

Vergaderjaar 2013–2014

**33 278**

## **Interdepartementaal Beleidsonderzoek: Universitair Medische Centra (UMC's)**

**Nr. 4**

### **BRIEF VAN DE MINISTERS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT EN VAN ONDERWIJS, CULTUUR EN WETENSCHAP**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 11 juli 2014

Hierbij bieden wij u de positioneringsnota universitair medische centra (umc's) aan. Deze nota is een actualisering van de positioneringsnota «Publieke functies van de umc's in een marktomgeving» uit 2006. Daarnaast geeft deze nota ook de eerder toegezegde kabinetsreactie op het Interdepartementaal Beleids Onderzoek (IBO) universitair medische centra<sup>1</sup>.

#### **De positie van de umc's in het stelsel**

Nederland kan trots zijn op de umc's. De combinatie van onderwijs, onderzoek en zorg van een hoogstaand niveau is relatief uniek in de wereld. Dat wil niet zeggen dat voor alle onderdelen van umc's ook een uitzonderingspositie in het zorgstelsel zou moeten gelden. Voor basiszorg-patiënten in de umc's zijn geen aparte spelregels nodig of wenselijk. Ook voor umc's geldt de DOT- systematiek en de umc's kunnen met andere aanbieders van zorg concurreren op kwaliteit en selectieve inkoop door verzekeraars. Dit geldt echter niet voor de drie bijzondere functies van de umc's, topreferente patiëntenzorg, wetenschappelijk onderzoek en onderwijs. Deze functies worden apart gefinancierd. Dit was ook de conclusie in de positioneringsnota uit 2006<sup>2</sup> en deze conclusie geldt nog steeds.

Er is echter sinds 2006 wel het nodige veranderd. Zowel binnen de umc's als in de Nederlandse samenleving en de gezondheidszorg. Om te beginnen is duidelijk geworden dat de Nederlandse gezondheidszorg voor een aantal grote uitdagingen staat. De duurzaamheid van ons stelsel van zorgvoorzieningen staat onder druk en iedereen is ervan doordrongen dat

<sup>1</sup> Kamerstuk, IBO Universitair Medische Centra, 30 mei 2012, Kamerstuk 33 278, nr. 1

<sup>2</sup> Kamerstuk, Publieke functies van de umc's in een marktomgeving, 20 dec 2006, Kamerstuk 26 275, nr. 4

het zorgaanbod niet onbeperkt kan groeien. Ook de omgeving waarin de umc's moeten opereren is complexer geworden. De prestatiebekostiging is geïntroduceerd en er is meer risicodragendheid geïntroduceerd voor verzekeraars. Ook de umc's zelf lopen meer risico, ze zijn nu bijvoorbeeld zelf verantwoordelijk voor hun eigen kapitaallasten, de omzet is minder vanzelfsprekend dan voorheen en de internationale competitie bij het verwerven van onderzoeksopdrachten is zeer scherp. De complexiteit uit zich onder andere in de samenwerking met andere zorgverleners. Deze is nodig om te kunnen voldoen aan de toegenomen verantwoordelijkheid van zorginstellingen zelf en om de maatschappelijke uitdagingen aan te kunnen gaan.

De umc's leveren een belangrijke bijdrage aan de veranderingen in de gezondheidszorg onder andere door het mede ondertekenen van het hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg. Om de veranderingen een extra impuls te geven heeft de Minister van VWS besloten om een fonds in te richten waarmee de umc's een aantal plannen voortvarend kunnen aanpakken: het Citrienfonds. Hiervoor is de komende 5 jaar in totaal € 25 miljoen beschikbaar. De umc's zullen, in nauw overleg met VWS, projecten uitvoeren op het gebied van onder andere registratie aan de bron, oncologische samenwerking in de regio, patiëntveiligheid en e-health. Deze projecten zoeken oplossingen voor de belangrijkste uitdaging van dit moment: hoe zorgen we dat de kwaliteit van de zorg goed blijft of zelfs nog beter wordt én de zorg ook in de toekomst betaalbaar blijft?

De sterke verwevenheid van patiëntenzorg, wetenschap en onderwijs binnen de umc's stelt hen goed in staat om hieraan een bijdrage te leveren. De wereldwijd unieke wijze waarop umc's zijn georganiseerd maakt het mogelijk om binnen één instituut de hele weg te bewandelen van fundamentele verkenning, via translationeel onderzoek naar patiënt-gebonden onderzoek en klinische toepassing en vormt daarmee een belangrijke bron van zorgvernieuwing. Deze aanpak werpt zijn vruchten af, op wetenschappelijk gebied behoren de Nederlandse umc's tot de wereldtop. Uit internationaal vergelijkend onderzoek komt naar voren dat het Nederlands wetenschapsstelsel in termen van meetbare uitkomsten zeer goed presteert. In de verschillende internationale ranglijsten staat Nederland consequent in de top of subtop. De umc's publiceren ongeveer 40% van het Nederlands totaal (NOWT, 2010) en leveren daarmee een grote bijdrage aan deze prestatie<sup>3</sup>.

### **De topreferente functie en transparantie**

De umc's zijn vanwege de verwevenheid van patiëntenzorg, onderzoek en opleiding bij uitstek de partij die de topreferente functie kunnen uitvoeren. De definitie van de topreferente functie uit 2006 is nog steeds geldig en is in het kader hieronder verder uitgewerkt. Er is dus ook nog steeds aanleiding voor specifieke financiering vanuit de overheid voor de bijzondere functies van de umc's. Maar het IBO umc's concludeert in 2012 ook dat het onvoldoende helder is hoe de umc's de publieke middelen besteden en of zij hun taken doelmatig uitvoeren. Het IBO stelt dan ook voor prikkels te introduceren om doelmatigheid en innovatie te bevorderen, onder andere door het openstellen van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg aan andere aanbieders. Op dit moment wordt deze alleen aan de umc's en het NKI-AVL ter beschikking gesteld om de topreferente functie te financieren. In het hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg 2014–2017 is afgesproken dat de beschikbaarheidsbij-

<sup>3</sup> Kamerstuk, IBO wetenschappelijk onderzoek, 6 juni 2014, Kamerstuk 29 338, nr. 136

drage academische zorg gedurende deze kabinetsperiode niet wordt opengesteld aan andere zorgaanbieders.

### **Definitie topreferente functie**

De topreferente functie betreft de behandeling van patiënten die zeer specialistische zorg nodig hebben waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is ('last resort'). Het gaat om patiënten met een zeldzame aandoening, een complexe aandoening of behandeling, een eenvoudige aandoening die complex wordt door combinaties van (chronische) ziekten of met een uitzonderlijk beloop van een veelvoorkomende aandoening. Deze zorg moet nog ontwikkeld worden, is multidisciplinair, hangt nauw samen met fundamenteel en translationeel wetenschappelijk onderzoek en vereist een bijzondere en complexe infrastructuur. Het is dus meer dan alleen superspecialistische patiëntenzorg. Er is een infrastructuur voor nodig waarin verschillende disciplines op hoog niveau samenwerken. Patiënten die deze zorg krijgen, maken gebruik van het allernieuwste medisch kennis en kunnen. Voor deze patiëntengroepen is geen standaardbehandeling mogelijk. De behandelend artsen moeten op grond van actuele (inter)nationale kennis een optimale aanpak zoeken. Onderdeel van de topreferente functie is dat de umc's deze zeer specialistische zorg voor patiënten garanderen. Patiënten hoeven hiervoor niet uit te wijken naar het buitenland. Zij kunnen altijd bij tenminste één umc in Nederland terecht.

De topreferente functie heeft dus de volgende kenmerken:

- kennisinfrastructuur: topreferente zorg vraagt om een multidisciplinaire infrastructuur, waarin fundamenteel, translationeel en toegepast medisch wetenschappelijk onderzoek gecombineerd wordt met specialistische patiëntenzorg.
- vernieuwend: de intensieve samenwerking binnen de topreferente functie zorgt voor zinvolle kruisbestuiving tussen patiëntenzorg en wetenschappelijk onderzoek. Zo ontstaat een innovatieve aanpak van aandoeningen waarbij men nu nog met lege handen staat.
- multidisciplinair: binnen de topreferente functie werken vaak meerdere disciplines samen, ook bij de aanpak van complicaties.
- continuïteit: de topreferente functie vereist continuïteit van zorg, ook als een medewerker die in deze functie gespecialiseerd is, de organisatie verlaat.

Het kabinet en de umc's onderschrijven het belang van meer transparantie. Voortvloeiend uit het IBO rapport zijn er daarom twee trajecten gestart om hieraan tegemoet te komen. De Nederlandse Federatie van umc's (NFU) is gestart met het programma ROBIJN (Rijks Overheids Bijdrage IJverig Nageplozen), met als doel het integraal transparant maken van kosten en opbrengsten van de publieke taken van de umc's, het definiëren van de publieke taken van de umc's en het scherper definiëren van de topreferente functie (incl. meer transparantie over de feitelijke aanwending van middelen uit de academische component). Met ROBIJN is al veel vooruitgang geboekt, zoals uit het vervolg van deze positioneringsnota zal blijken.

Daarnaast heeft de Minister van VWS het TopZorg programma gestart bij ZonMw waarin wordt onderzocht in hoeverre de combinatie van specifieke vormen van zorg met voornamelijk klinisch wetenschappelijk onderzoek bij enkele niet-umc's in aanmerking komt voor bijzondere financiering. Dit is uiteraard relevant voor de vraag of de beschikbaarheid-

bijdrage academische zorg ook op termijn uitsluitend ten goede blijft komen aan de umc's en het NKI-AVL. Voor het TopZorg programma zijn het St. Antonius Ziekenhuis, het St. Elisabeth Ziekenhuis en het Oogziekenhuis geselecteerd en is de komende 4 jaar in totaal € 30 miljoen beschikbaar. Dit experiment zal in inhoudelijke samenhang met de werkzaamheden van umc's of het NKI-AVL plaatsvinden. Na afloop van het TopZorg programma, in 2018, zal er een besluit worden genomen over het al dan niet bekostigen van deze combinatie van zeer specialistische zorg en onderzoek, de wijze waarop en de relatie met de topreferente functie.

### *ROBIJN*

Het doel van het NFU project ROBIJN is het beter zichtbaar maken wat de umc's doen en wat daarvan de kosten zijn. De umc's hebben in kaart gebracht op welke onderdelen hun zorg zich onderscheidt van andere ziekenhuizen. Ze hebben aan de hand van statistische analyses en specialistische kennis negen «labels» ontwikkeld die goed in staat blijken om de specifieke topreferente patiënt te onderscheiden van de patiënt die reguliere zorg ontvangt. De labels zijn in het kader hieronder uitgewerkt. In de komende maanden worden de labels nog nauwkeuriger gedefinieerd en gevalideerd.

#### **De labels uit ROBIJN:**

1. Patiënten met een hoge behandelintensiteit; het betreft patiënten in een fase in het ziekteproces die vereist dat veel intensiever dan gebruikelijk moet worden behandeld.
2. Patiënten voor wie de zorg nauw verweven is met het wetenschappelijk onderzoek en de ontwikkeling van zorginnovaties in het betreffende umc.
3. Patiënten die een uniek zorgaanbod nodig hebben vanwege de complexiteit of de benodigde infrastructuur.
4. Patiënten die multispecialistische zorg nodig hebben, gedefinieerd als zorg waarvoor tenminste drie poortspecialismen nauw met elkaar moeten samenwerken
5. Patiënten die een complexe ingreep nodig hebben; operaties die voor minder dan 1 op 100.000 patiënten worden gedaan. Voor deze operaties is vaak meer voorbereiding- en operatietijd nodig dan voor vergelijkbare routine ingrepen.
6. Patiënten met een zeldzame diagnose.
7. Patiënten die door medisch specialisten worden doorverwezen. Patiënten die zorg nodig hebben die in een algemeen ziekenhuis niet wordt aangeboden kunnen altijd worden doorverwezen naar een umc. De umc's garanderen dat patiënten altijd in Nederland terecht kunnen voor verzekerde zorg en dragen zorg voor de continuïteit hiervan.
8. Patiënten jonger dan 50 jaar die meer dan drie aandoeningen tegelijkertijd hebben. Bij de verschillende behandelingen moet steeds rekening worden gehouden met de effecten op de andere aandoeningen. Dat maakt de behandeling soms zeer complex.
9. Patiënten die off label dure medicatie nodig hebben. Dure geneesmiddelen zijn soms effectief bij aandoeningen waarvoor ze oorspronkelijk niet zijn ontwikkeld. Het innovatieve gebruik van de geneesmiddelen wordt niet vergoed door verzekeraars.

De umc's hebben aan de hand van deze labels hun eigen patiëntenstromen geanalyseerd. Volgens deze analyse voldoet ongeveer 40% van alle patiënten die in de umc's behandeld worden aan tenminste één van deze labels. Deze patiënten krijgen zorg die niet of nauwelijks in andere

ziekenhuizen verleend wordt. Dit kan een deel van de zorg betreffen of het gehele zorgtraject, afhankelijk van de aandoening en de behandeling. Het beeld is dat ongeveer 75% van de zorgkosten binnen de umc's aan deze patiënten wordt besteed. De behandelingen worden op dit moment niet volledig bekostigd via de reguliere DOT systematiek omdat het gaat om kleine, uiteenlopende zorgtrajecten die de kostenhomogeniteit van het DOT product sterk kunnen verstoren. De bekostiging vindt op dit moment plaats via de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg.

De NFU heeft ROBIJN voortvarend ter hand genomen. Nu is het zaak de voorlopige resultaten verder uit te werken en de labels te valideren. De uitkomsten van ROBIJN zullen, binnen de budgettaire randvoorwaarden, de kostenonderbouwing leveren voor de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg. Vervolgens zal worden bezien welke gevolgen de uitkomsten van ROBIJN hebben voor de bekostiging van de topreferente functie. Hierbij zal nauw samengewerkt worden met de NZa, het is immers de verantwoordelijkheid van de NZa om de beschikbaarheidsbijdrage vast te stellen. Als helder is wat de topreferente functie inhoudt en wat deze kost, kan beoordeeld worden welk gedeelte door middel van prestatiebekostiging gefinancierd kan worden en wat via de beschikbaarheidsbijdrage bekostigd moet blijven. Het is goed denkbaar dat dit ook leidt tot een verschuiving van budgetten tussen de umc's. Mocht de verschuiving tussen de umc's groot zijn dan zal er een transitieperiode worden afgesproken, zodat de umc's hun beleid hierop af kunnen stemmen. In de loop van dit jaar zal dus meer duidelijkheid komen over de meerkosten van de topreferente patiënten en de onderzoek- en innovatiecomponent van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg.

In het in april 2013 gesloten zorgakkoord is afgesproken dat ook nadere eisen zullen worden gesteld aan transparantie omtrent de besteding van de opleidingsgelden voor de medische vervolgopleidingen. Daarbij gaat het met name om inzicht in de kosten van de opleidingen in relatie tot de baten. De umc's zijn binnen het ROBIJN traject bezig de elementen die hierbij een rol spelen, naast de salariskosten van artsen in opleiding, transparant te maken. Naar verwachting zal hierover in de loop van dit jaar meer duidelijkheid komen.

### **Taakverdeling en concentratie**

De umc's werken aan een proces van afstemming en concentratie van zorg en onderzoek daar waar de kwaliteit dat vraagt. Hierbij speelt de zorgverzekeraar een belangrijke rol en worden de patiëntenorganisaties goed betrokken. Profilering stelt de umc's in staat om kennis te bundelen, innovatie te versterken en de zorg te verbeteren. Het betekent ook dat umc's keuzes maken om topreferente functies af te stoten omdat dit beter door een ander umc kan worden geleverd. Dit vraagt om goed overleg en netwerkvorming zodat voor patiënten de continuïteit van zorg gewaarborgd wordt en de gevolgen voor onderzoek, onderwijs en opleidingen duidelijk worden. Ook in situaties waarbij bepaalde behandelingen alleen in één umc plaatsvinden (bijvoorbeeld zeldzame ziekten maar ook specifieke behandelmethoden zoals transgenderszorg) is het belangrijk dat de zorg en het onderzoek overgenomen kunnen worden door een ander umc als de situatie hierom vraagt. Zorgvuldigheid is hierbij erg belangrijk.

De samenwerking tussen de umc's onderling, op het gebied van zorg, onderzoek en infrastructurele investeringen, is in de afgelopen jaren sterk toegenomen. Gezamenlijk hebben de umc's geïnvesteerd in biobanken, bioinformatica en data en translationeel onderzoek. Deze voorzieningen zullen bijdragen aan het innovatieve onderzoek van de komende jaren en aan de wetenschappelijke en economische concurrentiepositie van ons

land. Er zijn tussen umc's bilaterale samenwerkingsverbanden ontstaan (Leiden-Rotterdam en AMC-VUmc), maar ook op onderdelen wordt er samengewerkt (kinderhartcentra Radboud UMC en UMC Utrecht). Daarnaast werkt de NFU aan een nieuwe versie van de TRF-portal ([www.nfu.nl/trf](http://www.nfu.nl/trf)), de website die patiënten en verwijzende artsen informeert over de topreferente functies binnen elk umc. Daarin zal onderscheid worden gemaakt tussen behandel- en expertisecentra. In een behandelcentrum krijgen patiënten zorg naar de nieuwste inzichten. Het expertisecentrum heeft daarnaast ook een ontwikkelingsfunctie, fungeert als vraagbaak en verricht fundamenteel, translationeel en klinisch wetenschappelijk onderzoek naar de betreffende aandoening. Er zal op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) een link naar dit portal worden opgenomen.

#### *Zeldzame ziekten: garantie op zorg binnen Nederland*

Zeldzame aandoeningen kunnen dankzij verbeterde (DNA-)diagnostiek steeds vaker worden vastgesteld. Dat betekent niet dat patiënten met deze aandoeningen ook de optimale behandeling krijgen. Juist bij zeldzame ziekten zijn er immers onvoldoende marktprikkels om de noodzakelijke investeringen te doen. Daarom is sturing gewenst. Uitgangspunt vormt het Nationaal Plan Zeldzame Ziekten (NPZZ), dat de Minister van VWS op 14 november vorig jaar aan uw Kamer aangeboden heeft<sup>4</sup>. Het NPZZ pleit voor een netwerk van expertisecentra die optimale zorg voor deze patiënten organiseren. Zij houden zich tevens bezig met het bundelen van kennis en deskundigheid, het bevorderen van onderzoek en de ontwikkeling van richtlijnen. Zoals de Minister van VWS u liet weten bij de aanbidding van het NPZZ, heeft zij de NFU bereid gevonden om de regie en coördinatie van dit landelijke netwerk op zich te nemen. Voor bepaalde stofwisselingsziekten, neurologische aandoeningen en afwijkingen aan de bloedvaten voldoen enkele umc's nu al aan de Europese criteria voor een expertisecentrum. Samenwerking met andere centra in Europa en wereldwijd is essentieel om voldoende kennis te verzamelen over zeldzame ziekten. De aantallen patiënten zijn immers vaak te gering om binnen de Nederlandse groep patiënten met voldoende statistische onderbouwing uitspraken te kunnen doen. De patiënt kan via de TRF portal inzicht krijgen in de expertisecentra.

#### *Samenwerking rond onderwijs en opleiding: OOR*

Er is in de afgelopen jaren in de regio rond elk umc een hechte samenwerking gegroeid op het gebied van onderwijs en opleiding. Voor studenten geneeskunde en voor artsen in opleiding tot geneeskundig specialist is het immers niet voldoende om alleen de bijzondere patiëntenmix binnen een umc onder ogen te krijgen. Zij moeten juist ook ervaring opdoen met het gebruikelijke aanbod aan patiënten. Samenwerking met zorgverleners in de regio is daarbij essentieel. Algemene ziekenhuizen en andere zorgaanbieders rond het umc kunnen op hun beurt profiteren van de expertise en faciliteiten op het gebied van onderwijs en actuele wetenschappelijke kennis uit het umc. Deze wisselwerking heeft vorm gekregen in de zogeheten Opleiding- en OnderwijsRegio (OOR) rond elk umc. De OOR functioneert vrijwel overal goed en is het platform voor overleg over opleidingsplaatsen, inhoudelijke vernieuwing van het onderwijs en het borgen van de didactische kwaliteit van opleiders. Dankzij de samenwerking binnen de OOR sluiten deze activiteiten naadloos aan op de dagelijkse zorg in de regio.

<sup>4</sup> Kamerstuk, Nationaal Plan Zeldzame Ziekten, 14 nov 2013, Kamerstuk 29 477, nr. 262

## *Netwerkvorming rond belangrijke thema's*

Concentratie van zorg kan een prima manier zijn om de kwaliteit van zorg te verbeteren door het opbouwen van kennis en ervaring in de centra. Concentratie betekent echter niet dat alle zorg voor een bepaalde categorie patiënten verplaatst moet worden. Vaak is het voor de kwaliteit voldoende om een aantal elementen te concentreren, zoals zeldzame ingrepen, kennis en kennisontwikkeling. De overige zorg kan dan dichter bij huis plaatsvinden. Dat is vaak kosteneffectiever en comfortabeler voor de patiënt. Samenwerking met andere zorgaanbieders is daarbij een sleutelwoord. De umc's hebben samen met andere zorgaanbieders netwerken gevormd, waarin de zorg voor bijzondere categorieën patiënten beter georganiseerd is en waarin praktijkgericht onderzoek wordt uitgevoerd om verdere verbeteringen door te voeren. Wij denken daarbij aan het Nationaal Programma Ouderenzorg, het Regionaal Overleg Acute Zorg, het Nationaal Programma Palliatieve Zorg, de comprehensive cancer networks en de ontwikkeling van expertisecentra voor zeldzame aandoeningen. De vorming van dergelijke netwerken is bevorderlijk voor de uitwisseling van kennis en de ontwikkeling van richtlijnen. De netwerken kunnen bij de uitvoering van onderzoeksprogramma's gebruik maken van de sterke wetenschappelijke en infrastructurele basis van de umc's.

## **Innovatie, valorisatie en economische impact**

De umc's maken op verschillende manieren deel uit van de Nederlandse kenniseconomie. Met ongeveer 70.000 werknemers zijn zij grote werkgevers, vaak de grootste in hun regio. De impuls vanuit de umc's aan de Nederlandse kenniseconomie blijkt aanzienlijk te zijn in verhouding tot de investeringen in onderzoek. De NFU geeft aan dat uit recent onderzoek blijkt dat elke euro die geïnvesteerd wordt in wetenschappelijk onderzoek, globaal leidt tot vier euro toegevoegde waarde (Gross Value Added, GVA) in de regionale economie<sup>5</sup>. Valorisatie, de vertaalslag van onderzoek naar de praktijk, staat tegenwoordig hoog op de agenda van de umc's. De sterk verbeterde ketenzorg voor patiënten met een beroerte (CVA), de groeiende belangstelling voor personalised medicine in de oncologie en innovatie in het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker zijn hier goede voorbeelden van en zijn mede te danken aan de onderzoeksinspanningen van de umc's. Veelbelovende ontdekkingen worden in licentie gegeven aan bestaande ondernemingen of leiden tot het oprichten van nieuwe bedrijven. Dat is vaak een goede manier om te zorgen dat zorginnovaties bij de patiënt terechtkomen. Bedrijven kunnen door risicodragende investeringen nieuwe producten of diensten ontwikkelen die aanzienlijke meer waarde hebben voor de patiënt dan een mooie publicatie in een vaktijdschrift. Samenwerking met het bedrijfsleven vindt nieuwe vormen binnen het topsectorenbeleid. Dat is het duidelijkst zichtbaar in de topsector Life Sciences and Health waar de umc's samen met het bedrijfsleven de agenda bepalen. Ook in andere topsectoren zoals Agri & Food en High Tech is er een duidelijke inbreng vanuit de umc's. Het fundamentele onderzoek dat in de umcs plaatsvindt is een belangrijke voorwaarde om tot deze valorisatie en innovatie te kunnen komen.

## *Verhogen van de kwaliteit van patiëntenzorg*

Het NFU consortium Kwaliteit van Zorg is in 2010 opgericht om de kennis over kwaliteit van zorg op een fundamentele en structurele wijze te verhogen. Het consortium werkt nauw samen met andere partijen in het zorgveld, zoals het Zorginstituut Nederland en richt zich op vier

<sup>5</sup> Economic impact of university medical centers in the Netherlands – BiGGAR economics 2014

aandachtsgebieden: meten van kwaliteit, verbeteren van kwaliteit, onderzoek naar kwaliteit van zorg en onderwijs en opleiding in kwaliteit van zorg. Hierin is de afgelopen jaren al vooruitgang geboekt bijvoorbeeld door het opzetten van het programma Registratie aan de bron en het ontwikkelen van een postinitiële master Kwaliteit en veiligheid in de patiëntenzorg. Voor de komende jaren staat een verdere ontwikkeling van ketenregistraties, verbetering van de transmurale overdracht, het ontwikkelen van een kwaliteitsdashboard en gedeelde besluitvorming in de spreekkamer op de agenda.

### **Onderwijs, opleiding en nascholing van professionals**

Het onderwijs in de umc's en de opleidingen tot geneeskundig specialist vormen belangrijke pijlers onder de kwaliteit van het Nederlandse zorgstelsel. Daarbij draagt het wetenschappelijk onderzoek in de umc's in belangrijke mate bij aan de kwaliteit en actualiteit van het medisch onderwijs. De professionals die nu worden opgeleid zijn in de toekomst verantwoordelijk voor het beleid rond miljoenen individuele patiënten. De attitude en de competenties die zij nu aanleren, zijn medebepalend voor de zorgkwaliteit en doelmatigheid van de toekomst. Het streven naar hoge kwaliteit geldt ook voor de bachelor- en masteropleidingen die onder verantwoordelijkheid van de betreffende universiteit binnen de umc's worden gegeven: bacheloropleidingen in de tandheelkunde, gezondheidswetenschappen en biomedische wetenschappen en specifieke masteropleidingen zoals Neuroscience en Clinical Research. Daarnaast begeleiden de umc's vele promovendi. De umc's verzorgen tevens (vaak in samenwerking met hogescholen) verpleegkundige vervolgoopleidingen en bieden stageplaatsen aan opleidingen in uiteenlopende paramedische beroepen.

#### *Initiële opleiding tot arts*

De umc's zijn gezamenlijk met de universiteit verantwoordelijk voor de geneeskunde opleiding. Sinds 2000 worden studenten toegelaten via een gecombineerd systeem van loting, directe toelating voor de zogenaamde 8+ student en decentrale selectie. Zoals u bekend wordt de loting afgeschaft waarbij het aantal gefinancierde opleidingsplaatsen gelijk blijft. In plaats daarvan komt een systeem van decentrale selectie. Anders dan loting biedt selectie de kans om studenten te selecteren die over de juiste combinatie van eigenschappen beschikken om goede artsen te worden. Het biedt ook mogelijkheid voor de opleiding om zich te profileren in de richting van specifieke groepen studenten. De umc's doen onderzoek naar optimalisatie van het selectieproces. Er zijn inmiddels aanknopingspunten gevonden voor geschikte selectiemethoden en de voorspellende waarde van selectie op het functioneren van de toekomstige arts in de kliniek.

#### *De opleiding tot specialist*

In de vervolgoopleiding leert de basisarts de specifieke competenties die passen bij het gekozen geneeskundig specialisme. Bij al deze vervolgoopleidingen bestaat een nauwe samenwerking tussen de umc's en zorgverleners elders in de gezondheidszorg. De modernisering van de vervolgoopleiding, waarbij het niet alleen gaat om specialistische expertise, maar ook om algemene competenties zoals communicatie, samenwerking en maatschappelijk handelen (het zogenaamde CanMeds model) wordt sterk ondersteund vanuit de umc's. Er staan momenteel vier actuele thema's centraal die uiteindelijk een kwaliteitsimpuls moeten opleveren voor de gezondheidszorg: patiëntveiligheid, doelmatigheid, medisch leiderschap en ouderengeneeskunde.



### *Mogelijkheden voor het sneller doorlopen van de opleiding*

De totale weg van de eerstejaars collegebanken naar registratie als medisch specialist is lang en daardoor duur. Vorig najaar zijn wij met de veldpartijen overeengekomen dat zij gaan werken aan het sneller doorlopen van de totale opleiding. Samen met de opleiders wordt een zogeheten schakeljaar ontwikkeld, aan het einde van de basisopleiding geneeskunde, waarin toekomstige artsen alvast de competenties kunnen ontwikkelen die zij in hun vervolgopleiding nodig hebben. Ook zal gezocht worden naar mogelijkheden om op individuele basis de opleiding zo snel mogelijk te doorlopen, volledig gebaseerd op competentiegericht opleiden. Zodra een aiOS voldoende competenties bereikt heeft, kan deze worden geregistreerd als specialist.

### *Wettelijke en financiële verhouding tot de universiteiten*

De universitaire financiering van onderwijs en onderzoek verloopt via het Ministerie van OCW via twee kanalen: de facultaire bijdrage en het budget voor de werkplaatsfunctie van het academisch ziekenhuis (feitelijk umc). In de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (WHW) is vastgelegd dat het laatstgenoemde budget «onverwijld» door de universiteit aan het academisch ziekenhuis moet worden doorgegeven. Het IBO umc's geeft aan dat er financieringsstromen zijn die beter op elkaar afgestemd kunnen worden.

De vereniging van universiteiten (VSNU) en de NFU werken aan een intensivering van de samenwerking die moet leiden tot een position paper. Hierin zal de bijzondere positie en de samenwerkingsrelaties tussen universiteit en umc worden geplaatst in het licht van de toenemende (inter)nationale concurrentie en de noodzaak tot profilering en zwaarte-krachtvorming. In het position paper worden ook landelijke afspraken gemaakt over transparante en doelmatige bestedingen van de middelen voor de werkplaatsfunctie. Deze zullen op lokaal niveau worden geconcretiseerd. OCW zal het beoogde position paper beoordelen op te maken landelijke afspraken. OCW zal daarom nu geen wetgeving starten om de WHW op het punt van de formele wettelijke basis (een umc is formeel geen in de WHW geregelde instelling) en de «onverwijld» passage te wijzigen.

### *Nascholing: verspreiding van actuele kennis en vaardigheden*

Nascholing is voor alle medische beroepsgroepen verplicht. Professionals moeten kennis nemen van zich snel ontwikkelende wetenschappelijke inzichten en hun vaardigheden up to date houden. De umc's leveren als kennisinstellingen belangrijke bijdragen aan deze nascholing. Zij verzorgen nascholingsprogramma's en zijn bovendien via de wetenschappelijke verenigingen betrokken bij de nascholing van specialisten. Het gaat daarbij zowel om de overdracht van actuele (feiten)kennis, als om het aanleren van vaardigheden in skills labs.

### **Conclusie**

De acht umc's in Nederland nemen een bijzondere positie in binnen de gezondheidszorg. Zij zijn tegelijkertijd zorginstellingen en kennisinstellingen. Dankzij de wisselwerking tussen patiëntenzorg en wetenschappelijk onderzoek leveren de umc's voortdurend een bijdrage aan de verbetering van de gezondheidszorg. Door onderwijs, opleiding en nascholing zorgen zij bovendien dat de professionals in de gezondheidszorg goed in staat zijn om steeds de meest actuele kennis in de praktijk toe te passen. De umc's hebben hun onderlinge samenwerking versterkt en werken op diverse terreinen steeds nauwer samen met

andere zorgaanbieders. Zo worden kennis en expertise gedeeld, in het belang van de patiënt. Het wetenschappelijk onderzoek wordt gevoed met relevante onderzoeksvragen, onder meer op het gebied van kwaliteit. Het onderzoek in de umc's is ook een motor van zorginnovatie. Via kennisvalorisatie hebben de umc's een economische impact, naast hun rol als werkgever in de regio. Zo leveren de umc's zinvolle bijdragen aan de aanpak van uiteenlopende maatschappelijke vragen. Op het gebied van de financiering zijn umc's bezig met een noodzakelijke slag in de richting van meer transparantie. Dit inzicht kan leiden tot een verdere aanscherping van de taakverdeling en concentratie en daarmee tot toegenomen kwaliteit en doelmatigheid.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.I. Schippers

De Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap,  
M. Bussemaker