleidingen in Nederland leert dat het merendeel van de vervolgoopleidingen 1 tot 2 jaar langer duurt dan volgens de minimumrichtlijn is vereist. Tegelijkertijd lijkt de huidige lengte van de opleidingen niet aan te sluiten bij de zorgvraag. Er is dan ook al langer discussie over de duur van de medisch specialistische opleiding in Nederland. Tegen deze achtergrond wordt in deze subvariant de duur van de vervolgoopleiding tot medisch specialist gelijk aan de eisen van de Europese richtlijn. Voor zover de complexe zorg specialisten vergt met meer opleiding, kan dit via de private opleidingsmarkt vorm krijgen. Deze beleidsvariant levert een structurele besparing op van ca. 200 mln. euro, waarbij er beperkte incidentele kosten zijn.

Subvariant 3.2 generiek opleidingstarief

Er is een tariefverschil tussen UMC's, grote opleidingsziekenhuizen en kleinere opleidingsziekenhuizen. Er zijn tegelijkertijd geen aanwijzingen dat de kosten voor een klein ziekenhuis hoger zijn dan voor een groot ziekenhuis. Tevens is de opleidingsvergoeding op zo'n manier gestaffeld dat instellingen die net onder een grens zitten geen prikkel hebben om hun capaciteit uit te breiden, omdat dit tot een lager bedrag per plek leidt. In deze subvariant wordt het verschil in vergoeding voor opleidingsplaatsen afgeschaft, zodat UMC's, grote en kleine opleidingsziekenhuizen per opleidingsplaats identiek worden bekostigd à 122.100 euro. Deze subvariant levert een structurele besparing op van ca. 90 mln. euro. Het ingroeipad naar deze structurele besparing toe is afhankelijk van het al dan niet inzetten van een overgangperiode van 3-4 jaar.

Subvariant 3.3 eigen bijdrage vervolgopleiding tot medisch specialist

Uit analyse blijkt dat het inkomen van medisch specialisten fors hoger ligt dan dat van gemiddelde WO-afgestudeerden. De private investering van de specialist, in relatie tot de kosten van de overheid en het privaat rendement van de medisch specialist, is echter gering. In deze variant wordt uitgegaan van een eigen bijdrage per opleidingsjaar tot medisch specialist, waarbij de hoogte kan worden gevarieerd voor opleidingsrichtingen die een tekort in de instroom kennen. Per gemiddeld 13.400 euro eigen bijdrage per opleidingsjaar (ongeveer 10% van de kosten per jaar) levert dit een structurele besparing op van ca. 80 mln. euro in het opleidingsfonds.

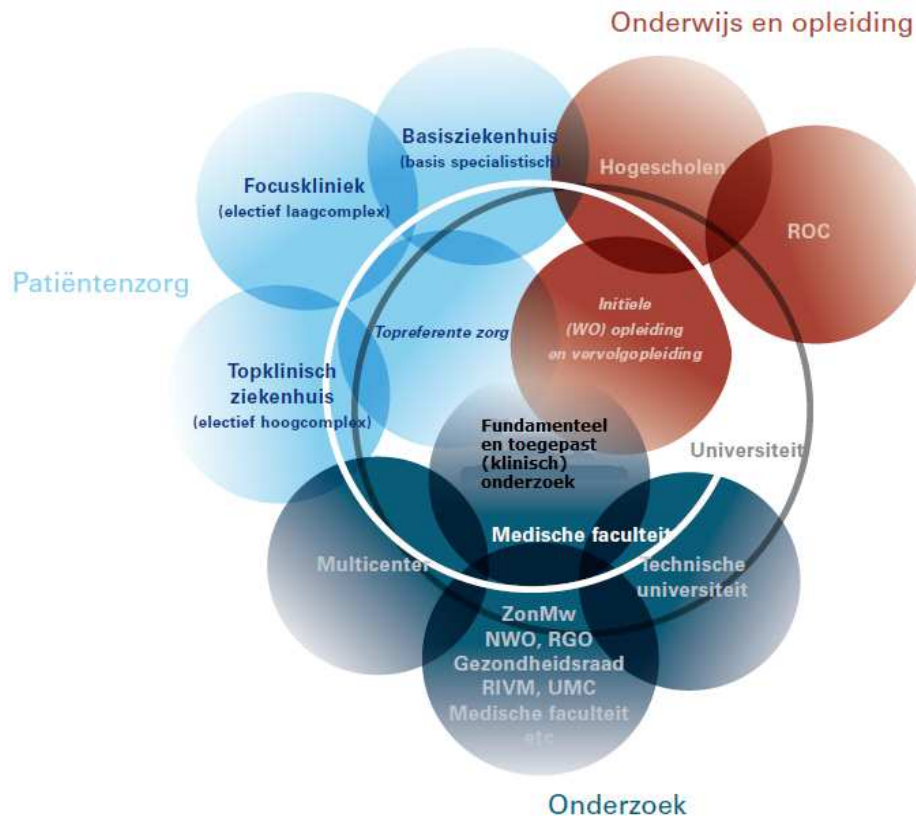
Overzicht structurele budgettaire effecten beleidsvarianten IBO UMC's

Beleidsvariant	Besparing individuele (sub)variant (mln)	Combinatie alle varianten (mln)
1. Academische component	70	70
2. Werkplaatsfunctie	30	30
3.1 Opleiding verkorten	200	200
3.2 Generiek opleidingstarief	90	70
3.3 Eigen bijdrage per 10%	80	55
Combinatie alle varianten		425¹

¹ Er is sprake van onderlinge samenhang tussen de subvarianten van variant 3. Een combinatie van de drie subvarianten leidt tot een structurele besparing van 325 mln. euro. Samen met de varianten 1 en 2 tellen de budgettaire effecten op tot 425 mln. euro.

1 Inleiding

Alle Nederlandse universiteiten met een medische faculteit en een daaraan verbonden academisch ziekenhuis hebben sinds de jaren '80 een Universitair Medisch Centrum (UMC) opgericht. Nederland kent nu acht UMC's. UMC's leveren basis- en topklinische patiëntenzorg en vervullen daarnaast drie publieke functies, te weten het leveren van topreferente patiëntenzorg, het verrichten van medisch wetenschappelijk onderzoek en het aanbieden van medisch onderwijs en opleidingen. De wisselwerking tussen de publieke functies van de UMC's en de financiering van de publieke functies uit de verschillende financieringsstromen maakt dat UMC's in een complexe omgeving opereren (zie figuur 1).



Figuur 1: UMC's opereren in netwerken van patiëntenzorg, onderzoek, en onderwijs en opleiding (NFU, 2006)

1.1 Centrale vraag

De publieke functies van de UMC's worden gefinancierd uit verschillende geldstromen. Elke geldstroom heeft een bepaalde publieke functie als financieringsdoel. In de praktijk blijkt echter niet alleen moeilijk te onderscheiden welke geldstroom voor welk doel wordt ingezet, ook is het onduidelijk in hoeverre de geldstromen bijdragen aan de resultaten van de UMC's. De activiteiten in een UMC dienen vaak meerdere doelen, waardoor geldstromen mengen en niet meer is te achterhalen hoeveel geld wordt ingezet voor welk doel. Om deze redenen wordt de financiering van UMC's ook wel vergeleken met een 'bad met vijf kranen'.

Tegen die achtergrond, en gezien de veranderingen in de financiering van de zorg, denk aan prestatiebekostiging, heeft het kabinet een Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) ingesteld² met de volgende centrale vraag:

"Is de huidige manier van financiering en aansturing van het Universitair Medisch Centrum nog doelmatig, dan wel is vernieuwing van de verdeelgrondslagen, eventueel bundeling van de geldstromen en aanpassing van de aansturing wenselijk?"

1.2

Aanpak

Ten behoeve van het rapport heeft de werkgroep met vele partijen³ uit het veld gesproken. Er is met elk UMC en het Nederlands Kanker Instituut – Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (NKI-AVL) op locatie een gesprek gevoerd. Ook zijn enkele (topklinische) ziekenhuizen en universiteiten bezocht. Daarnaast zijn gesprekken gevoerd met onder andere de koepelorganisaties Nederlandse Federatie van Universitair Medisch Centra (NFU), Vereniging Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen (STZ), de Orde van Medisch Specialisten, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), de Gezondheidsraad, de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en ZonMW. Een aantal van deze gesprekken had de vorm van groepsessies met vertegenwoordigers van bovenstaande partijen. Voorts zijn diverse onderzoeken⁴ geraadpleegd. De cijfers, aangaande realisaties 2010, genoemd in dit rapport zijn vooraf besproken met en geverifieerd door de NFU.

1.3

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 bevat een beschrijving van de voor dit rapport belangrijkste feiten omtrent UMC's. Vanuit de bovenstaande onderzoeksvraag van dit IBO zijn in hoofdstuk 3 de analysepunten weergegeven. In hoofdstuk 4 worden vervolgens beleidsvarianten geformuleerd die ingaan op deze analysepunten.

2 Zie bijlage 2 voor de samenstelling van de werkgroep.

3 Zie bijlage 3 voor een overzicht van de organisaties en personen met wie de werkgroep gesproken heeft.

4 Zie de bijlage "Geraadpleegde literatuur".

2 Beleidsbeschrijving

In dit hoofdstuk wordt de governance- en financieringsstructuur van de UMC's belicht en wordt stilgestaan bij de publieke functies van de UMC's. Tevens zullen de prestaties van UMC's en recente beleidsontwikkelingen geschetst worden.

2.1 Wat is een UMC?

2.1.1 *Intensieve samenwerking tussen geneeskundefaculteit en academisch ziekenhuis*
In UMC's vindt een intensieve samenwerking plaats tussen de geneeskundefaculteit van de universiteit en het daaraan verbonden academisch ziekenhuis. Met ruim 60.000 medewerkers behoren de acht UMC's tot de grootste zorg- en kennisinstellingen van Nederland.

De UMC's zijn verschillend georganiseerd, variërend van een samenwerkingsvorm tussen een universiteit en het daarbij behorende academisch ziekenhuis tot rechtspersonen met een besloten vennootschap (B.V.). De rechtspersoonlijkheid bezittende universiteit is verantwoordelijk voor het onderwijs en onderzoek (de faculteit geneeskunde). Het rechtspersoonlijkheid bezittende academisch ziekenhuis is verantwoordelijk voor zorg, het bieden van een werkplaats voor de taken van de faculteit geneeskunde en overige taken waarvoor zij financiering krijgt. De verantwoording en juridische aansprakelijkheid liggen op het niveau van het academisch ziekenhuis en de universiteit. In veel UMC's zijn de taken van de faculteit in het academisch ziekenhuis geconcentreerd.

De UMC's zijn complex georganiseerd. Onderzoek naar Kamer van Koophandelgegevens wijst uit dat per UMC enkele honderden stichtingen, B.V.'s en verenigingen staan geregistreerd op adressen van UMC-locaties en daaraan gelieerde entiteiten.

2.1.2 *Relatie UMC met de ministers van OCW en VWS*

De ministers van OCW en VWS zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de randvoorwaarden waarbinnen UMC's hun publieke functies vervullen. De minister van OCW is verantwoordelijk voor de bekostiging en het beleid van het wetenschappelijk onderwijs en onderzoek.

Deze verantwoordelijkheid vloeit voort uit de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderwijs (WHW). De WHW stelt de positie van het academisch ziekenhuis ten opzichte van de universiteit vast en beschrijft de politieke en bestuurlijke eindverantwoordelijkheid van de minister van OCW. De minister van OCW heeft de bevoegdheid om de raad van toezicht van een academisch ziekenhuis te benoemen en ontslaan bij de zes openbare academische ziekenhuizen. Bij de bijzondere academische ziekenhuizen met een privaatrechtelijke rechtspersoon heeft de minister van OCW deze bevoegdheid niet⁵. Dit betreft het VUmc te Amsterdam en het UMC St. Radboud te Nijmegen.

De minister van VWS is (systeem)verantwoordelijk voor het zorgbudget, de innovatie en ontwikkeling van zorg, de bekostiging van de topreferente zorg en de opleiding van medisch specialisten. Samen met zorgverzekeraars, aanbieders van zorg en patiëntenorganisaties geeft VWS invulling aan deze verantwoordelijkheid.

⁵ De WHW maakt onderscheid tussen openbare en bijzondere instellingen. Dit is terug te voeren op de oprichting van particulier bekostigde universiteiten en daar bij behorende academische ziekenhuizen, met als achtergrond de vrijheid van onderwijs (artikel 23 Grondwet).

De UMC's garanderen dat alle patiënten die topreferente zorg nodig hebben in Nederland, altijd bij ten minste één van de UMC's terecht kunnen.

2.2 De publieke functies van UMC's

De publieke functies van de UMC's zijn het leveren van topreferente patiëntenzorg, het verrichten van medisch onderzoek en het aanbieden van medisch onderwijs en opleidingen. Voor deze bundeling van publieke functies in een UMC is gekozen vanuit de gedachte dat de sterke verwevenheid leidt tot synergievoordelen.

2.2.1 (Topreferente) patiëntenzorg

UMC's bieden patiëntenzorg aan op de volgende drie zorgdomeinen:

Zorgdomein	Wet	Welke ziekenhuizen
Basiszorg	Wet toelating zorginstellingen (WTZi), Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, kwaliteitswetten (BIG)	Alle instellingen: o.a. algemene ziekenhuizen, STZ-ziekenhuizen en UMC's
Topklinische zorg	Alle bovenstaande wetten en daarnaast voor een beperkt deel van de topklinische zorg de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV)	STZ-ziekenhuizen en UMC's
Topreferente zorg	Alle bovenstaande wetgeving, daarnaast geen specifieke wet- of regelgeving	UMC's en NKI-AVL

Tabel 1: zorgdomeinen UMC's

Het verschil tussen de zorgdomeinen komt voort uit de zorgzwaarte van de patiënt (complexiteit van de zorgvraag) en de complexiteit van het behandeltraject. De complexiteit loopt op van basiszorg via topklinische naar topreferente zorg. Het aandeel van de drie segmenten zorg varieert per UMC en is mede afhankelijk van het beleid van het specifieke UMC en de positie van het UMC in de regio. Het verlenen van zorg wordt gereguleerd aan de hand van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). Daarnaast wordt een klein deel van de topklinische zorg via de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV) gereguleerd. In de WBMV worden instellingen aangewezen die een specifieke vorm van topklinische zorg mogen leveren en die daar apart voor gefinancierd worden. Ten aanzien van topreferente zorg is geregeld dat alleen de UMC's (en NKI-AVL) hier extra financiering voor krijgen. Een breed gedragen, geüniformeerde en werkbaar definitie van topreferente zorg ontbreekt. In de onderstaande tabel is te zien dat de STZ en de NFU elk met eigen definities werken met betrekking tot topklinische en topreferente zorg.

Bron	Topklinische zorg	Topreferente zorg
STZ ⁶	... is hooggespecialiseerde zorg (zoals hartchirurgie, neurochirurgie, IVF, etc.), waarvoor relatief dure en gespecialiseerde voorzieningen nodig zijn, veelal met een apart bekostigingskader (WBMV). Deze zorg heeft doorgaans een bovenregionale functie.	...is hooggespecialiseerde zorg voor patiënten voor wie in beginsel geen doorverwijzing mogelijk was. Het gaat hier bijvoorbeeld om vormen van complexe oncologische chirurgie, cardiochirurgie, orthopedisch/neurochirurgische rugchirurgie, brandwondenfunctie en interventietechnieken in de radiologie en neurochirurgie. Topreferente zorg wordt verleend door universitaire medische centra, maar ten aanzien van sommige specialistische voorzieningen ook door enkele STZ-ziekenhuizen.

6 STZ website: <http://www.stz-ziekenhuizen.nl/profilering.html?p=topreferent>

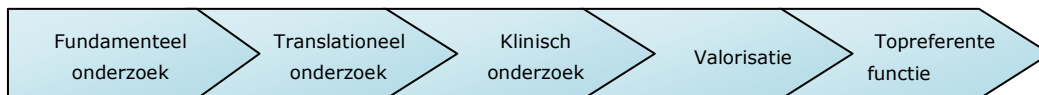
<p>NFU</p>	<p>De UMC's doen bijzondere medische verrichtingen waarvoor VWS vergunningen verleent op grond van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen. Dit betreft zorg die zich kenmerkt door een gespecialiseerde en kostbare infrastructuur. De infrastructuur voor kennis, zorg en onderwijs van de UMC's 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 vervullen de UMC's een specifieke en (boven-) regionale functie en zorgen daarmee 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's⁷.</p>	<p>...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 kennen en kunnen⁸.</p>
------------	---	---

Tabel 2: definities topklinische en topreferente zorg

2.2.2

Medisch onderzoek

Op het gebied van medisch onderzoek zijn de UMC's de grootste spelers in Nederland. Internationaal is Nederland het derde land ten aanzien van medische onderzoeksoutput⁹. Het belang van medisch onderzoek ligt in het ontwikkelen van betere medische behandelingen en doelmatigere behandelmethoden, mede door procesinnovatie. Tevens versterkt medisch onderzoek de kwaliteit van het geneeskundeonderwijs, de opleiding van medisch specialisten en daarmee de kwaliteit van artsen en de gezondheidszorg in den brede. Ook biedt medisch onderzoek economische mogelijkheden in de door Nederland geambieerde kenniseconomie. De waardeketen van medisch onderzoek kan als volgt worden weergegeven:



Figuur 2: waardeketen van UMC's.

- Fundamenteel onderzoek: basaal onderzoek waarvan de resultaten vaak niet direct inpasbaar zijn in toepassingen. Dit is de basis voor het overige onderzoek.
- Translationeel onderzoek: onderzoek dat de koppeling legt tussen fundamenteel en klinisch onderzoek.
- Klinisch onderzoek: onderzoek bij patiënten om bijvoorbeeld bevindingen van fundamenteel en translationeel onderzoek te toetsen; clinical trials etc.

7 NFU website: <http://www.nfu.nl/index.php?id=98&parent=24>

8 NFU website: <http://nfu.nl/index.php?id=99&parent=24>

9 CWTS, Bibliometric study on Dutch academic medical centers, 2012

- Valorisatie: proces van waardecreatie door kennis en onderzoeksresultaten geschikt en/of beschikbaar te maken voor economische en/of maatschappelijke benutting en te vertalen in concurrerende producten, diensten, processen en nieuwe bedrijvigheid.
- Topreferente functie: een breed gedragen, geüniformeerde en werkbaar definitie van topreferente zorg ontbreekt, zie tabel 2.

Bovenstaand schema gaat ervan uit dat fundamenteel onderzoek uiteindelijk uitmondt in valorisatie. Dit is een dynamisch proces waarbij ook diverse feedbackloops zijn te onderkennen.

De UMC's zijn vrij te kiezen op welke specialismen zij medisch onderzoek verrichten. De UMC's in hun totaliteit verrichten op alle specialismen onderzoek, en ieder individueel UMC verricht daarbinnen onderzoek op verschillende deelspecialismen. KNAW, NWO en de VSNU borgen middels visitaties de kwaliteit van het onderzoek van de UMC's. Dit gebeurt op basis van het Standard Evaluation Protocol (SEP) voor publiek gefinancierd onderzoek.

2.2.3

Medisch onderwijs en opleidingen

UMC's bieden in samenwerking met de faculteit geneeskunde van de universiteit de opleiding geneeskunde (opleiding tot basisarts) aan. Daarnaast verzorgen zij een deel van de vervolgoopleidingen tot medisch specialist. De opleiding geneeskunde doen UMC's in het stelsel van het hoger onderwijs, dat wordt gereguleerd door de WHW. Het vervolgens opleiden tot medisch specialist valt onder de verantwoordelijkheid van VWS. De faculteit en opleiding geneeskunde zijn beleidsmatig gelijkgesteld aan de overige faculteiten en opleidingen van de universiteit.

De Minister van OCW bepaalt indirect het aantal studenten voor de geneeskundeopleiding door het beschikbaar stellen van een bepaald aantal bekostigde opleidingsplaatsen. Dit aantal wordt bepaald aan de hand van ramingen van het Capaciteitsorgaan (adviesorgaan voor VWS). Een UMC kent op dit moment tussen de 315 tot 410 opleidingsplaatsen voor geneeskunde. Dit aantal blijft jaarlijks vrij constant door het bestaan van de numerus fixus. Recent¹⁰ heeft het kabinet besloten om het aantal opleidingsplaatsen met 200 te vergroten door middel van zij-instroom in de masterfase. De coschappen zijn een belangrijk onderdeel van de initiële artsenopleiding. De UMC's verzorgen tussen de 40 en 50% van de coschappen¹¹. Daarnaast bieden STZ- en algemene ziekenhuizen coschappen aan, waarvoor zij een vergoeding ontvangen van UMC's.

Na de opleiding tot basisarts is specialisatie mogelijk via een vervolgoopleiding. Van de opleidingen tot medisch specialist wordt circa 45% door UMC's verzorgd, 30% door STZ-ziekenhuizen, 23% door algemene ziekenhuizen en 3% door categorale zorginstellingen. Voor de vervolgoopleidingen werken UMC's daarom nauw samen met overige ziekenhuizen in de regio, de zogenoemde Opleidings- en OnderwijsRegio (OOR). Doelstellingen van het OOR zijn het opleiden van voldoende professionals, het zorgen voor continuïteit en een complete leeromgeving, en het nastreven van doelmatigheid in de opleiding. Na de vervolgoopleiding kan een medisch specialist nog subspecialiseren binnen het vakgebied. Deze subspecialisatie is privaat gefinancierd.

Hieronder volgt een schematische weergave van de opleiding tot basisarts, de vervolgoopleiding tot medisch specialist en subspecialisatie.

10 Kamerbrief, Capaciteit en selectie opleidingen in de gezondheidszorg, 17 febr 2012, TK 2011-2012, 29.282, nr. 148

11 Capgemini, Besteding van het werkplaatsbudget, 2010

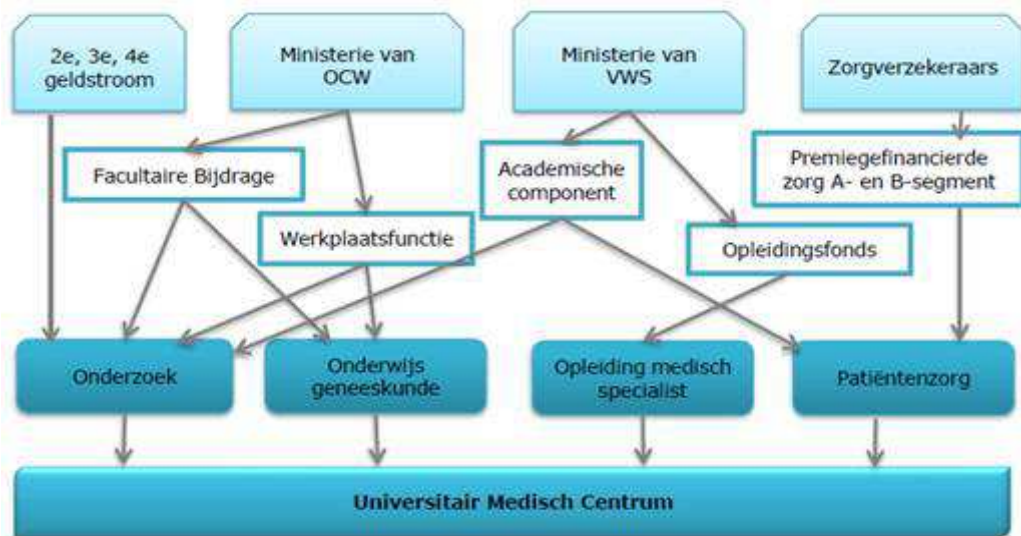
Beroep \ Jaren opleiding	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Basisarts	Geneeskunde WO														
Medisch specialist	Geneeskunde WO						Medische specialisatie (4 - 6 jaar)								
Medisch specialist met subspecialisatie	Geneeskunde WO						Medische specialisatie (4 - 6 jaar)						sub specialisatie (1 - 3 jaar)		

Figuur 3: schema opleidingcontinuüm medisch specialist

2.3 De geldstromen van UMC's

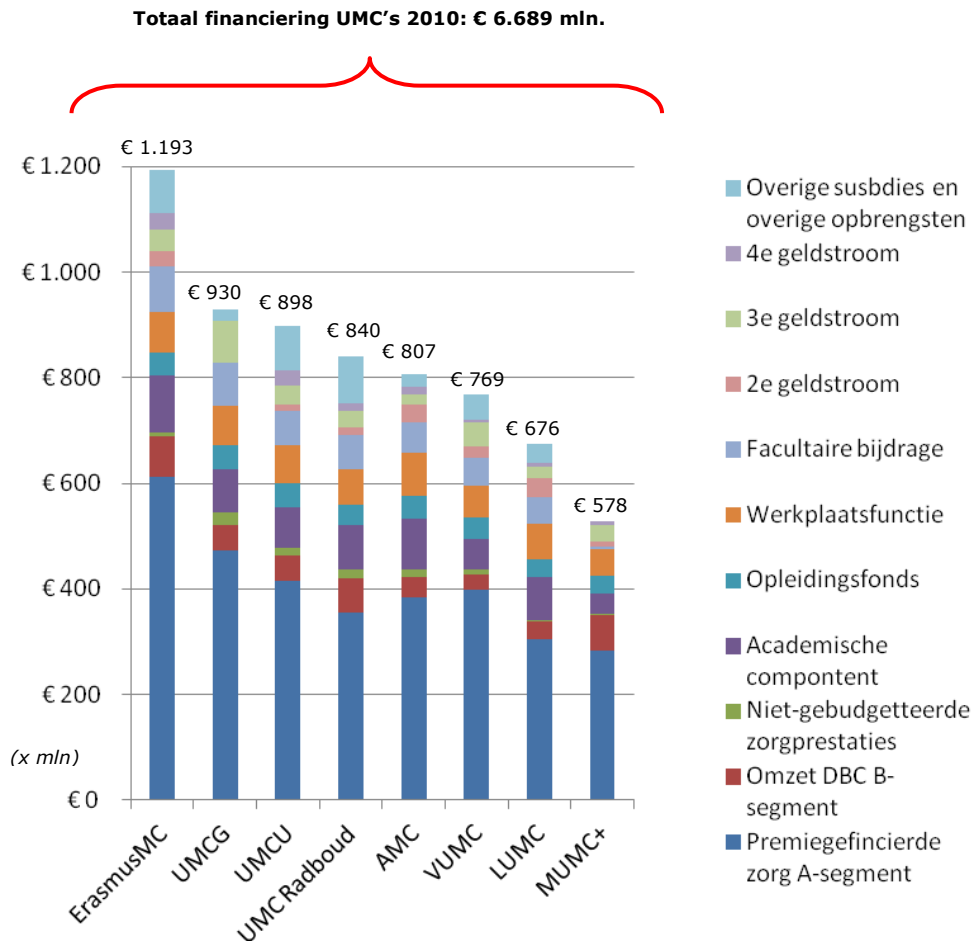
2.3.1 Financieringsbronnen UMC's

De verwevenheid van de publieke functies van de UMC's vindt zijn weerslag in de complexe financieringsstructuur: verschillende geldstromen van verschillende financiers lopen naast en door elkaar. De beoogde begin- en eindpunten van de geldstromen zijn in onderstaande figuur schematisch weergegeven:



Figuur 4: schematische weergave financieringsbronnen publieke functies van UMC's.

In 2010 ontvingen de UMC's circa 6,7 mld. euro voor de financiering van de zorg-, onderwijs en onderzoekstaken. In onderstaande figuur wordt de financiering per UMC voor 2010 weergegeven (zie ook bijlage 4 voor de onderliggende basistabel).



Figuur 5: overzicht financieringsstromen van alle UMC's 2010.

2.3.2 Toelichting financieringstromen

Patiëntenzorg

UMC's ontvangen uit twee bronnen middelen ter financiering van de patiëntenzorg. 1. De zorgverzekeraars vergoeden de premiegefinancierde patiëntenzorg en 2. voor de topreferente zorgfunctie ontvangen UMC's van het ministerie van VWS een academische component. Het budget voor de patiëntenzorg (inclusief topreferente zorg) betreft circa 2/3e van het totale budget van de UMC's.

De financiële stroom vanuit de zorgverzekeraars is per 2012 flink gewijzigd. Tot 2012 ontvingen ziekenhuizen voor een groot deel van de kosten een Functioneel Budget (FB). In 2012 is het FB afgeschaft, DOT-zorgproducten zijn ingevoerd en het percentage zorg waarover vrij wordt onderhandeld is voor de totale ziekenhuiszorg uitgebreid naar gemiddeld 70%. DOT is de projectnaam voor de tweede generatie Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). DOT's bestaan net als de tot 2012 gebruikte DBC's uit een diagnose en bijbehorende zorgactiviteiten. Project DOT heeft geleid tot 4400 DOT-zorgproducten, die medisch herkenbaarder en kostenhomogener zijn dan de DBC's. Naarmate de zorgwaarde beter tot uitdrukking komt in de DOT-zorgproducten is het steeds beter mogelijk om de juiste prijs te vragen die de kosten dekt van de geleverde zorg. Vooral UMC's hebben hier belang bij.

Omdat niet alle zorg in dezelfde mate geschikt is voor vrije onderhandelingen zijn er drie segmenten: 1. vrije segment, 2. gereguleerd segment en 3. vast segment. De zorg in het gereguleerde segment valt onder maximumtarieven (vanwege beperkt aanbod). Een deel van de zorg is niet geschikt om over te onderhandelen. Hiervoor bestaat een beschikbaarheidsbijdrage (bbb) in het vaste segment.

Academische component

De academische component (ac) is een budget dat UMC's (en het NKI-AVL) ontvangen om de topreferente functie te financieren. De verdeling van de hoogte van middelen onder de UMC's is historisch bepaald en hangt niet samen met volume of kwaliteit van de geleverde topreferente zorgfuncties. Gemiddeld wordt 80% van de ac-gelden door de UMC's aangewend voor topreferente zorgfuncties en 20% voor onderzoekscomponenten die bijdragen aan de innovatie en ontwikkeling van topreferente zorgfuncties. In 2010 bedroeg de totale ac 647 mln. euro. De ac wordt gekort met 10 mln. euro in 2012 oplopend naar 40 mln. euro vanaf 2015¹². Tot 2012 was de ac gebaseerd op de Kaderwet subsidies VWS. Met ingang van 2012 is de ac een beschikbaarheidsbijdrage (bbb) in de zin van artikel 56a Wet marktordening gezondheidszorg (WVG). Dit was nodig omdat de gebruikte constructie volgens de Algemene Rekenkamer niet voldeed aan de Comptabiliteitswet. De bbb moet ook voldoen aan de eisen die de Europese Commissie stelt met betrekking tot staatssteun. Voor het jaar 2012 is, in lijn met de gesprekken gevoerd met de Europese Commissie, voor de ac de verdeling en toekenning van 2011 aangehouden. De NZa stelt de bbb vast en verstrekt deze. Per 2013 moet bij verstrekking van de bbb wel aan een aantal vereisten worden voldaan. Zo kan de bbb alleen betrekking hebben op activiteiten en voorzieningen die noodzakelijk zijn ten behoeve van de beschikbaarheid van Zvw-zorg of AWBZ-zorg. De bbb kan worden toegekend als de voorziening niet via tarieven in rekening kan worden gebracht dan wel als verrekening via tarieven marktverstoring werkt. In beide gevallen dienen de kosten niet op andere wijze te worden bekostigd. Er mag niet meer dan nodig is worden gefinancierd met de bbb, de noodzaak zal moeten worden aangetoond en degene die moet zorgen voor beschikbaarheid (van die functie) moet daar door de overheid expliciet voor zijn aangewezen.

Facultaire bijdrage

Universiteiten ontvangen jaarlijks een rijksbijdrage van OCW voor de onderwijs- en onderzoeksfunctie. Een deel van dit budget gaat naar de medische faculteit van de universiteit voor het geneeskundeonderwijs en voor (fundamenteel) medisch wetenschappelijk onderzoek. Er zijn geen richtlijnen aan de hand waarvan universiteiten de facultaire bijdrage dienen te verdelen. Universiteiten zijn zelf vrij te beslissen over de verdeling van dit budget over de onderwijs- en onderzoeksfunctie. In de praktijk blijkt circa 65% van de bijdrage aan onderzoek te worden toebedeeld. In 2010 bedroeg de facultaire bijdrage 460 mln. euro.

Werkplaatsfunctie

De UMC's ontvangen jaarlijks ongeveer 560 mln. euro (2010) van OCW voor de werkplaatsfunctie. Deze middelen zijn ter dekking van de kosten die UMC's maken in hun functie als werkplaats voor de opleiding van basisartsen en voor (fundamenteel) wetenschappelijk onderzoek. Het huidige werkplaatsbudget bestaat uit drie hoofdcomponenten, te weten:

1. Decentralisatie Huisvesting Academische Ziekenhuizen (DHAZ); via dit convenant uit 2004 hebben UMC's binnen een jaarlijks aangepast investeringsplafond (285 mln. euro in 2011) grote vrijheid voor een eigen investeringsbeleid. OCW bekostigt 25% van de DHAZ (VWS de resterende 75%, zie hieronder).
2. Werkplaats opleiding; een deel van de werkplaatsbekostiging is bedoeld voor het bieden van een werkplek voor onderwijs.

¹² Rijksbegroting 2012, XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport, TK 2011-2012, 33.000 XVI, nr.1, p. 181

3. Werkplaats onderzoek; een deel van de werkplaatsbekostiging is bedoeld voor het bieden van een werkplek voor onderzoek.

De laatste twee budgetten worden verdeeld op basis van studentenaantallen, diploma's, en een vaste voet.

Opleidingsfonds

De UMC's ontvangen jaarlijks een bedrag uit het opleidingsfonds om de opleiding tot medisch specialist te kunnen bekostigen. Dit fonds is niet exclusief voor UMC's: ook algemene ziekenhuizen kunnen een vervolgopleiding aanbieden. Met het opleidingsfonds wordt beoogd om voldoende medisch specialisten op te leiden met een goede prijs-kwaliteitsverhouding. Het opleidingsfonds is in fases ingevoerd. In 2007 was de introductie van de zogenoemde ziekenhuisopleidingen (de 1^e tranche). In 2008 is het fonds uitgebreid voor opleidingen die zich richten op preventie, GGZ en care (de 2^e tranche). Op basis van de verdelingsgrondslagen keert VWS jaarlijks per opleidingsplaats van een AIOS (Arts in Opleiding tot Specialist) een vast normbedrag uit (zie bijlage 5 voor een overzicht van de tarieven). Na afloop van het subsidiejaar stelt VWS het aantal daadwerkelijk gerealiseerde opleidingsplaatsen binnen de verleende subsidie per zorgopleiding vast, en stelt het subsidiebedrag zo nodig naar boven of beneden bij. Voor 2010 bedroeg het vastgesteld opleidingsbudget voor UMC's 325 mln. euro.

2^e, 3^e, 4^e en overige geldstromen

De UMC's verwerven voor wetenschappelijke onderzoeken in concurrentie met andere (academische) ziekenhuizen inkomsten uit de 2^e, 3^e en 4^e geldstroom. De financieringsbronnen zien er per geldstroom als volgt uit:

2 ^e geldstroom:	subsidies (semi-)overheid voor specifieke projecten	€ 160 mln.
3 ^e geldstroom:	collectebusfondsen en stichtingen	€ 301 mln.
4 ^e geldstroom:	industrie, bedrijfsleven en/of particulieren	€ 108 mln.
	overige subsidies en overige opbrengsten	€ 387 mln. +/+
	<i>totaal</i>	€ 956 mln.

Het huidige kabinet zet in op zwaartepuntvorming en een vergroting van de impact van onderzoek op de Nederlandse economie en samenleving. Negen topsectoren zijn aangewezen in de Bedrijfslevenbrief¹³, die extra aandacht krijgen op het gebied van onderzoek en valorisatie. Eén van deze topsectoren is 'Life Sciences', en daarin spelen de UMC's een belangrijke rol.

Financiering medische infrastructuur en capaciteit via DHAZ

Naast de voorgaande geldstromen waarmee UMC's de publieke functies financieren, hebben UMC's ook te maken met de financiering van instandhoudinginvesteringen en (in geval van Erasmus en Radboud) investeringen in nieuwbouw.

Sinds 2004 hebben UMC's op basis van het convenant Decentralisatie Huisvesting Academische Ziekenhuizen (DHAZ) grote vrijheid bij de invulling van het eigen investeringsbeleid tot de hoogte van een jaarlijks investeringsplafond. Jaarlijks indexeren de ministers van VWS en OCW het hiervoor beschikbare budget. Voor 2012 is er een kader (in investeringstermen) van 285 mln. euro (200 mln. euro vanaf 2000, jaarlijks geïndexeerd met gemiddeld 3%).

De NFU maakt een voorstel voor verdeling van dit budget, en OCW en VWS verwerken dit verdelingsvoorstel in de bekostiging. Dit budget wordt voor 75% gefinancierd door VWS. De resterende 25% betaalt OCW via de hiervoor genoemde werkplaatsfunctie. VWS financierde de 75% tot 2012, na afslag van het deel dat uit

13 Kamerbrief: Naar de top, het bedrijvenbeleid in actie(s), TK 2010-2011, 32.637, nr.15

het B-segment werd opgehaald, via een toevoeging van deze DHAZ-middelen aan het FB van een UMC. Omdat in het FB de kapitaalslasten werden nagecalculeerd, was er geen verband met de geleverde prestaties en liep het UMC hierover geen risico. Met de invoering van de prestatiebekostiging (integrale tarieven) per 2012 is het FB vervallen. Voor de kapitaallasten die samenhangen met de reguliere zorg gaan integrale tarieven gelden in de drie segmenten (vast, gereguleerd en vrij).

2.3.3

Overzichtstabel

Bovenstaande laat zien dat de drie functies die UMC's vervullen theoretisch aan bepaalde financieringsstromen zijn gekoppeld. Door deze koppeling van taken aan financieringsstromen is in onderstaand schema weergegeven welke soort instellingen in Nederland (UMC's, STZ, overige ziekenhuizen) welke taken zouden moeten vervullen, met welke financieringsstromen ze dat zouden moeten bekostigen en bij welk departement deze financieringsstroom op de begroting staat. Deze tabel komt in hoofdstuk 4 terug om te laten zien wat de verschillende beleidsvarianten aan de huidige situatie veranderen.

Taken	Financieringsstroom	Soort instelling	Departementale begroting
Basiszorg, topklinische zorg (en DBC-gedeelte topreferente zorg)	Premiegefinancierde zorg A- en B-segment (incl. DHAZ), beschikbaarheidsbijdrage, vaste segment	UMC, STZ en overige ziekenhuizen	VWS
Topreferente zorg en het daarbij horende onderzoek	Academische component	UMC, NKI-AVL	VWS
Opleiding tot basisarts en verrichten onderzoek	Facultaire bijdrage	UMC	OCW
Werkplaats voor opleiding tot basisarts en (fundamenteel) wetenschappelijk onderzoek	Werkplaatsfunctie (incl. DHAZ)	UMC	OCW
Specialisten opleiden	Opleidingsfonds	UMC, STZ en overige ziekenhuizen	VWS
Onderzoek en innovatie	2e, 3e en 4e geldstroom	UMC, STZ	OCW, VWS (ZonMw+NWO), EU en private geldstromen

Tabel 3: overzichtstabel

2.4

Prestaties van UMC's

In deze paragraaf worden de prestaties van de UMC's op zorg, medisch onderwijs en opleidingen en onderzoek weergegeven.

2.4.1

Zorg

De zorg, waaronder die in de UMC's, staat in Nederland op hoog niveau¹⁴. Er zijn echter geen gegevens voor handen om te kunnen bepalen hoe specifiek de zorgprestaties van UMC's zich tot andere instellingen in Nederland en soortgelijke instellingen in het buitenland verhouden.

14 NFU, Verantwoorde financiering van Universitair Medische Centra, 2012; Health Consumer Powerhouse, European Consumer Health Index 2009

2.4.2 *Medisch onderwijs en opleidingen*

De UMC's leiden jaarlijks 2850 nieuwe geneeskundestudenten op. Het aantal studenten geneeskunde per faculteit is internationaal gezien hoog in Nederland¹⁵. De kwaliteit van de geneeskunde opleiding is geborgd door de accreditatie systematiek. De Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie (NVAO) houdt toezicht op de kwaliteit van de opleiding. Met ingang van 1 januari 2012 doet de NVAO een uitspraak over de relatieve kwaliteit van de opleiding (onvoldoende, voldoende, goed, excellent) bij de periodieke accreditatie. Er zijn de werkgroep echter momenteel nog geen gegevens bekend om tot een oordeel te komen over de kwaliteit van het onderwijs en de opleidingen in de UMC's in relatie tot andere instellingen in Nederland of soortgelijke instellingen in het buitenland.

2.4.3 *Onderzoek*

Op het terrein van onderzoek leveren de UMC's 40% van het totaal aantal wetenschappelijke publicaties van de Nederlandse universiteiten, met een citatiescore in internationale tijdschriften van 1.46 ten opzichte van het wereld gemiddelde (gemiddelde is 1). Daarmee behoren de UMC's tot de wetenschappelijke wereldtop: internationaal staan zij op de derde plaats¹⁶. Daarnaast scoren de medische faculteiten hoog op internationale ranglijsten voor medische universiteiten¹⁷. Per specialisme en UMC verschillen de resultaten van de citatiescores en publicatieoutput. Naast citatiescores, zijn ook patenten, licensering, spin-off bedrijven en de 3^e en 4^e geldstroom indicatoren voor onderzoeksprestaties. Hoe UMC's op de parameters patenten, licensering en spin-off scoren is onduidelijk. De omvang van de 3^e en 4^e geldstroom varieert tussen de UMC's. De onderzoeksprestaties variëren ook per UMC per specialisme.

2.5 **De omgeving van UMC's**

2.5.1 *STZ-ziekenhuizen*

Een aantal niet-UMC ziekenhuizen zijn verenigd in de vereniging Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ). Deze ziekenhuizen leveren een belangrijk deel van de topklinische zorg in Nederland. Daarnaast opereren ook enkele van deze ziekenhuizen op een met de topreferente zorg vergelijkbaar niveau, zowel wat betreft de zorg als wat betreft het daarbij behorende onderzoek. Zij ontvangen hiervoor geen vergoeding uit de ac. Het beeld bestaat dat deze ziekenhuizen tot 2012 deze zorg en onderzoek onder andere financierden uit de lokale productieggebonden toeslag (LPT). Deze vergoeding konden zij met verzekeraars overeenkomen. Met ingang van 2012 vervalt deze mogelijkheid en moeten de ziekenhuizen daarvoor tariefafspraken in het vrije segment maken.

2.5.2 *Doorverwijzen door algemene ziekenhuizen*

Algemene ziekenhuizen wijzen (volgens de UMC's) regelmatig niet-complexe, voorspelbaar verliesgevende patiënten door naar een UMC. Het helpen van een dergelijke patiënt is niet lonend voor een algemeen ziekenhuis. UMC's hebben in Nederland de last-resortfunctie en kunnen deze patiënten niet weigeren. Dit type patiënt zou op zich ook in een niet-UMC geholpen kunnen worden.

¹⁵ Berenschot, *Leren over Landen*, 2011

¹⁶ CWTS, *Bibliometric study on Dutch academic medical centers*, 2012

¹⁷ Academic Ranking of Universities/ shanghairanking 2011, <http://www.shanghairanking.com/FieldMED2011.html>; QS World Ranking Medicine 2011-2012, <http://www.topuniversities.com/university-rankings/world-university-rankings/2011/subject-rankings/life-sciences/medicine>

2.5.3 *Recente beleidsontwikkelingen*

Strategische agenda HO

Het beleid met betrekking tot de opleiding tot basisarts, die aangeboden worden door de UMC's, wijkt niet af van het algemene hoger onderwijs en onderzoeksbeleid. De voorgenomen wijzigingen in dit algemene beleid zijn uiteengezet in de strategische agenda 'kwaliteit in verscheidenheid'. Het beleid van de staatssecretaris van OCW is te karakteriseren als een herordening op basis van meer profiel en differentiatie van instellingen en financiering op basis van kwaliteit en prestaties. De medische faculteiten zijn impliciet onderdeel van het profiel van instellingen. Het OCW-beleid volgt dezelfde lijn als VWS met betrekking tot de centralisatie van zorg.

Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord

In het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord hebben overheid, zorgverzekeraars en zorgaanbieders gezamenlijk de basis gelegd voor meer dynamiek en verdere kwaliteitsverbetering in de ziekenhuiszorg, uitgaande van een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor een beheerste uitgavenontwikkeling¹⁸. Over spreiding en specialisatie van ziekenhuisfuncties is afgesproken dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars deze zullen bewerkstelligen daar waar dit vanuit kwaliteit, doelmatigheid en innovatie wenselijk is. Overbodig geworden (ziekenhuis)capaciteit wordt afgebouwd.

18 Kamerbrief: Hoofdlijnenakkoord: Tweede Kamer, vergaderjaar 2010-2011, 29 248, nr. 215

3 Analyse

3.1 Inleiding

Uit de beschrijving van de UMC's in hoofdstuk 2 blijkt dat vele functies en taken in deze organisaties verenigd zijn. Zorg, onderwijs en onderzoek, die elk weer hun eigen aspecten hebben. Zorg gaat niet alleen over basiszorg, maar juist ook over topklinische en topreferente zorg. Onderwijs gaat niet alleen over de opleiding tot basisarts, maar ook over de opleiding tot specialist. Onderzoek betreft fundamenteel wetenschappelijk onderzoek maar juist ook de toepassing in de medische praktijk via nieuwe medische behandelmethoden en innovatie.

Wat de zorg betreft vervullen UMC's de rol van vangnet voor complexe of dure patiënten. Tegelijkertijd staan zij ook open voor reguliere zorgvragers en begeven zij zich dus op dat deel van de zorgmarkt waar algemene ziekenhuizen actief zijn. Op onderwijsgebied leveren de UMC's kundige artsen af, terwijl het aantal studenten per Nederlandse medische faculteit aanmerkelijk hoger ligt dan in het buitenland. Op het terrein van onderzoek leveren de UMC's 40% van het totaal aantal wetenschappelijke publicaties van de Nederlandse universiteiten, met een hoge citatiescore internationaal vergeleken. Daarmee behoren de UMC's tot de wetenschappelijke wereldtop: internationaal staan zij op de derde plaats.

Deze taken en prestaties worden gefinancierd vanuit een groot aantal financieringsstromen. 'Een bad met vijf kranen' is een veel gebruikt beeld voor de financiering van de UMC's. Het geeft aan dat de UMC's uit meerdere bronnen worden gefinancierd. Figuur 4 in hoofdstuk 2 is daar een treffende illustratie van. De beeldspraak geeft aan dat momenteel niet duidelijk is welke kraan welk deel van het bad vult en legitimeert de vraag wat de doelmatigheid van de UMC's op dit moment is. Om tot beantwoording te komen richt de analyse zich daarom op een drietal hoofdvragen:

1. Wat is de relatie tussen de financiering van UMC's en hun prestaties?
2. Hoe verhoudt deze relatie zich ten opzichte van andere (algemene) ziekenhuizen?
3. Hoe verhoudt deze relatie zich ten opzichte van vergelijkbare instellingen in het buitenland?

3.1.1 *Intransparantie*

Het antwoord op deze drie vragen is niet te geven omdat de data niet beschikbaar zijn. Los van mogelijke praktische problemen om financiering en prestaties met elkaar in verband te brengen, is de informatie eenvoudigweg niet voor handen. Een systematisch onderzoek daarnaar is noodzakelijk, maar vergt veel meer tijd dan beschikbaar is voor dit IBO.

Dit geldt het sterkste voor de eerste vraag. Ten aanzien van de tweede vraag bestaat bij sommigen het beeld dat UMC's de verschillende financieringsstromen (bijvoorbeeld academische component of DHAZ-middelen) gebruiken voor kruissubsidiëring richting reguliere zorg, met als gevolg dat zij niet de volledige kostprijs doorberekenen aan zorgverzekeraars, hetgeen leidt tot een concurrentievoordeel ten opzichte van algemene ziekenhuizen. Onduidelijk is echter of dit beeld terecht is. Het omgekeerde kan namelijk even goed mogelijk zijn: verzekeraars kunnen niet om de UMC's heen en contracteren hen dus voor een hogere prijs dan algemene ziekenhuizen, waardoor de basiszorg in de UMC's een financieringsbron kan zijn voor de academische activiteiten. Hierbij speelt mee dat een eenduidige definitie van het type zorg dat het meest kenmerkend is voor UMC's, de topreferente zorg, niet bestaat. Als de definitie van de prestaties een probleem

is, dan is het leggen van een relatie met de financiering daarvan en vergelijking met instellingen in het buitenland vanzelfsprekend evenzeer problematisch.

De conclusie is dat een alomvattende analyse gegeven het tijdsbestek van dit IBO en de ter beschikking staande informatie niet in de volle omvang mogelijk is. Basale informatie over de relatie tussen financiering en prestaties ontbreekt. Het woord 'intransparantie' moet ten aanzien van de UMC's dus met hoofdletters worden geschreven.

3.1.2 *Marktfalen en overheidsingrijpen*

En analyse naar de marktordening van de taken van UMC's leidt wel tot een heldere diagnose die handvatten biedt hoe de doelmatigheid en prestaties van UMC's kunnen worden verbeterd. Bij topreferente zorg is er ten opzichte van basisziekenhuiszorg in versterkte mate sprake van marktfalen. Medisch onderzoek en onderwijs leiden tot positieve kennispillowers en deze legitimeren separate publieke financiering. De informatieasymmetrie tussen patiënt/verzekeraar en zorgaanbieder is bij topreferente zorg nog groter dan in de rest van de zorg door gebrek aan gestandaardiseerde productbeschrijvingen (geen DOT), beperkte protocollerebaarheid van zorg (experimentele zorg) en het zeer specialistische karakter van de zorg. De veelal kleine volumes per (deel)specialisme maken een zekere concentratie van het aanbod noodzakelijk. Teveel aanbieders kan leiden tot ondoelmatige productie (dubbelingen in vaste kosten van infrastructuur). Dit alles legitimeert een separate publieke bekostiging van deze functies die in Nederland in UMC's verricht worden.

Het legitimeert ook een aanzienlijk strakkere regulering ten aanzien van de concentratie van het aanbod en noopt tot een scherper kwaliteitstoezicht dan voor de rest van de zorg. Volgens diverse rapporten kan concentratie van zorg meer doelmatigheid (en daarmee besparingen) en verhoging van kwaliteit opleveren. Zo stelt BCG bijvoorbeeld dat een verdrievoudiging van de volumes per locatie voor bepaalde verrichtingen en onder bepaalde veronderstellingen, tot 25% kostenreductie kan opleveren. In het verlengde daarvan kan concentratie ook op onderzoek worden toegepast, waarbij gesteld wordt dat door concentratie schaalvoordelen ontstaan op het niveau van de vakgroep, bijvoorbeeld doordat dure specifieke apparatuur beter benut wordt¹⁹.

3.1.3 *Verdere aanpak*

Gegeven de hierboven beschreven te boeken winst op zowel het gebied van transparantie als concentratie heeft de werkgroep geconcludeerd dat er winst te boeken is in de relatie tussen financiering en prestaties. De overwegend publieke bekostiging, in verband met marktfalen, van topreferente zorg, onderwijs en onderzoek in UMC's impliceert dat deze bekostiging een belangrijk aangrijpingspunt vormt voor het realiseren van deze winst. Daartoe heeft de werkgroep zich gericht op de knelpunten bij de verschillende financieringsbronnen, waarbij de academische component het meest in het oog springt. Daarnaast komen de werkplaatsfunctie en het opleidingsfonds in beeld. Daarmee komen alle drie publieke functies van de UMC's aan de orde. Omdat de werkgroep bij de premiegefinancierde zorg en de 2^e, 3^e en 4^e geldstroom niet op specifieke knelpunten is gestuit, heeft zij zich beperkt tot de drie financieringsstromen. De paragrafen 3.2, 3.3 en 3.4 bevatten een analyse van de knelpunten bij deze financieringsbronnen. Deze analyse is de opmaat voor een drietal varianten om de verdeling van deze financieringsbronnen op een andere wijze te organiseren. Deze varianten komen aan de orde in hoofdstuk 4.

19 The Boston Consulting Group, Kiezen voor kwaliteit – Portfoliokeuzes van ziekenhuizen zorgen voor hogere kwaliteit en lagere kosten, mei 2010

3.2 **Academische component**

De ac is bedoeld om topreferente zorg en het daarbij behorende onderzoek te financieren. De ac is een duidelijk voorbeeld van het gebrek aan transparantie rond de UMC's. Zoals in het vorige hoofdstuk naar voren is gekomen krijgen UMC's (en het NKI-AVL) elk een deel van de totaal beschikbare ac. De verdeling van de hoogte van middelen is historisch bepaald en hangt niet samen met volume of kwaliteit van de geleverde topreferente zorgfuncties of van het onderzoek. Tevens is bekend dat UMC's niet in alle gevallen dezelfde onderzoekskwaliteit bieden²⁰. Daarnaast hebben UMC's geen volledig inzicht in hun kostenstructuur. Zorg, onderwijs en onderzoek lopen daarbij voortdurend door elkaar heen.

Andere instellingen dan UMC's en NKI-AVL zijn via de huidige regeling uitgesloten om een deel van de ac te verkrijgen, er is sprake van een gesloten systeem. Tegelijkertijd bestaat er door het huidige systeem van UMC's met een last-resortfunctie, het risico op afwenteling van kosten door andere ziekenhuizen op UMC's. Het is kortom onbekend waar het geld precies aan wordt besteed, terwijl het aan mechanismen ontbreekt om de transparantie te vergroten en de verdeling van de middelen plaatsvindt op historische gronden binnen een gesloten systeem.

3.2.1 *Gevolgen intransparantie academische component*

Het gebrek aan transparantie over de inzet en de baten van de ac, zowel wat betreft kwantiteit als kwaliteit, maakt het onduidelijk of uitvoering van de taken doelmatig plaatsvindt en waar eventuele verbeterpunten zitten. Sturing op doelmatige topreferente zorg en onderzoek door de verschillende betrokken partijen zoals overheid, zorgverzekeraars en universiteiten is daardoor lastig. UMC's worden via de ac niet afgerekend op hun prestaties. Bovendien heeft het gesloten systeem van de ac tot gevolg dat veranderingen in het takenpakket van een UMC (bijvoorbeeld het aantal topreferente specialismen), geen invloed hebben op de verdeling en hoogte van de ac. Andere ziekenhuizen die topreferente functies uitvoeren kunnen geen beroep doen op de ac, hierdoor wordt innovatie bij deze ziekenhuizen geremd. UMC's hebben door bovenstaande weinig belang bij meer transparantie en hebben onvoldoende prikkels meer grip te krijgen op hun kosten en hun bedrijfsvoering te optimaliseren.

Zoals aan het begin van dit hoofdstuk aangegeven, is er discussie over de vraag of UMC's de ac gebruiken voor kruissubsidiëring. Het gebrek aan transparantie in de besteding van de ac is daar mede debet aan. Met de invoering van prestatiebekostiging en een vergroot segment met vrije prijzen voor de medisch-specialistische zorg per 2012, is de marktwerking toegenomen en daarmee ook de prikkel voor kruissubsidiëring. Dat vergroot ook het belang van meer transparantie en verantwoording.

De concentratie van topreferente zorg en daarbij behorend onderzoek lijkt momenteel voornamelijk ingegeven door de schaarse middelen en voorkeuren van een individueel UMC. Individuele UMC's hebben mede vanuit een bezuinigingsgedachte de afgelopen jaren kritisch binnen hun organisatie gekeken waar wel of niet geld aan besteed zou moeten worden en of dit efficiënter kan. Een integrale afweging tussen UMC's vindt daarentegen onvoldoende plaats, waardoor mogelijkheden voor taakverdeling tussen UMC's, ten aanzien van zowel zorg als onderzoek, onvoldoende worden benut. De historisch gegroeide verdeling en het gesloten systeem van de ac belemmeren een dergelijke integrale afweging. Bovendien stelt de Mededingingswet grenzen aan het uitsluitend in onderling overleg verdelen van functies door zorginstellingen. Er ontstaan al snel problemen met de

Mededingingswet wanneer individuele zorginstellingen onderling functies verdelen. Wanneer de verdeling op andere wijze tot stand komt, bijvoorbeeld via regelgeving of via contractering door zorgverzekeraars, is dit makkelijker in overeenstemming te brengen met de Mededingingswet.

De conclusie is dat door het gebrek aan transparantie en het gesloten systeem van de ac, de ac onvoldoende als instrument kan worden ingezet voor het bevorderen van doelmatigheid en het maken van een integrale afweging rond de financiering en levering van topreferente zorg en onderzoek.

3.3 Werkplaatsfunctie

Zoals in het vorige hoofdstuk beschreven wordt het werkplaatsbudget door het ministerie van OCW aan de universiteiten uitgekeerd, zodat zij in staat zijn om een werkplaats voor de geneeskunde opleiding en het geneeskundig onderzoek in te richten. De volgende knelpunten doen zich voor bij de werkplaatsfunctie.

- 3.3.1 *Universiteit is beperkt betrokken bij besteding werkplaatsbudget door UMC*
Volgens een wettelijke bepaling²¹ moet het werkplaatsbudget momenteel "onverwijld" door de universiteit aan het gelieerde UMC worden doorgegeven. Dit artikel verhindert dat de universiteit vooraf eisen kan stellen aan de werkzaamheden van het UMC voor het geneeskundig onderwijs en onderzoek. Daardoor heeft de universiteit in de praktijk geen prikkel een goede afweging te maken bij de inkoop bij het UMC. Dit kan bijvoorbeeld de interfacultaire samenwerking remmen. Het werkplaatsbudget is in 2010 onderwerp geweest van onderzoek²². Op grond van dit onderzoek is geconcludeerd dat de universiteit ondanks de onverwijld-bepaling van de wet, meer werk moet maken van de afspraken over dit budget. Naast de werkplaatsfunctie geeft de universiteit een facultaire bijdrage aan de faculteit geneeskunde. Deze wordt door de minister van OCW aan de universiteit toebedeeld via het reguliere bekostigingsmodel van OCW. Ook met deze middelen wordt onderzoek en medisch onderwijs gefinancierd. Over dit budget kan echter met het UMC meer overleg worden gepleegd, de universiteit is namelijk niet verplicht dit over te maken aan het UMC. Daarom heeft de universiteit bij dit budget meer prikkels en instrumenten om doelmatig in te kopen bij het UMC.
- 3.3.2 *Het werkplaatsbudget en de facultaire bijdrage hebben hetzelfde doel*
In essentie hebben het werkplaatsbudget en de facultaire bijdrage hetzelfde doel, namelijk het financieren van de universitaire functie: het verzorgen van medisch onderwijs en onderzoek. Het hebben van een werkplaats is geen doel op zich, het is een middel om tot medisch onderzoek en onderwijs te komen. Vanuit deze invalshoek is het merkwaardig dat deze taak via twee gescheiden stromen, maar vanuit hetzelfde ministerie, wordt bekostigd.
- 3.4 Opleidingsfonds**
- De UMC's ontvangen jaarlijks een bedrag uit het opleidingsfonds om de opleiding van medisch specialisten te kunnen bekostigen. Enkele knelpunten die zich voordoen bij het opleidingsfonds worden in deze paragraaf belicht.
- 3.4.1 *De opleiding tot medisch specialist is lang*
Internationaal is er een grote verscheidenheid in de duur van de opleiding tot medisch specialist. Een Europese richtlijn schrijft de minimale opleidingsduur van elk

²¹ Wet op hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (WHW), artikel 2.12, BWBR0005682
²² Capgemini, Besteding van het werkplaatsbudget, 2010

van de medisch specialistische opleidingen voor (Richtlijn 2005/36 EG betreffende erkenning van beroepskwalificaties). De minimale opleidingsduur binnen deze richtlijn verschilt per specialisme en bedraagt tussen de 3 en 6 jaar. Vergelijking van deze minimaal vereiste opleidingsduur en de huidige duur van de vervolgoedingen in Nederland leert dat het merendeel van de vervolgoedingen 1 tot 2 jaar langer duurt dan volgens de Europese richtlijn minimaal is vereist (zie bijlage 6). Er is al langer discussie over de duur van de medisch specialistische opleiding in Nederland. Zo beveelt de RVZ aan dat zorgvraag niet alleen opgevangen moet worden door medisch specialisten²³. Anders opgeleide artsen en zorgprofessionals kunnen dat voor een deel net zo goed. De NFU²⁴ stelt dat onder- en overeducatie zoveel mogelijk moeten worden vermeden. Daarom beveelt de NFU aan om meer herverdeling van taken binnen respectievelijk tussen beroepsgroepen te realiseren. De NFU stelt een flexibel opleidingsmodel voor dat tot meer differentiatie en substitutie in het werkveld van zorg leidt en qua lengte van de opleidingen aansluit bij de geldende Europese richtlijn.

3.4.2

Onvoldoende onderbouwde tariefverschillen en onvoldoende prikkel door staffel

Er is een tariefverschil tussen UMC's, grote opleidingsziekenhuizen en kleinere opleidingsziekenhuizen (zie bijlage 5). Naast verschil in de hoogte van de vergoeding, is de opleidingsvergoeding van niet-UMC's gestaffeld. Dit betekent dat een ziekenhuis dat 150 of meer AIOS opleidt, per opleidingsplek een lager subsidiebedrag krijgt dan een ziekenhuis dat 149 (of minder) specialisten opleidt. Het tarief van de UMC's en de grote opleidingsziekenhuizen is onderbouwd door een onderzoek van Prismant uit 2004²⁵. Het is echter niet duidelijk waar het verschil in tarief met de kleinere opleidingsziekenhuizen op gebaseerd is. Er zijn geen studies die aantonen dat de kosten voor een klein ziekenhuis hoger zijn dan voor een groot ziekenhuis.

De staffel in opleidingsvergoeding geeft instellingen die net onder die grens zitten geen prikkel om hun capaciteit uit te breiden, omdat dit tot een lager bedrag per plek leidt. Zo zijn er momenteel geen andere ziekenhuizen dan UMC's die 150 of meer medisch specialisten opleiden en daardoor in de laagste vergoedingsklasse (€ 122.100) zitten. Ongeveer 75% van de opleidingsplaatsen (excl. UMC's) wordt aangeboden bij ziekenhuizen met 50 tot 150 AIOS en wordt tegen het tarief van de middelste vergoedingsklasse gesubsidieerd (€ 152.600). De overige bevinden zich in de hoogste klasse van € 163.900 voor 50 of minder AIOS.

Type instelling	UMC	Overige opleidingsziekenhuizen		
Aantal opleidingsplaatsen		0 tot 50	50 tot 150	150 of meer
Subsidiebedrag	€123.700	€163.900	€152.600	€122.100
Aantal instellingen	8	29	27	0

Tabel4: subsidie opleidingsfonds en aantal opleidingsplaatsen.

3.4.3

Privaat rendement medische opleiding relatief hoog

In de economische literatuur is veel onderzoek gedaan naar het rendement van hoger onderwijs. Het private rendement op opleiding en onderwijs is hoog als de verdiensten later in het leven relatief hoog zijn ten opzichte van de investeringen ten tijde van de opleiding, rekening houdend met subsidies en belastingen. Het

23 RVZ, Numerus Fixus Geneeskunde, Loslaten Of Vasthouden, 2010.

24 NFU, De medisch specialist van straks, 2010

25 Prismant, Opleidingskosten gefinancierd, 2004.

algemene beeld is dat hoger onderwijs een rendabele investering voor de student is²⁶.

Met betrekking tot het private rendement op de opleiding tot specialist geldt bovendien dat het brutoloon van specialisten in loondienst fors hoger is dan dat van een gemiddelde WO-afgestudeerde, zo wordt duidelijk uit een vergelijking van het gemiddelde WO-inkomen in vergelijking met de cao's van de specialisten in loondienst. Hier tegenover staat dat medisch specialisten ook meer moeten investeren. De studie geneeskunde duurt namelijk langer en in deze periode loopt men inkomen mis ten opzichte van andere WO-afgestudeerden die al een betaalde baan hebben. Daarnaast moet langer collegegeld worden betaald en worden langer studiekosten gemaakt. Tijdens de daaropvolgende AIOS periode hebben zij weliswaar geen specialistensalaris, maar wel een inkomen dat vergelijkbaar is met het WO gemiddelde. Daarnaast verdienen zij tijdens de vervolgopleiding niet minder dan gemiddelde WO-afgestudeerden en is momenteel de private investering gering. Naast het private rendement zou de opleiding tot specialist ook een aanvullend maatschappelijke rendement kunnen genereren, dat niet in het loon van de specialist neerslaat. De werkgroep is echter geen empirische literatuur bekend waaruit blijkt dat het aanvullende maatschappelijke rendement op de opleiding tot medisch specialist groter is dan op de gemiddelde WO-opleiding.

De werkgroep concludeert dan ook dat het private rendement op een opleiding tot medisch specialist hoog is, en bovendien aanzienlijk hoger dan het rendement op andere WO-opleidingen. Deze conclusie is in lijn met de RVZ, die in haar rapport over de numerus fixus²⁷ opmerkt dat het private rendement van een geneeskunde opleiding hoog is en dat het vreemd is dat een specialist niet meebetaalt aan de vervolgopleiding. De private investering van de specialist, in relatie tot de kosten van de overheid en het rendement voor de specialist, is gering.

26 CPB, Effecten hogere private bijdrage voor hoger onderwijs 2010, bijlage 7 van het rapport heroverweging hoger onderwijs: studeren is investeren, 2010

27 RVZ, Numerus Fixus Geneeskunde, Loslaten Of Vasthouden, 2010.

4 Beleidsvarianten

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden varianten geschetst die aangrijpen op de verschillende punten uit de analyse. Uit de analyse in hoofdstuk 3 is naar voren gekomen dat hoe dan ook de transparantie in de besteding van de middelen en de door UMC's geleverde prestaties verbeterd dient te worden. Dit wordt als basisvariant gepresenteerd in paragraaf 4.2. Daarna worden varianten geschetst voor wijziging van het verdeelmechanisme van voor een UMC specifieke financieringsbronnen, namelijk de academische component, de werkplaatsfunctie en het opleidingsfonds. Verbetering van de transparantie en kwaliteit, verhoging van de doelmatigheid van de besteding van de middelen, en realisatie van besparingen (als resultante) zijn de doelen van de varianten.

4.2 Basisvariant: verbetering transparantie

Zoals in de analyse aangegeven maakt het gebrek aan transparantie het onduidelijk of uitvoering van de taken door UMC's wel doelmatig plaatsvindt. De afgelopen jaren hebben de UMC's zich ingespannen een en ander te verbeteren maar het is nog steeds van belang dat er meer helderheid komt. Daarom komt de werkgroep tot de volgende basisvariant waarmee transparantie door duidelijkere allocatie en verantwoording van de verschillende financieringsstromen wordt beoogd:

- 1) Definieer en formaliseer topklinische en topreferente zorg en daarbij horend onderzoek inclusief bijbehorende kwaliteitscriteria²⁸. Schoon de academische component op voor dat deel dat kan worden meegenomen in tarieven voor prestaties.
- 2) Definieer en formaliseer kwaliteitseisen voor de andere twee publieke functies van de UMC's: onderwijs en onderzoek²⁹.
- 3) Maak duidelijke keuzes welke taken door overheid gereguleerd dienen te worden en welke taken bij veldpartijen neergelegd kunnen worden³⁰.
- 4) Verplicht UMC's om zich per taak waar zij aparte publieke financiering voor krijgen te verantwoorden over de kwantiteit en kwaliteit van de geleverde prestaties op elke taak en welke kosten daarvoor zijn gemaakt.
- 5) Houd toezicht op de gedefinieerde publieke functies en kwaliteitseisen.

Voor het ontwikkelen van definities en criteria kan de minister van VWS gebruik maken van een desgewenst in te stellen commissie van experts uit het veld, dan wel van onafhankelijk onderzoek. Bij die ontwikkeling dienen ook betrokken te worden de publieke toezichthouders en uitvoerders (IGZ, IvhO, Kwaliteitsinstituut Zorg, Nza) en relevante veldpartijen: zowel UMC's en andere zorginstellingen, als zorgverzekeraars en universiteiten.

4.3 Variant 1: Objectivering en concentratie academische component

Door de invoering van de basisvariant ontstaat er meer inzicht in de prestaties van UMC's en de definities en criteria die voor topreferente zorg en onderzoek moeten

28 Een deel van de benodigde criteria is met ingang van 2013 reeds nodig om een stelsel met beschikbaarheidsbijdragen mogelijk te maken binnen Europese regelgeving.

29 Met ingang van 1 januari 2012 doet de NVAO een uitspraak over de relatieve kwaliteit van de opleiding (onvoldoende, voldoende, goed, excellent) bij de periodieke accreditatie.

30 Hierbij dient rekening te worden gehouden met de Europese regelgeving voor diensten van algemeen economische belang.

worden gehanteerd. Variant 1 heeft als doel de doelmatigheid en kwaliteit van topreferente zorg en onderzoek langs drie lijnen te bevorderen. Ten eerste wordt gerealiseerd dat alleen die vormen van zorg via de ac worden gefinancierd die ook daadwerkelijk voldoen aan de criteria. Kortom de financiering wordt geobjectiveerd. Ten tweede biedt het de mogelijkheid te komen tot verdere concentratie. Ten derde is het doel via mogelijke toetreding van andere instellingen dan UMC's prikkels te introduceren ter bevordering van innovatie.

Door een vorm van regie ontstaat er een integrale afweging om zorg en onderzoek daar te concentreren waar de prijs-kwaliteitverhouding het beste is. Los van deze variant is de verwachting dat de invoering van prestatiebekostiging hier ook een bijdrage aan levert, zij het dat duidelijke regie en tempo dan ontbreken. Bovendien overtreden individuele zorginstellingen al zeer snel de mededingingsregels indien zij onderling functies verdelen. Wanneer op andere wijze vorm wordt gegeven aan de verdeling van functies, bijvoorbeeld via regelgeving of via contractering door zorgverzekeraars, is dit makkelijker in overeenstemming te brengen met de Mededingingswet.

4.3.1

Schets variant 1

Er worden twee stappen voorgesteld, de herverdelingsstap en de toetredingsstap:

- 1) Met de **herverdelingsstap** worden de UMC's (en het NKI-AVL) voor alle (deel)specialismen aan criteria getoetst. Dit zijn kwaliteitscriteria die conform stap 1 van de basisvariant zijn geformuleerd, aangevuld met criteria omtrent het aantal benodigde locaties en geografische spreiding in Nederland per (deel)specialisme. Tevens wordt per (deel)specialisme aangegeven welk financiële vergoeding vanuit de academische component hierbij hoort. De verdeling van de academische component (inclusief bijbehorend deel DHAZ, zodat de academische component integraal is: inclusief kapitaalslasten) over de verschillende UMC's (en het NKI-AVL) wordt hierop vervolgens aangepast. Ter vergroting van kwaliteit en doelmatigheid wordt daarbij het aantal locaties per topferent (deel)specialisme, afhankelijk van de behoefte, beperkt ten opzichte van de huidige situatie. Indien instellingen een deel van de ac krijgen voor een bepaald (deel)specialisme, dan krijgen zij van overheidswege de opdracht voor dit (deel)specialisme topreferente zorg te leveren, het daarbij behorend onderzoek te verrichten en de last-resortfunctie voor dit (deel)specialisme te vervullen.
- 2) Met de **toetredingsstap** kunnen ook andere ziekenhuizen dan UMC's zich, voor een beperkte groep (deel)specialismen, aanmelden voor toetsing aan de kwaliteit- en geografische criteria. Indien zij voldoen aan de criteria verkrijgen zij het daarbij behorende deel ac van dat (deel)specialisme. In dat geval krijgen zij van overheidswege de opdracht voor dit (deel)specialisme topreferente zorg te leveren, het daarbij behorend onderzoek te verrichten en de last-resortfunctie voor dit (deel)specialisme te vervullen. Na een experimenteerfase kan het aantal (deel)specialismen waarop de toetredingsstap wordt toegepast gaandeweg worden uitgebreid.

Resultaat van de herverdelingsstap kan zijn een andere verdeling van de ac over de UMC's: voor sommige (deel)specialismen zal het ene UMC aan de criteria voldoen, voor het andere (deel)specialisme een ander UMC, terwijl dit in de huidige verdeling geen enkele rol speelt. Een UMC dat wel aan de kwaliteitscriteria voldoet, kan

daarnaast op basis van geografische spreidingscriteria een deel van zijn ac kwijtraken.

In aanvulling op de herverdelingsstap kan met de toetredingsstap worden bereikt dat een deel van de ac terecht komt bij instellingen die nu geen beroep kunnen doen op de ac. Voorwaarde is in alle gevallen dat voldaan moet worden aan de criteria van kwaliteit en geografische spreiding die aan topreferente zorg en onderzoek voor een (deel)specialisme worden gesteld. Hoe dan ook zal eventuele openstelling van het systeem voor andere instellingen dan UMC's (en het NKI-AVL) slechts voor een deel van de (deel)specialismen een reële optie zijn, gelet op de beperkte beschikbaarheid van potentiële aanbieders. Aangezien de herverdelingsstap naar verwachting om praktische redenen sneller kan worden gerealiseerd dan de toetredingsstap, zal in de praktijk van een zekere volgtijdelijkheid sprake zijn. Dit is nadrukkelijk een praktische volgorde en geen principiële. Hetzelfde geldt in het geval er voor bepaalde (deel)specialismen al wel criteria zijn vastgesteld en voor andere nog niet, ook dan is het wenselijk alvast te beginnen met toetsing van de (deel)specialismen waarvoor de criteria zijn vastgesteld.

In principe is het voorgestelde stelsel een subsidiesysteem waarin ziekenhuizen een vergoeding (in de vorm van een deel van de ac) ontvangen voor het leveren van de topreferente functie. Een alternatief is deze middelen te koppelen aan een vergunningstelsel: Alleen die ziekenhuizen die aan de criteria voldoen mogen topreferente zorg leveren voor dat specifieke (deel)specialisme, andere instellingen wordt verboden deze zorg te leveren. Voor het realiseren van een dergelijk stelsel is wetgeving vereist (bijvoorbeeld aanpassing huidige WBMV). Voordeel van een vergunningstelsel is dat er geen middelen verloren gaan door investeringen in overcapaciteit, alleen instellingen die de zorg mogen leveren zullen investeren in de benodigde infrastructuur. Nadeel van vergunningen is echter dat dit alternatieve kandidaten bij een volgende toetsing aan de criteria hindert om de benodigde kennis, ervaring en positie op te bouwen. Daardoor zal de toetsing in een volgende ronde minder effectief zijn en dat houdt op zijn beurt de bestaande concessiehouders minder scherp.

Toetsing en toekenning vindt plaats door een onafhankelijke partij, zoals bijvoorbeeld de NZa, eventueel in combinatie met internationale experts. Toekenningen vinden plaats voor een periode van 5 of 10 jaar. Dit om kapitaalvernietiging te beperken. Indien er op grond van monitoring aanwijzingen zijn dat gedurende de 5 of 10 jaar niet meer aan de criteria wordt voldaan, vinden er sancties plaats, die in het uiterste geval kunnen leiden tot tussentijds verlies van aanspraak op de ac.

Met deze stappen is de objectieve toedeling van de ac een feit en is voor alle zorginstellingen (en met name UMC's) een belang geïntroduceerd om prestaties en verantwoording zodanig in te richten dat de ac als financieringsbron wordt zekergestellt. Daarmee is evenzeer een stap gezet op weg naar concentratie: per (deel)specialisme zullen slechts enkele UMC's (of overige instellingen) middelen uit de ac krijgen.

Wat verandert deze variant aan de huidige situatie?

Taken	Financieringsstroom	Soort instelling	Departementale begroting
Basiszorg, topklinische zorg (en DBC-gedeelte topreferente zorg)	Premiegefinancierde zorg A- en B-segment, beschikbaarheidsbijdrage, vaste segment	UMC, STZ en overige ziekenhuizen	VWS
Topreferente zorg en het daarbij horende onderzoek	Academische component (incl. DHAZ)	Ieder UMC of ander ziekenhuis dat bij toetsing aan criteria voldoet	VWS
Opleiding tot basisarts en verrichten onderzoek	Facultaire bijdrage	UMC	OCW
Werkplaats voor opleiding tot basisarts en (fundamenteel) wetenschappelijk onderzoek	Werkplaatsfunctie (incl. DHAZ)	UMC	OCW
Specialisten opleiden	Opleidingsfonds	UMC, STZ en overige ziekenhuizen	VWS
Onderzoek en innovatie	2e, 3e en 4e geldstroom	UMC, STZ	OCW, VWS (ZonMw+NWO), EU en private geldstromen

Tabel 5: overzichtstabel variant 1

Na het zetten van bovenstaande stappen zal het UMC-landschap veranderd zijn. Er zullen minder specialismen per UMC zijn die zich topreferent kunnen noemen, maar wellicht meer ziekenhuizen waar een vorm van topreferente zorg en onderzoek wordt aangeboden. Het dan ontstane landschap kan aanleiding zijn voor vervolgstappen in de richting van minder topreferente UMC's in Nederland, bijvoorbeeld als bepaalde UMC's nog erg weinig topreferente zorg en onderzoek verrichten. Daarbij kan te zijner tijd de constatering worden meegenomen dat de omvang van onderwijs van de medische faculteiten in Nederland internationaal op dit moment erg groot is. Onderzocht kan worden of het verzorgen van geneeskunde onderwijs alleen in de vorm van samenwerking tussen een faculteit en academisch ziekenhuis kan of dat ook andere ziekenhuizen (zonder topreferente functies) hiervoor in aanmerking zouden kunnen komen.

Implicaties variant 1

Transparantie, doelmatigheid

- Door definitie topreferente zorg en bijbehorend onderzoek, toetsing aan criteria en vervolgens aanpassing financiering hieraan wordt de transparantie omtrent de ac verbeterd.
- Doelmatigheid wordt verbeterd doordat geld ten opzichte van de huidige situatie gericht op de plekken terecht komt die aan de criteria voldoen.

- Instellingen worden tevens geprikkeld tot verbeteren doelmatigheid en betere prestaties door dreiging van het verliezen van de ac voor een bepaald (deel)specialisme aan een UMC, of door de toetredingsstap aan een andere instelling.
- Er ontstaat meer concentratie: per (deel)specialisme zullen minder UMC's (of overige instellingen) middelen uit de ac krijgen dan nu het geval is.

Implementatie

- Het formuleren van criteria is een complex proces.
- Reallocatie tussen UMC's en overige instellingen kan weerstand oproepen (ook bij cliënten die niet meer bij vertrouwde UMC terecht kunnen).
- Uitvoering vergt toezicht en onderhoud, enige bureaucratie is onvermijdelijk.
- Rekening dient te worden gehouden met de toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg. Zorgconcentratie is een middel om tot doelmatige besteding van middelen en het vergroten van de kwaliteit van zorg te komen, het is niet een doel op zich.
- Bij concentratie kunnen zich belemmeringen voordoen, bijvoorbeeld in de arbeidsvoorwaardensfeer.

Budgettaire effecten variant 1

De bovenstaande stappen zullen via verschillende wegen leiden tot doelmatigheidsverbeteringen op het vlak van topreferente zorg en onderzoek. Ten eerste doordat voortaan alleen nog de beste ziekenhuizen de desbetreffende zorg leveren, en de ziekenhuizen die onvoldoende maat presteren, moeten stoppen met die behandeling: per ziekenhuis minder topreferente zorg en onderzoek in de breedte maar meer in de diepte. Ten tweede zullen deze ziekenhuizen een hogere vaardigheid (en daarmee kwaliteit) weten te bereiken, doordat ze meer volume draaien in een topreferent (deel)specialisme. Daarnaast kunnen door de concentratie schaalvoordelen ontstaan op het niveau van de vakgroep, bijvoorbeeld doordat dure specifieke apparatuur beter benut wordt. Een doelmatigheidswinst van 10% wordt verwacht op de totale ac, ofwel 70 mln. euro (10% van ca. 700 mln. in 2013)³¹. Na een ontwikkelperiode zal het doorvoeren van dit voorstel en het realiseren van de structurele opbrengst meerdere jaren in beslag nemen.

4.3.2

Aanbeveling ten aanzien van afwentelingsrisico algemene ziekenhuizen op UMC's
Andere ziekenhuizen dan UMC's hebben een prikkel om voorspelbaar verliesgevend patiënten door te verwijzen naar een UMC, die op basis van de last-resortfunctie de plicht heeft die patiënten te helpen, gefinancierd uit de ac. Volgens de UMC's gebeurt dit veelvuldig. Er is nog niet voldoende onderzoek gedaan om de omvang hiervan vast te stellen. Niettemin kan worden vastgesteld dat er een perverse doorverwijsprikkel is voor ziekenhuizen die geen last-resortfunctie hebben. Omgekeerd hebben UMC's door het gebudgetteerde karakter van de ac een prikkel om de kosten van de last resort zorg zo laag mogelijk te houden. Met het oog op een betere kostenafweging bij ziekenhuizen, acht de werkgroep het wenselijk dat de perverse prikkel van ziekenhuizen zonder ac wordt tegengegaan. Dat zou bijvoorbeeld kunnen door een vorm van bekostiging van uitbijters ('outliers') te introduceren. Cliënten die substantieel meer kosten dan het (afgesproken) DOT-tarief (uitbijters), komen dan voor een aparte vergoeding in aanmerking die het ziekenhuis (deels) compenseert voor de extra kosten. De grote

uitdaging bij bekostiging van uitbijters is de budgettaire beheersbaarheid. Ziekenhuizen hebben in het geval van bekostiging van uitbijters namelijk een nieuwe perverse prikkel om cliënten tot uitbijter te bestempelen en vervolgens zoveel mogelijk kosten aan die cliënten toe te rekenen. Dit probleem kan in principe worden ondervangen door het objectiveren van de bekostiging van de uitbijters en daar een goede controle op te zetten. Het is echter de vraag of deze maatregelen in de praktijk afdoende zijn en of een overdaad aan bureaucratie kan worden voorkomen.

Omdat het binnen het tijdsbestek van dit IBO niet mogelijk bleek dit punt te adresseren, beveelt de werkgroep aan om het tegengaan van de perverse doorverwijsprikkel voor ziekenhuizen zonder ac, nader te onderzoeken, waarbij de optie van bekostiging van uitbijters bijzondere aandacht verdient.

4.4 Variant 2: Werkplaatsfunctie integreren met facultaire bijdrage

4.4.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is geconstateerd dat er voor de universitaire functie, die bestaat uit de onderwijs- en onderzoekfuncties die het UMC voor de universiteit vervult, twee financieringsstromen zijn met dezelfde doelen en dat er onvoldoende prikkels voor de universiteit zijn om het UMC tot doelmatigheid aan te sporen bij de besteding daarvan. Onderstaand wordt een variant geschetst die daarbij aangrijpt.

4.4.2 Schets variant 2

Uit de WHW wordt geschrapt dat universiteiten de werkplaatsfunctie "onverwijld" door moeten geven aan de UMC's. Hiermee wordt ruimte aan de universiteiten gegeven eisen te stellen aan de werkzaamheden van het UMC, die ten dienste staan van het geneeskundig onderwijs en onderzoek. Daarmee ligt er een prikkel voor het bestuur van een universiteit om de middelen doelmatiger in te zetten voor deze taken. Tevens houdt het werkplaatsbudget als zodanig op te bestaan, door deze te bundelen (inclusief huidig DHAZ-onderdeel binnen het werkplaatsbudget) met de facultaire bijdrage. Op deze wijze worden de twee afzonderlijke geldstromen met dezelfde doelen gecombineerd tot één geldstroom.

Wat verandert deze variant aan de huidige situatie?

Taken	Financieringsstroom	Soort instelling	Departementale begroting
Basiszorg, topklinische zorg (en DBC-gedeelte topreferente zorg)	Premiegefinancierde zorg A- en B-segment (incl. DHAZ), beschikbaarheidbijdrage, vaste segment	UMC, STZ en overige ziekenhuizen	VWS
Topreferente zorg en het daarbij horende onderzoek	Academische component	UMC, NKI-AVL	VWS
Opleiding tot basisarts en verrichten onderzoek	Facultaire bijdrage (incl. DHAZ)	UMC	OCW
Werkplaats voor opleiding tot basisarts en (fundamenteel) wetenschappelijk onderzoek			
Specialisten opleiden	Opleidingsfonds	UMC, STZ en overige ziekenhuizen	VWS
Onderzoek en innovatie	2e, 3e en 4e geldstroom	UMC, STZ	OCW, VWS (ZonMw+NWO), EU en private geldstromen

Tabel 6: overzichtstabel variant 2

Implicaties variant 2

Transparantie, doelmatigheid

- OCW opleidingskosten worden transparanter gemaakt door volledige financiering via de facultaire bijdrage. De universiteiten krijgen beter zicht op de vergoeding per opleidingsplaats en zeggenschap in de besteding van de werkplaatsbudgetten voor deze opleidingsplaatsen. Meer voorwaarden en verantwoording ten aanzien van de onderzoeksoutput van een UMC. De universiteit kan in overleg met het UMC afspraken maken over onder meer de kwaliteit en kwantiteit van de wetenschappelijke productie en over valorisatie daarvan.

Implementatie

- Dit vereist wijziging van de WHW ten aanzien van de onverwijilde betaling.
- Er kan verschuiving plaatsvinden van zorg, onderwijs en onderzoeksbudgetten naar andere wetenschapsgebieden, op grond van de prioritering van het CvB van de universiteit. Dit sluit aan bij de vereiste interfacultaire samenwerking in het kader van de strategische agenda Hoger Onderwijs waarin een sterkere profilering van de universiteiten wordt bepleit.

4.4.3

Budgettaire effecten variant 2

Met deze variant krijgen de universiteiten een groter belang om opleidingen en onderzoek zo doelmatig mogelijk te organiseren, zij kunnen het gesprek aangaan over de locatie van bijvoorbeeld de coschappen. Veel UMC's verzorgen coschappen in de perifere ziekenhuizen. Dit is in de regel goedkoper.

Daarom wordt verondersteld dat een doelmatigheidswinst van 30 mln. euro (ca 5% van 575 mln. in 2013) kan worden behaald op het werkplaatsbudget, als gevolg van onderhandelingen tussen universiteit en academisch ziekenhuis. Deze variant vergt

wetswijziging (WHW) en kan derhalve niet eerder dan met ingang van het collegejaar 2013/2014 worden ingevoerd.

4.5 Variant 3: Opleidingsfonds

4.5.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is geconstateerd dat de opleiding voor medisch specialisten in Nederland langer duurt dan noodzakelijk op basis van de Europese richtlijn, dat er geen onderzoek is dat tariefverschillen voor opleidingen legitimeert en dat de private investeringen van medisch specialisten in opleiding gering zijn in verhouding tot het private rendement. Hieronder staan drie subvarianten beschreven die aangrijpen bij deze analysepunten. Deze subvarianten kunnen los van elkaar worden ingezet, maar ook in samenhang. De varianten zijn toegespitst op de eerste tranche van het opleidingsfonds.

4.5.2 Subvariant 3.1: Opleidingsduur medisch specialist op Europees niveau

Schets subvariant 3.1

De duur van de vervolgopleiding tot medisch specialist wordt gelijk aan de minimumeisen van de Europese richtlijn. Dit betekent voor het merendeel van de vervolgoopleidingen een verkorting van 1 tot 2 jaar. Deze stroomlijning wordt bewerkstelligd door het aantal jaren financiering vanuit het opleidingsfonds gelijk te stellen aan de minimumeisen van de Europese richtlijn (zie bijlage 6). Daar waar de zorg vraagt om verdere specialisatie kan dit via privaat gefinancierde subspecialisatie worden georganiseerd. De artsen kunnen via deze weg doorgroeien naar specialisten voor de complexere zorgvraag. Om verkorting van de opleiding mogelijk te maken zullen de curricula van de vervolgopleiding moeten worden herzien. Deze omvorming brengt eenmalige kosten met zich mee, maar is noodzakelijk voor behoud van kwalitatief verantwoord onderwijs.

Wat verandert deze variant aan de huidige situatie?

Taken	Financieringsstroom	Soort instelling	Departementale begroting
Basiszorg, topklinische zorg (en DBC-gedeelte topreferente zorg)	Premiegefinancierde zorg A- en B-segment (incl. DHAZ), beschikbaarheidsbijdrage, vaste segment	UMC, STZ en overige ziekenhuizen	VWS
Topreferente zorg en het daarbij horende onderzoek	Academische component	UMC, NKI-AVL	VWS
Opleiding tot basisarts en verrichten onderzoek	Facultaire bijdrage (incl. DHAZ)	UMC	OCW
Werkplaats voor opleiding tot basisarts en (fundamenteel) wetenschappelijk onderzoek	Werkplaatsfunctie (incl. DHAZ)	UMC	OCW
Specialisten opleiden	Opleidingsfonds: Korte opleiding	UMC, STZ en overige ziekenhuizen	VWS
Onderzoek en innovatie	2e, 3e en 4e geldstroom	UMC, STZ	OCW, VWS (ZonMw+NWO), EU en private geldstromen

Tabel 7: overzichtstabel variant 3.1

Implicaties subvariant 3.1

Transparantie, doelmatigheid

- De doelmatigheid neemt toe omdat de opleidingstijd en het opleidingsniveau beter aansluiten op het vereiste niveau in de praktijk.
- De arbeidsmarkt en daarmee de zorg kan eerder (eenmalig) en langer beschikken over de afgestudeerde medisch specialist.

Implementatie

- Dit idee is reeds vermeld in het rapport "De arts van straks" (2002), een gezamenlijk project van OCW en VWS, maar tot uitvoering is het tot nu toe niet gekomen.

Budgettaire effecten subvariant 3.1

Deze subvariant levert een structurele besparing op van ca. 200 mln. euro. De kosten nemen af doordat de gemiddelde opleidingsduur daalt. VWS heeft minder opleidingsjaren te bekostigen. De besparing is het verschil tussen de oude opleidingsduur en de nieuwe opleidingsduur, maal de prijs per jaar. Er moet rekening gehouden worden met incidentele extra kosten voor het omvormen van de curricula à 20 mln. euro in het eerste jaar na wijziging en vervolgens drie jaar 10 mln. euro per jaar. Deze kosten betreffen het omvormen van alle opleidingen in de eerste tranche, het aanpassen van wet en regelgeving en de inzet van deskundigen om tot deze aanpassingen te komen. Na anderhalf jaar voorbereidingstijd kan worden gestart met het nieuwe curriculum. De structurele besparing zal na een periode van 4 tot 5 jaar (cohortsgewijs) na invoering worden bereikt.

4.5.3

Subvariant 3.2: generiek opleidingstarief

In deze variant wordt het verschil in vergoeding voor opleidingsplaatsen afgeschaft, zodat grote en kleine opleidingsziekenhuizen per opleidingsplaats identiek worden bekostigd. Het gevolg zal zijn dat opleidingen en onderdelen van opleidingen op de meest doelmatige locatie worden aangeboden. Tevens wordt het verschil in vergoeding tussen UMC's en grote opleidingsziekenhuizen geëgaliseerd. Dit betekent dat alle opleidingsplaatsen het subsidiebedrag ontvangen van 122.100 euro per AIOS per jaar. Deze wijziging in tarief kan stapsgewijs in 3-4 jaar worden ingevoerd. Doelmatigheid kunnen de instellingen via de volgende wegen bereiken:

- Gebruik maken van reeds bestaande infrastructuur bij andere instellingen: niet elk opleidingsziekenhuis hoeft te beschikken over bijvoorbeeld een eigen auditorium en skillslab. Dit betekent dat voorzieningen voor onderwijs niet in elk ziekenhuis aanwezig hoeven te zijn.
- Voor specifieke zaken, bijvoorbeeld gespecialiseerde onderdelen van de opleiding, kan worden uitgeweken naar een samenwerkingspartner die hierin gespecialiseerd is. Dit past ook bij de beweging van meer specialisatie en concentratie in de ziekenhuiszorg.
- Verschillende vervolgoopleidingen binnen eenzelfde opleidingsziekenhuis kunnen samenwerken: AIOS kunnen gezamenlijk onderwijsmomenten volgen over specialisme-overstijgende onderwerpen.

Wat verandert deze variant aan de huidige situatie?

Taken	Financieringsstroom	Soort instelling	Departementale begroting
Basiszorg, topklinische zorg (en DBC-gedeelte topreferente zorg)	Premiegefinancierde zorg A- en B-segment (incl. DHAZ), beschikbaarheidsbijdrage, vaste segment	UMC, STZ en overige ziekenhuizen	VWS
Topreferente zorg en het daarbij horende onderzoek	Academische component	UMC, NKI-AVL	VWS
Opleiding tot basisarts en verrichten onderzoek	Facultaire bijdrage	UMC	OCW
Werkplaats voor opleiding tot basisarts en (fundamenteel) wetenschappelijk onderzoek	Werkplaatsfunctie (incl. DHAZ)	UMC	OCW
Specialisten opleiden	Opleidingsfonds: Generiek opleidingstarief	UMC, STZ en overige ziekenhuizen	VWS
Onderzoek en innovatie	2e, 3e en 4e geldstroom	UMC, STZ	OCW, VWS (ZonMw+NWO), EU en private geldstromen

Tabel 8: overzichtstabel variant 3.2

Implicaties subvariant 3.2

Transparantie, doelmatigheid

- Ziekenhuizen worden gestimuleerd doelmatig op te leiden. Bestaande en toekomstige infrastructuur wordt daarmee doelmatig ingezet.

Implementatie

- Met het afschaffen van de indeling in schaalgrootteklassen, wordt de regeling eenvoudiger met minder administratieve lasten.
- De overheid is sterk afhankelijk van de bereidheid van de specialisten om opleidingsplaatsen aan te bieden. Er is een risico dat de specialisten in de algemene ziekenhuizen besluiten om voor de lagere vergoeding geen opleidingsplaatsen meer aan te bieden.
- Mogelijk neemt het aantal opleidingsplaatsen in de meest efficiënte opleidingsziekenhuizen toe en treedt een aantal minder efficiënte opleiders terug.

Budgettaire effecten subvariant 3.2

Deze subvariant levert een structurele besparing op van ca. 90 mln. euro³². Het ingroeipad voor deze structurele besparing is afhankelijk van het al dan niet inzetten van een overgangperiode van 3-4 jaar. De prijs voor een opleiding in een algemeen ziekenhuis daalt. De besparing is de som van het verschil tussen de oude en nieuwe prijs voor opleiden per algemeen ziekenhuis per AIOS per jaar. Dit leidt tot een lagere besteding binnen het opleidingsfonds.

³² In combinatie met de andere subvarianten van het opleidingsfonds levert deze individuele maatregel een lagere besparing op, zie tabel 10 in paragraaf 4.5.5.

4.5.4 *Subvariant 3.3: eigen bijdrage opleiding tot medisch specialist**Schets subvariant 3.3*

Met deze variant worden hogere eigen bijdragen in de opleidingen tot medisch specialist geïntroduceerd. Gelet op het hoge private rendement van de opleiding tot medisch specialist, is de werkgroep van mening dat substantieel hogere eigen bijdrage in de opleidingskosten kan worden gevraagd dan nu het geval is. In de variant is gekozen het effect per stap van 10% eigen bijdrage weer te geven. De precieze omvang van de eigen bijdrage vergt nadere analyse en afweging. De werkgroep beveelt aan om daarbij het CPB-onderzoek te betrekken, dat thans uitgevoerd wordt naar de beleidsmatige implicaties van rendementen van onderwijs. De hoogte van de eigen bijdrage kan eventueel worden gevarieerd voor opleidingsrichtingen die een tekort in de instroom kennen.

Wat verandert deze variant aan de huidige situatie?

Taken	Financieringsstroom	Soort instelling	Departementale begroting
Basiszorg, topklinische zorg (en DBC-gedeelte topreferente zorg)	Premiegefinancierde zorg A- en B-segment (incl. DHAZ), beschikbaarheidsbijdrage, vaste segment	UMC, STZ en overige ziekenhuizen	VWS
Topreferente zorg en het daarbij horende onderzoek	Academische component	UMC, NKI-AVL	VWS
Opleiding tot basisarts en verrichten onderzoek	Facultaire bijdrage	UMC	OCW
Werkplaats voor opleiding tot basisarts en (fundamenteel) wetenschappelijk onderzoek	Werkplaatsfunctie (incl. DHAZ)	UMC	OCW
Specialisten opleiden	opleidingsfonds+ eigen bijdrage	UMC, STZ en overige ziekenhuizen	VWS+ private geldstromen
Onderzoek en innovatie	2e, 3e en 4e geldstroom	UMC, STZ	OCW, VWS (ZonMw+NWO), EU en private geldstromen

Tabel 9: overzichtstabel variant 3.3

*Implicaties subvariant 3.3**Transparantie, doelmatigheid*

- De variant doet recht aan het private rendement van de medisch specialist.
- De variant verhoogt het rechtvaardigheidsgevoel in de samenleving rondom de hoge inkomens medisch specialisten. Overigens neemt de minister van VWS momenteel al een aantal maatregelen om het inkomen van specialisten terug te brengen op het norminkomen (o.a. introductie beheersmodel).

Implementatie:

- De eigen bijdrage kan door specialisten worden gebruikt als legitimering van een eis voor een hoog inkomen.
- AIOS kunnen met een financieringsprobleem geconfronteerd worden, dat bijvoorbeeld via een (sociaal) leenstelsel kan worden opgevangen.

Budgettaire effecten subvariant 3.3

Een eigen bijdrage van 10% per jaar is gelijk aan gemiddeld 13.400 euro. Dit betekent dat het instellen van een eigen bijdrage van 10% van de kosten jaarlijks structureel een besparing van ca. 80 mln. euro oplevert³³. Dit bedrag verandert lineair indien een hogere of lagere eigen bijdrage wordt gekozen. Het introduceren van een eigen bijdrage kan worden vormgegeven door de vergoedingen uit het opleidingsfonds aan de opleidende instellingen met de bovengenoemde bedragen te verlagen. De werkgroep verwacht gezien de inkomensverschillen tussen specialisten en andere WO afgestudeerden geen terugloop van de instroom in de vervolgoopleidingen. De structurele besparing zal, vanwege toepassing op alleen nieuwe instroom, in een periode van 4 tot 6 jaar kunnen worden bereikt.

4.5.5 *Overzicht budgettaire effecten subvarianten opleidingsfonds*

In onderstaande tabel zijn de structurele budgettaire effecten van de subvarianten afzonderlijk en in combinatie weergegeven. Er is een onderlinge samenhang tussen de subvarianten voor het opleidingsfonds. Een combinatie van de drie subvarianten leidt daarom tot een lagere besparing dan de som van de afzonderlijke maatregelen. In totaal is de besparing dan 325 mln. euro.

Beleidsvariant	Besparing individuele subvariant (mln)	Combinatie alle subvarianten (mln)
3.1 Opleiding verkorten	200	200
3.2 Generiek opleidingstarief	90	70
3.3 Eigen bijdrage per 10%	80	55
Combinatie alle (sub)varianten		325

Tabel10: budgettaire effecten van alle (sub)varianten opleidingsfonds te zamen

4.6 **Tot besluit**

In de voorgaande paragrafen is een aantal varianten geschetst, ter verbetering van transparantie, doelmatigheid en effectiviteit van de middelen die worden aangewend voor UMC's. De varianten kunnen los van elkaar bezien worden, maar ook gecombineerd worden. Bij combinatie resulteert een op alle onderdelen eenduidiger financieringsmodel waarbij het belang, en dus de prikkel, voor UMC's om de middelen zo doelmatig mogelijk in te zetten is vergroot. Voor sommige onderdelen is het model duidelijk eenvoudiger, omdat bedragen zijn geharmoniseerd en financieringsstromen worden samengevoegd. Op andere punten is complexiteit toegevoegd met het oog op de introductie van prikkels. In onderstaande tabel is dit weergegeven.

³³ In combinatie met de andere subvarianten van het opleidingsfonds levert deze individuele maatregel een lagere besparing op, zie tabel 10 in paragraaf 4.5.5.

Combinatie van alle (sub)varianten

Taken	Financieringsstroom	Soort instelling	Departementale begroting
Basiszorg, topklinische zorg (en DBC-gedeelte topreferente zorg)	Premiegefinancierde zorg A- en B-segment, beschikbaarheidsbijdrage, vaste segment	UMC, STZ en overige ziekenhuizen	VWS
Topreferente zorg en het daarbij horende onderzoek	Academische component (incl. DHAZ)	Ieder UMC of ander ziekenhuis dat bij toetsing aan criteria voldoet	VWS
Universitaire functie: (werkplaats voor) opleiding tot basisarts en verrichten (fundamenteel) wetenschappelijk onderzoek	Facultaire bijdrage (incl. DHAZ)	UMC	OCW
Specialisten opleiden	Opleidingsfonds obv uniform opleidingsstarief verkorte opleiding, eigen bijdragen	UMC, STZ en overige ziekenhuizen	VWS
Onderzoek en innovatie	2e, 3e en 4e geldstroom	UMC, STZ	OCW, VWS (ZonMw+NWO), EU en private geldstromen
TRANSPARANTIE			

Tabel 11: overzichtstabel

Voor de basisziekenhuiszorg en de topklinische zorg, die niet specifiek is voor de UMC's, verandert er niets. Voor de topreferente zorg en het daarbij behorende onderzoek ontstaat een model waarbij de academische component op basis van prestaties wordt verdeeld onder UMC's en voor sommige (deel)specialismen ook onder andere ziekenhuizen.

Voor de universitaire functie van de UMC's: het verzorgen van medisch onderwijs en onderzoek, resteert nog maar één financieringsbron, namelijk de facultaire bijdrage, waarbij universiteiten bestedingsvrijheid hebben.

De opleiding tot specialist wordt nog altijd gefinancierd uit het opleidingsfonds, maar de bijdrage wordt uniform voor alle opleidingsziekenhuizen, waarbij bovendien rekening wordt gehouden met een eigen bijdrage van de artsen in opleiding. Voorts wordt de opleiding korter.

Ondersteunend voor alle onderdelen van de combinatievariant is een verbetering van verantwoording en transparantie van de aanwending van de financieringsstromen.

Met deze gecombineerde variant wordt duidelijk dat alle kosten die voortvloeien uit de universitaire functie van de UMC's, worden gefinancierd uit de facultaire bijdrage, die zijn oorsprong vindt bij de minister van OCW, en vastgesteld en uitbetaald wordt door de universiteiten. Alle andere activiteiten liggen binnen de verantwoordelijkheid van de minister van VWS, en worden ook uit zorgmiddelen gefinancierd. De combinatie van de varianten levert een structurele budgettaire opbrengst op van 425 mln. euro, zie onderstaande tabel.

Beleidsvariant	Besparing individuele (sub)variant (mln)	Combinatie alle varianten (mln)
1. Academische component	70	70
2. Werkplaatsfunctie	30	30
3.1 Opleiding verkorten	200	200
3.2 Generiek opleidingstarief	90	70
3.3 Eigen bijdrage per 10%	80	55
Combinatie alle varianten		425³⁴

Tabel 12: structurele budgettaire effecten van alle (sub)varianten tezamen

³⁴ Er is sprake van onderlinge samenhang tussen de subvarianten van variant 3. Een combinatie van de drie subvarianten leidt tot een structurele besparing van 325 mln. euro. Samen met de varianten 1 en 2 tellen de budgettaire effecten op tot 425 mln. euro.

Geraadpleegde literatuur

Academic Ranking of Universities/ shanghairanking 2011,
<http://www.shanghairanking.com/FieldMED2011.html>

Academische Ziekenhuis Maastricht, Jaardocument 2010, mei 2011

Algemene rekenkamer, Publiek ondernemerschap - Toezicht en verantwoording bij publiek-private Arrangementen; september 2005, TK 2004-2005, 30.220, nr 2

AMC, Jaarverslag 2010 betreffende het Academisch ziekenhuis en de Faculteit der Geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam, mei 2011

Berenschot, Leren over landen - Aanpak Internationale vergelijking academische medische opleidingen en onderzoek, april 2011

Capgemini, besteding van het werkplaatsbudget, 2010

CPB, Effecten hogere private bijdrage voor hoger onderwijs 2010, bijlage 7 van het rapport heroverweging hoger onderwijs: studeren is investeren, 2010

CWTS, Bibliometric study on Dutch academic medical centers, 2010

CWTS, Bibliometric study on Dutch academic medical centers, 2012

Erasmus MC, Maatschappelijk verslag 2010, mei 2011

EU, Directive [2005/36/EC](#) of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications.

Kamerbrief, Betreft VSO Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord en macrobeheersinstrument, 3 november 2011, TK 2011-2012, 29.248, nr 218

Kamerbrief, Naar de top, het bedrijvenbeleid in actie(s), TK 2010-2011, 32.637, nr.15

Kamerbrief, Publieke functies van de UMC's in een marktomgeving, 20 december 2006, TK 2006-2007, 26.275, nr. 4

Kamerbrief, Hoofdlijnenakkoord, 5 juli 2011, TK2010-2011, 29.248, nr. 215

Leids Universitair Medisch Centrum, Jaarverslag 2010, mei 2011

Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, Ministerie van Economische Zaken, Landbouw en Innovatie, Kwaliteit in verscheidenheid - Strategische Agenda Hoger Onderwijs, Onderzoek en Wetenschap, juli 2011, TK 2010-2011, 31.288, nr. 194

Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Publieke functies van de UMC's in een marktomgeving, januari 2007, TK 2006-2007, 26.275, nr.4

NFU, De medisch specialist van straks, 2010
NFU, In één oogopslag - Feiten en cijfers over de Universitair Medische Centra, 2009

NFU, 'Onderzoek onderzocht' - een bibliometrische analyse van het onderzoek van de universitair medische centra, september 2004

NFU, Verantwoorde financiering van Universitair Medische Centra, 2012

NFU, Zaaïen en oogsten - Een profileringsnota over onderwijs en onderzoek in de UMC's, mei 2010

NZa, Marktscan medisch specialistische zorg – Weergave van de markt 2006-2011, 2011

Prismant, Opleidingskosten gefinancierd, 2004

Prismant, Zorgzwaarte Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen, 2007

QS World Ranking Medicine 2011-2012, <http://www.topuniversities.com/university-rankings/world-university-rankings/2011/subject-rankings/life-sciences/medicine>

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Medisch specialistische zorg in 20/20, 2011

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Numerus Fixus Geneeskunde: Loslaten Of Vasthouden, 2010.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Schaal en Zorg, 2008

Regioplan, Zorgopleidingen in de polder – Evaluatie Opleidingsfonds en CBOG, september 2010

Rijksoverheid, Studeren is investeren; Rapport brede heroverwegingen, maart 2010, TK 2009-2010, 32.359, nr.1

Rijksbegroting 2012, XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport, TK 2011-2012, 33.000 XVI, nr. 1

The Boston Consulting Group, Kiezen voor kwaliteit - Portfoliokeuzes van ziekenhuizen zorgen voor hogere kwaliteit en lagere kosten, mei 2010

The Boston Consulting Group, Zorg voor waarde – Meer kwaliteit voor minder geld: wat de Nederlandse gezondheidszorg kan leren van Zweden, september 2011

UMC St Radboud, Goed, Beter, Jaardocument 2010, mei 2011

Universitair Medisch Centrum Groningen, Jaarverslag 2010 - Maatschappelijk verslag, mei 2011

Universitair Medisch Centrum Utrecht, Jaardocument 2010, mei 2011

Vereniging Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen, Topklinische en topreferentiezorg in STZ-ziekenhuizen eindrapport, juli 2007

VUmc, Geconsolideerd maatschappelijk verantwoordingsdocument zorg 2010, deel 1 maatschappelijk verslag, mei 2011

Wet op hoger onderwijs en wetenschappelijk onderwijs, artikel 2.12. BWBR0005682

Bijlage 1 Taakopdracht IBO UMC's

Onderwerp

Nederland kent acht Universitair Medische Centra (UMC's). Een UMC heeft drie hoofdtaken: zorg, onderwijs en onderzoek. De publieke bekostiging van deze taken loopt via verschillende geldstromen, te weten: premies (3050 mln.), academische component (635 mln.), onderzoek en onderwijs (950 mln.) en private bekostiging uit fondsen en opdrachten vanuit de industrie (500 mln.).

Opdracht aan de werkgroep

De resultaten van de UMC's op het gebied van onderwijs, onderzoek en zorg behoren tot de absolute wereldtop, zo wijzen citatiescores en internationale vergelijkingen uit. Hoe de financieringstromen bijdragen aan de resultaten is echter niet helder. In eerdere onderzoeken wordt dan ook gesteld dat de financiering werkt als een 'bad met vijf kranen'. Omdat activiteiten in een UMC vaak meerdere doelen dienen, mengen ook de geldstromen en is niet te achterhalen hoeveel geld precies voor welk doel is ingezet en in hoeverre sprake is van een doelmatige besteding. Dit wordt extra van belang door de stap naar prestatiebekostiging en de daarbij horende beschikbaarheidsbijdrage voor niet-declarabele prestaties.

Van belang is dat er in het IBO expliciet gekeken wordt naar de rol en plaats van de UMC's in het (veranderende) Nederlandse onderwijs- en ziekenhuislandschap. Het ligt in de rede dat de financieringsstromen van de UMCs in de komende jaren ingrijpend zullen veranderen, en daarom rijst de vraag: is de huidige manier van financiering en aansturing van het academisch ziekenhuis nog doelmatig, of is vernieuwing van de verdeelgrondslagen, eventueel bundeling van de geldstromen en aanpassing van de aansturing wenselijk?

De IBO-werkgroep gaat na of de wijze van aansturing en bekostiging van de UMC's nog steeds optimaal is. Bundeling van de rijksgeldstroom, de verschillende convenanten (DHAZ, OVA etc.), prestatiebekostiging in de UMC's en de aansturing van de UMC's worden onderzocht, daarbij expliciet rekening houdend met de rol en plaats van de UMC's in het (veranderende) Nederlandse onderwijs- en ziekenhuislandschap. Daarnaast wordt onderzocht of de juridische basis van academische ziekenhuizen in de WHW nog steeds de juiste basis is.

De werkgroep komt met beleidsvarianten voor de bekostiging en aansturing, en analyseert de effecten daarvan. In de beleidsvarianten zal in ieder geval mogelijke doelmatigheidswinst worden betrokken. Deze doelmatigheidswinst zal zoveel mogelijk worden gekwantificeerd. Er dient minimaal één variant te zijn waarbinnen deze doelmatigheidswinst weer wordt ingezet en minimaal één variant waarbinnen deze vrijvalt. Het rapport bevat een tabel met de relevante grondslag.

Organisatie van het onderzoek

De deelnemende departementen zijn: VWS, OCW, Fin, AZ. Bovendien nemen twee externe deskundigen deel aan de werkgroep en er is een onafhankelijke voorzitter. Het rapport is uiterlijk gereed in februari 2012 (start mei 2011). Het secretariaat wordt verzorgd door Fin (secretaris), VWS en OCW (co-secretarissen). De omvang van het rapport is niet groter dan 30 bladzijden, de verplichte samenvatting is niet groter dan 5 bladzijden.

Bijlage 2 Samenstelling werkgroep

Voorzitter:	Dhr. M.R.P.M Camps	Ministerie van SZW
Leden:	Dhr. F.J. Krapels Dhr. R.C.G. van der Meer Mw. M.Y. Voslamber Dhr. J.F.P. Hers (tot 15 jan 2012) Dhr. M.M. Schreurs (per 15 jan 2012)	Ministerie van VWS Ministerie van OCW Ministerie van AZ Ministerie van Financiën Ministerie van Financiën
Secretariaat:	Mw. M.R. Schoch (tot nov 2011) Mw. M. Post (per nov 2011) Dhr. P. Boone Dhr. J. Ament	Ministerie van Financiën Ministerie van Financiën Ministerie van VWS Ministerie van OCW
Overige ondersteuning:	Dhr. M.F. van Eijk Mw. E. Akdag	Ministerie van VWS Ministerie van Financiën

Bijlage 3 Geraadpleegde organisaties en personen

De voorzitter uit zijn dank aan de deskundigen en belanghebbenden die kennis en inzichten met de werkgroep hebben gedeeld. De onderstaande organisaties en personen zijn door de werkgroep geraadpleegd, waarbij de lijst met geraadpleegde personen per organisatie niet uitputtend is.

AMC	Dhr. Levi	voorzitter RvB
LUMC	Dhr. Breedveld	voorzitter RvB
UMC Utrecht	Dhr. Kimpfen	voorzitter RvB
MUMC	Dhr. Peeters	voorzitter RvB
UMC St. Radboud	Dhr. Samsom	voorzitter RvB
VUMC	Dhr. Mulder	voorzitter RvB
Erasmus MC	Dhr. Buller	voorzitter RvB
UMCG	Dhr. Aartsen	lid RvB
NKI-AVL	Dhr. van Harten	lid RvB
St Antonius	Dhr. Biesma	voorzitter RvB
St. Elizabeth	Dhr. Berden	lid RvB
Haga Ziekenhuis	Dhr. Huffmeijer	voorzitter RvB
NFU	Dhr. Mulder	voorzitter
STZ	Dhr. Rook	voorzitter
NVZ	Mw. Van der Starre	directeur
Orde van Medisch Specialisten	Dhr. Van Leeuwen	bestuurslid
Rijksuniversiteit Groningen	Dhr. Poppema	voorzitter CvB
Universiteit Leiden	Dhr. Van der Heijden	voorzitter CvB
Universiteit van Amsterdam	Dhr. Doop	wnd. voorzitter CvB
NZa	Dhr. Mulder	directeur ZM Cure
ZN	Dhr. Lamping	directeur zorg
NPCF	Mw. Wind	directeur
Gezondheidsraad	Mw. Gunning-Schepers	voorzitter
RVZ	Dhr. Vos	algemeen secretaris
ZonMW	Mw. Meurs	voorzitter
ZonMW, tevens namens NWO	Dhr. Smid	directeur
UVIT	Dhr. Van der Vorst	directeur zorginkoop
Achmea	Dhr. Akkerman	senior manager
Rabobank	Dhr. Van Schaik	directeur gezondheidszorg
CZ	Dhr. Heyne	zorginkoper
Bank Nederlandse Gemeenten	Mw. Bieringa	directeur Public Fin.
Philips	Dhr. Friesen	manager public affairs

Bijlage 4 Inkomsten UMC's 2010 naar herkomst

INKOMSTEN UMC's 2010 NAAR HERKOMST (mln euro)	UMCG	UMC Radboud	UMCU	AMC	VUMC	LUMC	Erasmus MC	MUMC+	TOTAAL
Zorg	608	502	536	510	482	404	780	383	4.205
wettelijke budget aanvaardbare kosten	473	356	416	384	398	304	613	282	3.225
Omzet DBC B-segment	48	66	46	39	31	35	76	68	408
Niet-gebudgetteerde zorgprestaties (excl. DBC B-segment)	23	17	15	14	9	2	8	4	91
Academische component:									
- Toppreferente zorg	64	64	59	74	45	63	83	30	481
Onderwijs en onderzoek	219	189	201	206	165	171	232	146	1.528
Opleidingsfonds:									
- 1 ^e tranche	40	37	42	40	39	33	41	34	306
- 2 ^e tranche	4	2	4	4	1	1	3	1	19
Academische component:									
- Ontwikkeling en innovatie	19	19	18	22	13	18	25	8	141
Bijdrage OCW:									
- Facultaire bijdrage	80	64	65	58	51	52	86	48	503
- Werkplaatsfunctie	76	68	73	83	61	66	78	55	559
Overige opbrengsten	102	150	161	90	122	101	181	48	956
2 ^e geldstroom	} 81	16	13	33	22	36	28	12	160
3 ^e geldstroom		31	34	19	46	20	40	30	301
4 ^e geldstroom		14	30	14	5	8	30	7	108
overige subsidies en overige opbrengsten	22	90	84	24	49	37	82	0	387
TOTALEN	930	840	898	806	769	676	1.193	578	6.689

Bijlage 5 Subsidiebedragen opleidingsfonds

Bedragen in euro's per voltijdse opleidingsplaats ten behoeve van het subsidiejaar 2012 naar prijspeil 2011, 1^e tranche

Zorgopleiding	UMC's	Algemene ziekenhuizen		
		1 tot 50	50 tot 150	150 of meer
Anesthesiologie	123.700	163.900	152.600	122.100
Cardiologie	123.700	163.900	152.600	122.100
Cardio-thoracale chirurgie	123.700	163.900	152.600	122.100
Dermatologie, venerologie	123.700	163.900	152.600	122.100
Heelkunde	123.700	163.900	152.600	122.100
Interne geneeskunde	123.700	163.900	152.600	122.100
Kaakchirurgie	123.700	163.900	152.600	122.100
Keel-neus-oorheelkunde	123.700	163.900	152.600	122.100
Kindergeneeskunde	123.700	163.900	152.600	122.100
Klinische chemie*	123.700	122.100	122.100	122.100
Klinische fysica*	123.700	122.100	122.100	122.100
Klinische genetica	123.700	163.900	152.600	122.100
Klinische geriatrie in ggz		163.900	152.600	122.100
Klinische geriatrie in ziekenhuiszorg	123.700	163.900	152.600	122.100
Longziekten en tuberculose	123.700	163.900	152.600	122.100
Maag-darm-leverziekten	123.700	163.900	152.600	122.100
Medische microbiologie	123.700	163.900	152.600	122.100
Neurochirurgie	123.700	163.900	152.600	122.100
Neurologie	123.700	163.900	152.600	122.100
Nucleaire geneeskunde	123.700	163.900	152.600	122.100
Obstetrie en gynaecologie	123.700	163.900	152.600	122.100
Oogheelkunde	123.700	163.900	152.600	122.100
Orthodontie	123.700	163.900	152.600	122.100
Orthopedie	123.700	163.900	152.600	122.100
Pathologie	123.700	163.900	152.600	122.100
Plastische chirurgie	123.700	163.900	152.600	122.100
Psychiatrie in ggz				
Psychiatrie in ziekenhuiszorg	123.700	122.800	122.800	122.800
Radiologie	123.700	163.900	152.600	122.100
Radiotherapie	123.700	163.900	152.600	122.100
Reumatologie	123.700	163.900	152.600	122.100
Revalidatiegeneeskunde*	123.700	122.100	122.100	122.100
Spoedeisende geneeskunde*	123.700	122.800	122.800	122.800
Urologie	123.700	163.900	152.600	122.100
Ziekenhuisfarmacie*	123.700	122.100	122.100	122.100

(*) De aantallen opleidingsplaatsen voor deze zorgopleidingen worden niet betrokken bij het bepalen van de omvang van de staffel bij de algemene ziekenhuizen.

Bijlage 6 Opleidingsduur klinisch specialistische vervolgoopleidingen

Specialisme	Opleidingsjaren NL	Minimum EU*	Vershil
Anesthesiologie	5	3	+2
Cardiologie	6	4	+2
Cardiothoracale chirurgie	6	5	+1
Dermatologie en venerologie	5	3	+2
Heelkunde	6	5	+1
Interne geneeskunde	6	5	+1
Keel-, neus-, oorheelkunde	5	3	+2
Kindergeneeskunde	5	4	+1
Klinische genetica	4		
Klinische geriatrie	5	4	+1
Longziekten en tuberculose	6	4	+2
Maag-, darm-, leverziekten	6	4	+2
Medische microbiologie	5	4	+1
Neurochirurgie	6	5	+1
Neurologie	6	4	+2
Nucleaire geneeskunde	4	4	
Obstetrie en gynaecologie	6	4	+2
Oogheelkunde	5	3	+2
Orthopedie	6	5	+1
Pathologie	5	4	+1
Plastische chirurgie	6	5	+1
Psychiatrie	4,5	4	+0,5
Radiologie	5	4	+1
Radiotherapie	5	4	+1
Reumatologie	6	4	+2
Revalidatiegeneeskunde	4	3	+1
Urologie	6	5	+1

* Europese richtlijn 2005/36/EG