

Universitair Medisch Centrum Cluster Centrale Sterilisatie,  
Anesthesiologie, Intensive Care,  
Operatiekamers  
Anesthesiologie

550

Aan Dr. A. Klink,  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Postbus 20350  
2500 EJ Den Haag

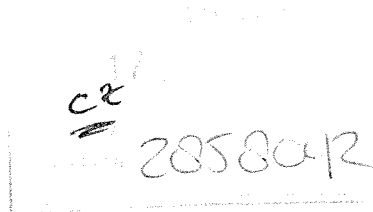
Huispost 550  
Postbus 9101  
6500 HB Nijmegen

UMC St Radboud Centraal, route 550  
Geert Groteplein 10

T (024) 361 45 53  
F (024) 354 04 62

B.vanWinssen@anes.umcn.nl  
www.umcn.nl

Datum 27 mei 2008  
Uw kenmerk GJS/bs/270508  
Ons kenmerk GJS/bs/092



X

Excellentie,

Graag vragen wij uw dringende aandacht voor het volgende.

Wij zijn allen hoogleraren/afdelingshoofden van Anesthesiologie- en Intensive Care afdelingen in academische ziekenhuizen. Wij zijn vanuit de perifere praktijk teruggekeerd naar de academie, met name om ons te kunnen wijden aan specifiek academische patiëntzorg en om onderzoek en onderwijs te kunnen doen.

Academische patiëntzorg vereist, gezien het vaak complexe karakter van de aandoeningen van de patiënten die wij behandelen, dat deze zorg verleent wordt door topklinici. Daarbij eisen wij dan van deze in academische ziekenhuizen werkzame topklinici ook nog dat zij onderzoek doen en een inspirerend voorbeeld zijn tijdens hun onderwijstaak voor aankomende collega's.

Op dit moment lukt het ons niet om toptalent aan de academie te behouden en zijn wij onvoldoende in staat om topklinici uit de periferie terug te halen. Wij kunnen daarom slechts met moeite de zorg leveren die de patiënt in een academisch centrum van ons mag verwachten. Ook zijn wij daarom onvoldoende in staat om de voorbeeldfunctie voor aankomende collega's te vervullen op een manier die wij als hoogleraren eigenlijk zouden willen zien.

De voornaamste reden waarom wij ons voor deze problemen gesteld zien, zijn de grote verschillen in inkomen tussen academisch werkzame anesthesiologen en intensivisten en de collega-specialisten werkzaam in de perifere praktijk. We praten hier niet over procenten, maar over inkomens die 2 tot 3 maal zo hoog liggen als in de academie. Tot overmaat van ramp heeft de invoering van de DBC-systematiek voor de perifeer werkzame anesthesiologen tot gevolg dat per 1 januari 2008 het inkomen opnieuw met 30-40% gestegen is. Wij kunnen u een onderzoek laten zien wat deze getallen bevestigt.

In het rapport van de Onderzoeksraad voor Veiligheid naar aanleiding van het incident rondom de hartchirurgie in het UMC St Radboud, wordt ingegaan op het verschil in honorering tussen beroepsbeoefenaren die academisch of perifeer werken, in termen van drijfveren, verschillen in taakstelling en professionele kwaliteit. De Onderzoeksraad concludeert dat verschillen in honorering nooit mogen leiden tot een kwaliteit waarbij het leveren van verantwoorde zorg in het geding is.

**Hoofd afdeling**  
Prof. dr. G.J. Scheffer  
**Perioperatieve veiligheid**  
Prof. dr. J. Damen  
**Hoofd pijnbehandeling en palliatieve zorg**  
Prof. dr. K.C.P. Viissers

**Hoofd onderzoek**  
Prof. dr. K.C.P. Viissers  
**Hoofd onderwijs**  
Dr. D.G. Snijdelaar  
**Pijnbehandelcentrum**  
Dr. R.T.M. van Dongen

**Chefs de clinique**  
Dr. M.A.W.M. Hasenbos  
Dr. A.P. Wolff  
**Pre-operatieve polikliniek**  
Drs. D. van Diejen

**Universitair hoofddocenten**  
Dr. J.J. Driessen  
Dr. O.H.G. Wilder-Smith

Blad 2  
 Datum 27 mei 2008  
 Kenmerk GJS/bs/092

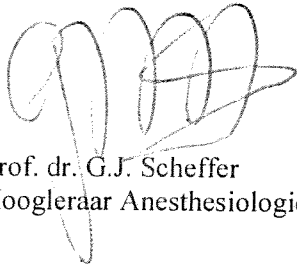
Naar onze mening zijn de verschillen in honorering nu zo onredelijk groot voor onze specialisten, dat de kwaliteit van zorg in het geding komt.

Let wel, wij pleiten in eerste instantie niet over een verhoging van de salarissen van de academisch werkzaam medisch specialist, maar wij willen u wel met klem verzoeken te streven naar een aanzienlijke verkleining van het huidige verschil in honorering.

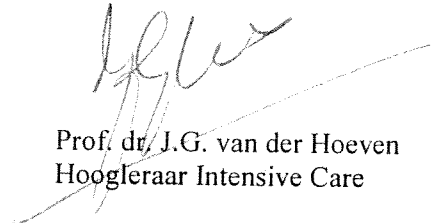
Tevens verzoeken wij u maatregelen te nemen om de academie voor medisch specialisten een aantrekkelijke werkplek te laten blijven.

Voor de toekomstige ontwikkeling van onze vakgebieden is het noodzakelijk dat toptalent werkzaam blijft in de academische ziekenhuizen. Op dit moment is het in Nederland vrijwel onmogelijk om Nederlandse medisch specialisten te benoemen als hoogleraar Anesthesiologie of Intensive Care. Dit is de reden dat de laatste benoemingen van hoogleraren Anesthesiologie met buitenlandse kandidaten is geschiedt. Het feit dat het moeilijk is om jonge specialisten voor de academie te behouden leidt er uiteindelijk toe dat de wetenschappelijke kwaliteit van de Nederlandse kandidaten te kort dreigt te schieten. Wij vinden dit een zeer zorgelijke situatie.

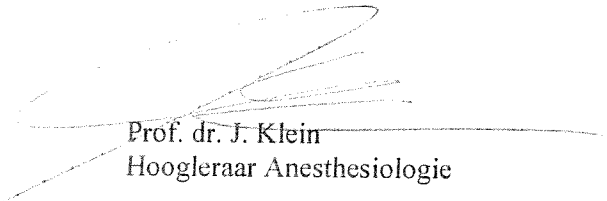
Graag zouden wij met u van gedachten wisselen om voor deze problemen een oplossing te vinden.



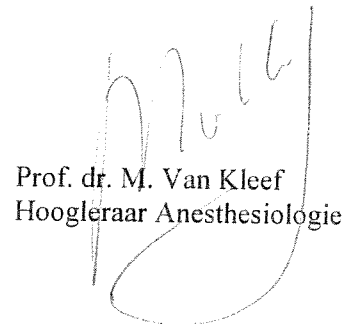
Prof. dr. G.J. Scheffer  
 Hoogleraar Anesthesiologie



Prof. dr. J.G. van der Hoeven  
 Hoogleraar Intensive Care



Prof. dr. J. Klein  
 Hoogleraar Anesthesiologie



Prof. dr. M. Van Kleef  
 Hoogleraar Anesthesiologie

Cc: Mr. J.P.H. Donner  
 Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid  
 Postbus 90801  
 2509 LV Den Haag

UMC St Radboud  
Cluster Centrale Sterilisatie Anesthesiologie, IC, Operatiekamers  
Huispost 550  
Postbus 9109  
6500 HB Nijmegen

Ons kenmerk  
CZ-TSZ 2881633

Inlichtingen bij  
Sanne Lubbers

Doorkiesnummer  
070 340 5610

Den Haag  
30 september 2008

Onderwerp  
Honorarium verschillen academie vs periferie

Bijlage(n)

Uw brief  
17 juni 2008

17 juni 2008 heb ik van u een brief ontvangen waarin u mij wijst op de verschillen in honorering tussen medisch specialisten die werkzaam zijn in de periferie en medisch specialisten die werkzaam zijn in de academie. Eerder heb ik hierover contact met u gezocht, maar in verband met de vakantie is het mij niet gelukt u telefonisch te bereiken. Vandaar dat ik mij nu alsnog middels een brief tot u wend. Excuus voor deze late beantwoording.

In uw brief geeft u aan dat de grote verschillen in inkomen tussen medisch specialisten die werkzaam zijn in de periferie en medisch specialisten die werkzaam zijn in de academie onredelijk groot zijn waardoor de kwaliteit van zorg in het geding komt. Tevens geeft u aan dat de grote inkomensverschillen ertoe leiden dat toptalent niet voor de academische ziekenhuizen behouden blijft maar uitstroomt naar de periferie en dat de wetenschappelijke kwaliteit van Nederlandse kandidaten voor een benoeming van een hoogleraarschap aan de academie te kort dreigt te schieten. Hierop wil ik graag reageren.

Tot 1 januari 2008 werden medisch specialisten bekostigd op basis van een budgetsystematiek. Echter omdat het systeem van aanbodsregulering niet voldoende tegemoet kwam aan de vraag van patiënten is besloten over te gaan op prestatiebekostiging.

Alle medisch specialisten worden sinds 1 januari 2008 daarom op gelijke wijze bekostigd, namelijk op basis van DBC's (uurtarief x normtijd). Het normatief onderbouwde uurtarief bedraagt €135,50 (prijspeil 2008). Op dit uurtarief is een bandbreedte van toepassing van plus of min €6,00 (prijspeil 2008). Als gevolg van het vaste uurtarief declareren alle medisch specialisten, ongeacht of zij in dienstverband of in vrije vestiging zijn, voor eenzelfde product eenzelfde bedrag. Het verschil in honorarium tussen medisch specialisten in dienstverband en in vrije vestiging openbaart zich in de wijze van financiering. Vrijgevestigd medisch specialisten worden gefinancierd op basis van DBC's. Zij ontvangen hun honorarium van/via het ziekenhuis. Specialist in loondienst worden in tegenstelling tot de vrijgevestigd medisch specialisten niet gefinancierd op basis van DBC's. Specialist in

VWS

loondienst ontvangen hun honorarium van het ziekenhuis op basis van de betreffende CAO en eventuele opslagen. Dit laatste is afhankelijk van de wijze waarop de betreffende instelling dit zelf heeft ingericht en welke afspraken de instelling hierover heeft gemaakt met de medisch specialisten.

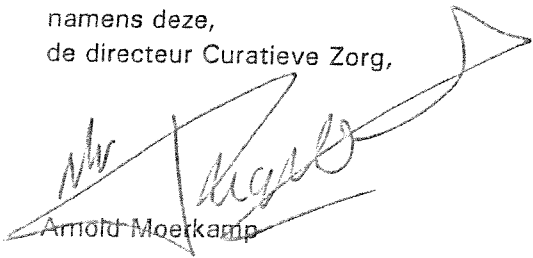
De grote verschillen in inkomen tussen medisch specialisten zoals u die beschrijft bestonden mijn inziens voornamelijk onder de oude budgetsystematiek. Deze verschillen openbaarden zich op ziekenhuis-, specialisme- en specialistniveau. Door de invoering van het onderbouwde uurtarief moeten historisch gegroeide verschillen in honorarium tussen specialismen zijn genivelleerd. Daarnaast moet de invoering van het uurtarief, gezien het feit dat deze gebaseerd is op de AMS (arbeidsvoorwaardenregeling medisch specialisten in dienstverband bij algemene ziekenhuizen), tegemoet komen in het bezwaar van de verschillen tussen de honoraria van specialisten in dienstverband en in vrije vestiging. Dit geldt ook voor de specialisten in loondienst van een UMC. Inhoudelijk verschilt de AMS niet veel van de CAO UMC.

Gezien bovenstaande, ligt de oorzaak van het probleem mijn inziens niet direct in de honorering. Met de overgang naar prestatiebekostiging is de honorering voor vrijgevestigd specialisten en specialisten in loondienst meer met elkaar op een lijn gekomen dan ooit tevoren het geval was. In tegenstelling tot de budgetsystematiek biedt prestatiebekostiging medisch specialisten prikkels ten behoeve van kwaliteit en innovatie. Daarnaast biedt prestatiebekostiging ruimte om kwaliteit en onderscheidendheid van functioneren van medisch specialisten te honoreren.

Tot slot is het beleid dat instellingen voeren om nieuw talent aan te trekken en personeel voor de organisatie te behouden in eerste instantie een interne aangelegenheid. Afspraken hierover zijn vastgelegd in interne documenten of documenten tussen ziekenhuis en medisch specialist, zoals de AMS, de Model Toelatingsovereenkomst (MTO) en het Document Medisch Staf (DMS). VWS is hier in eerste instantie geen partij in.

Ik ga ervan uit dat ik u hiermee voldoende heb ingelicht.

De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,  
namens deze,  
de directeur Curatieve Zorg,



Arnold Moerkamp