

Vergaderjaar 2006–2007

26 275

Positionering academische ziekenhuizen

Nr. 4

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT EN DE STAATSSECRETARIS VAN ONDERWIJS, CULTUUR EN WETENSCHAP

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 20 december 2006

De Universitair Medische Centra (UMC's) zijn anno 2006 een belangrijk en onlosmakelijk onderdeel van een goede gezondheidszorg. Het overheidsbeleid voor de zorg en ook de UMC's zelf zijn ondertussen wel in verandering. Wat betekent nu het nieuwe zorgstelsel voor UMC's? Daarover gaat de nota «Publieke functies van de UMC's in een marktomgeving».¹ De nota is een uitwerking voor deze specifieke sector van de meer algemene brief «Ruimte voor betere zorg», die de minister van VWS op 4 september 2006 naar de Tweede Kamer heeft gestuurd. We lichten de hoofdpunten van onze nota hieronder kort toe.

Aanleiding voor de nota: invoering van de Zvw en de vorming van UMC's

De laatste rijksnota over de positie van academische ziekenhuizen dateert van 1998: de nota «Positionering Academische Ziekenhuizen». Die had als rode draad dat de academische ziekenhuizen zoveel mogelijk «gewoon meedraaien» in de ontwikkelingen. Bemoeienis van de rijksoverheid blijft echter noodzakelijk bij hoofdpunten van beleid als de bijzondere zorgfunctie, de opleidingen en de werkplaatsfunctie en, als uitvloeisel daarvan, de infrastructuur. Die constatering is zijn ook nu nog geldig.

Nederland telt acht UMC's. Samen hebben zij circa 60 000 medewerkers in dienst. Het totale budget van de acht UMC's bedraagt ongeveer € 4,3 miljard. De taken van UMC's liggen op het terrein van patiëntenzorg, (bio)medisch onderzoek en (bio)medisch onderwijs en opleiding.

De meerwaarde van UMC's is met name dat zij die taken in nauwe verwevenheid uitoefenen en meedoen aan de voor die taken relevante netwerken.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

De bestuurlijke context van de curatieve zorg is in de afgelopen acht jaren echter sterk veranderd. De invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006

luit een nieuw tijdperk in de zorg in. In het nieuwe stelsel wordt verwacht dat zorgaanbieders beter gaan presteren. Verzekeraars moeten dan wel stevig met aanbieders van zorg onderhandelen over prijs en kwaliteit. Het moet duidelijk zijn wat zorgaanbieders doen en tegen welke prijs. De ziekenhuiszorg kent hiervoor sinds kort het systeem van diagnose behandeling combinaties (DBC's).

De academisch medische sector zelf is in de afgelopen jaren ook belangrijk gewijzigd. Zo zijn de faculteit geneeskunde van de universiteit en het academisch ziekenhuis naar elkaar gegroeid. Samen vormen zij nu een Universitair Medisch Centrum (UMC).

Zijn deze belangrijke wijzigingen aanleiding om de beleidslijn uit de nota van 1998 aan te passen?

Marktwerking waar mogelijk, bijzondere bekostiging waar nodig

Voor basispatiëntenzorg zijn voor UMC's geen aparte spelregels nodig of wenselijk. De UMC's kunnen net als alle andere aanbieders van curatieve zorg, op de markt van gedereguleerde zorg contracten sluiten voor deze zorg. Zij kunnen met andere zorgaanbieders concurreren op kwaliteit en oordelen van patiënten.

Dat ligt anders voor de topreferente zorg¹ en innovatie en ontwikkeling.

Die kunnen we niet aan de markt overlaten, omdat dan het publieke belang van voldoende aanbod en kwaliteit niet is gewaarborgd. De UMC's krijgen daarom voor deze functies apart geld in de vorm van de zogeheten academische component. Deze bedraagt circa € 580 miljoen.

Innovaties moeten ook in de toekomst doorgaan. Daarom moeten behandelingen/ontwikkelingen die in eerste instantie uit de academische component betaald worden, kunnen doorstromen naar het segment met vrije prijsvorming en concurrentie waar vergoed wordt op basis van DBCs. Zo ontstaat ruimte binnen de academische component om weer nieuwe innovaties te betalen.

Dit alles betekent dat de UMC's voor al hun patiënten «gewoon meedraaien» in de DBC-systematiek.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) moeten erop toezien dat de UMC's de marktwerking in de zorg niet belemmeren. Onder meer moet ervoor gewaakt worden dat de UMC's hun geld voor de academische component niet inzetten om andere instellingen oneigenlijk te beconcurreren in de basiszorg. Wij willen dat ook bereiken door de academische component niet groter te laten zijn dan strikt voor die functie noodzakelijk is.

Naast de bekostiging van topreferente zorg en van innovatie en ontwikkeling uit de academische component, ontvangen de UMC's ten laste van de onderwijsbegroting middelen voor de taken op het gebied van medisch onderwijs en wetenschappelijk onderzoek. Daar gaat de nota slechts in afgeleide zin over, namelijk slechts voor zover implementatie van voorstellen voor het nieuwe zorgstelsel daar aanleiding toe geeft.

Maatschappelijke legitimering academische component

De UMC's hebben weliswaar een bijzondere positie, maar zij moeten net als andere instellingen in de curatieve zorg, maatschappelijke verantwoording afleggen over hun handelen en prestaties. De bijzondere wijze van financiering van innovatie en ontwikkeling en topreferente zorg maakt dat extra noodzakelijk. De UMC's verantwoorden zich naar de overheid, premiebetalers en zorgverzekeraars. Zij moeten inzicht bieden in en verantwoording afleggen over het gebruik van het geld van de academische component. De UMC's garanderen dat alle patiënten die topreferente

¹ Topreferente zorg is zeer specialistische patiëntenzorg die gepaard gaat met bijzondere diagnostiek en behandeling waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is. 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. Hierdoor wordt deze functie vrijwel exclusief door de UMC's uitgevoerd.

zorg nodig hebben in Nederland altijd bij ten minste één van de UMC's terecht kunnen. Daarnaast moeten de UMC's patiënten en verwijzers duidelijk maken waar die terecht kunnen voor topreferente zorg (informatieplicht). Hierover zijn afspraken vastgelegd.

Infrastructurele voorzieningen: meer eigen verantwoordelijkheid

Kapitaallasten worden bij UMC's, net als bij algemene ziekenhuizen, per 2008 integraal onderdeel van de prijs of het tarief van de geleverde zorg. Alleen kapitaallasten die samenhangen met de academische component, opleidingen, de werkplaatsfunctie en de WBMV worden vanaf 2008 nog apart gefinancierd.

Kennis en innovatie

De UMC's hebben als taak het ontwikkelen van kennis over medisch-specialistische zorg en het vertalen hiervan naar concrete toepassingen. Versnipperd onderzoek leidt niet tot een optimale besteding van geld, daarom kiezen we er in Nederland voor om deze taak bij UMC's te beleggen. De samenleving mag daarop van de UMC's verwachten dat zij een bijdrage leveren aan belangrijke vraagstukken waar we in de zorg voor staan. VWS heeft het initiatief genomen tot het formuleren van vijf belangrijke «maatschappelijke opgaven»¹ en wil deze een grotere rol laten spelen bij de inzet van de bestaande onderzoek- en ontwikkelcapaciteit.

Tot slot

De betekenis van de bijzondere zorgfunctie van UMC's is sinds het uitbrengen van de positioneringsnota in 1998 niet veranderd. De invoering van een systeem van gereguleerde marktwerking in de zorg, met een gelijk speelveld tussen zorgaanbieders als één van de voorwaarden, vraagt wel om een scherpere afbakening van de ontwikkel- innovatie-functie en de topreferente functie. De bekostiging van deze bijzondere functies ligt vast in de academische component en de functies zijn zuiverder gedefinieerd door afspraken te maken over de legitimering ervan. Zo ontstaat de noodzakelijke scheiding tussen vormen van zorg die aan de markt overgelaten worden en functies die vanwege hun publiek karakter bijzondere bekostiging noodzakelijk maken. Daardoor kunnen de UMC's zowel meedoen op de markt van gedereguleerde zorg als hun bijzondere functies vervullen.

Samengevat vinden wij, en met ons de UMC's, dat het beleid in de bijgaande nota een toereikend kader schetst om de UMC's de komende jaren hun taken op het gebied van patiëntenzorg, onderwijs en opleiding en onderzoek goed te kunnen laten vervullen.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst

De Staatssecretaris van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap,
B. J. Bruins

¹ 1. Anticiperen op een groeiende en veranderende zorgvraag
2. Langer leven in gezondheid
3. Houdbare kwaliteit en patiëntveiligheid
4. Grenzen aan zorg en omgaan met schaarste en risico's
5. Versnellen van ontwikkeling en toepassing van innovatieve medische producten.