

Vergaderjaar 2014–2015

32 864

Academische zorg

Nr. 4

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 22 december 2014

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 22 oktober 2014 over de Voorhang verlaging beschikbaarheidsbijdrage academische zorg (Kamerstuk 32 864, nr. 3).

De vragen en opmerkingen zijn op 14 november 2014 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 19 december 2014 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

Inhoudsopgave	blz.
I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II. Reactie van de Minister	4

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de fractie van de PvdA hebben kennisgenomen van het voornemen om de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg door de zorgautoriteit te laten aanpassen. Deze leden merken op dat, zoals het interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) eerder heeft geconcludeerd, basale informatie over de relatie tussen financiering en prestaties van universitair medische centra (umc's) blijkt te ontbreken. Genoemde leden vinden dit bijzonder ongewenst. Er mag van instellingen in de zorg, niet alleen de umc's, verwacht worden dat zij kunnen laten zien welke prestaties geleverd worden en hoe deze worden gefinancierd. Wat dat betreft zijn de leden van de PvdA-fractie dan ook zeer benieuwd naar de uitkomsten van het transparantietraject ROBIJN (Rijks Overheids Bijdrage IJverig Nageplozen).

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister waarin zij bericht over het mogelijk voornemen tot het treffen van een aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Deze leden hebben hierover enkele vragen.

Algemeen

Ten eerste vragen de leden van de CDA-fractie waarom de Minister schrijft over een «mogelijk» voornemen. Betekent dit dat er ook nog een mogelijkheid bestaat dat de Minister afziet van de aanwijzing? Zo ja, onder welke voorwaarden zou zij daarvan afzien?

De Minister geeft aan dat de structurele korting van € 70 miljoen vanaf 2015 een som is van een korting op de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg en de kapitaallasten academische zorg. Deze leden vragen of de Minister kan aangeven hoeveel op beide gekort wordt. Uit het interdepartementaal beleidsonderzoek naar umc's bleek dat de umc's een doelmatigheidswinst van € 70 miljoen kunnen boeken. Deze doelmatigheidswinst zou behaald kunnen worden door transparantie, verdere concentratie van zorg en mogelijke toetreding door andere instellingen dan umc's. De Minister beschrijft hoe met het traject ROBIJN de publieke taken van de umc's integraal transparant worden gemaakt en de academische functies scherper worden gedefinieerd. Over de andere twee voorwaarden voor de doelmatigheidswinst (verdere concentratie en mogelijkheid van toetreding door andere instellingen) wordt niets gemeld. De leden van de CDA-fractie vragen daarom of, en zo ja, op welke wijze gestimuleerd wordt dat er aan deze twee voorwaarden wordt voldaan. In de IBO-rapportage (Kamerstuk 33 278, nr. 1) wordt aangegeven dat andere ziekenhuizen dan umc's een prikkel hebben om voorspelbaar verliesgevend patiënten door te verwijzen naar een umc, dat op basis van de last-resortfunctie de plicht heeft die patiënten te helpen, gefinancierd uit de academische component. Volgens de umc's zou deze afwenteling veelvuldig gebeuren. Het bleek destijds binnen het tijdsbestek van het IBO niet mogelijk te zijn om dit afwentelingsrisico te adresseren. De werkgroep beval destijds aan om deze perverse doorverwijs prikkel

voor ziekenhuizen zonder academische component te onderzoeken. De leden van de CDA-fractie vragen of een dergelijk onderzoek is uitgevoerd.

Transparantie

In het IBO-rapport wordt onder andere geconstateerd dat een eenduidige definitie van topreferente zorg niet bestaat. Dit is een van de voornaamste redenen waarom basale informatie over de relatie tussen financiering en prestaties van umc's bleek te ontbreken. De leden van de CDA-fractie vragen of er inmiddels een eenduidige definitie van topreferente zorg is. Zo ja, wat is deze eenduidige definitie? Zo nee, is dit een reden om aan te nemen dat de doelmatigheidswinst (nog) niet te behalen is?

Concentratie van zorg

De leden van de CDA-fractie vragen of er sprake is van, of plannen zijn voor, verdere concentratie van zorg door umc's. Zijn de umc's, conform de herverdelingsstap zoals in de IBO-rapportage geformuleerd, voor alle (deel)specialismen aan criteria getoetst? Tot welke herverdeling heeft deze toetsing geleid? Heeft de Minister de effecten van concentratie van (deel)specialismen onderzocht? Kan de Minister de Kamer informeren over deze effecten?

De IBO-rapportage geeft aan dat zorgconcentratie een middel is om tot doelmatige besteding van middelen te komen, en geen doel op zich is. Rekening dient te worden gehouden met de toegankelijkheid en de beschikbaarheid van de zorg (p. 32). Genoemde leden vragen hoe de Minister met de toegankelijkheid en de beschikbaarheid rekening heeft gehouden.

Mogelijke toetreding door andere instellingen dan umc's

De leden van de CDA-fractie vragen of er sprake is van, of plannen zijn voor, toetreding door andere instellingen dan umc's. Is de toetredingsstap, zoals in de IBO-rapportage geformuleerd, inmiddels geoperationaliseerd? Zijn er andere ziekenhuizen dan umc's die zich hebben aangemeld voor toetsing aan de kwaliteits- en geografische criteria? Welke criteria zijn hiervoor opgesteld? Heeft de Minister de effecten van toetreding door andere instellingen onderzocht? Kan de Minister de Kamer informeren over deze effecten?

Financieel

De Minister schrijft dat zij er vertrouwen in heeft dat de umc's vanaf 2015 doelmatiger hun academische zorg kunnen verlenen en de in het IBO-rapport aangegeven doelmatigheidswinst behalen. De leden van de CDA-fractie vragen waarop zij dit vertrouwen baseert.

In de IBO-rapportage wordt aangegeven dat na een ontwikkelperiode het doorvoeren van het voorstel en het realiseren van de structurele opbrengst meerdere jaren in beslag neemt. Genoemde leden vragen hoe zich dit verhoudt tot het voornemen om per 2015 in een keer de structurele korting van 10% van het budget in te boeken.

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de Minister over de aanpassing van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg en kapitaallasten academische zorg. Deze leden zijn van mening dat umc's doelmatiger en efficiënter kunnen werken, maar zij hebben nog een enkele vraag.

De leden van de PVV-fractie willen weten waarom er niet gewacht wordt op de resultaten van ROBIJN. Daaruit zal immers duidelijk worden waar efficiënter en doelmatiger gewerkt kan worden. Nu dat inzicht er niet is en de taakstelling vanaf 2015 ingaat bestaat de kans dat de bezuiniging neerslaat bij het personeel of nog erger bij de patiënt. Deze leden vinden dat ongewenst omdat het juist moet gaan om het slimmer en doelmatiger inrichten van processen zoals inkoop en het terugdringen van overhead. Graag ontvangen genoemde leden hierop een uitgebreide reactie van de Minister.

II. REACTIE VAN DE MINISTER

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

Algemeen

De leden van de CDA-fractie vragen waarom de Minister schrijft over een «mogelijk» voornemen en of dit betekent dit dat er ook nog een mogelijkheid bestaat dat de Minister afziet van de aanwijzing? Zo ja, onder welke voorwaarden zou zij daarvan afzien?

Ik ben van plan de aanwijzing aan de NZa te geven. Ik heb het over een mogelijk voornemen vanwege een voorbehoud voor de reactie van een of beide Kamers der Staten-Generaal op de voorhangbrief of vanwege mogelijke essentiële wijzigingen van de omstandigheden in een voorhangperiode. Die duurt 30 dagen.

De structurele korting van € 70 miljoen vanaf 2015 is een som van een korting op de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg en de kapitaal-lasten academische zorg. De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister kan aangeven hoeveel op beide wordt gekort.

De korting zal evenredig over beide beschikbaarheidsbijdragen worden verdeeld. Hoeveel dit precies inhoudt per beschikbaarheidsbijdrage is nu nog niet bekend. De NZa berekent dit bij uitvoering van de aanwijzing. Daarbij kan de NZa dezelfde systematiek hanteren als bij de korting van € 10 miljoen genoemd in de aanwijzing van 11 december 2012 inzake de beschikbaarheidsbijdrage voor academische zorg (Stcrt. 2012, nr. 26373).

De leden van de CDA-fractie vragen of, en zo ja, op welke wijze gestimuleerd wordt dat er aan de twee andere voorwaarden voor doelmatigheids-winst (verdere concentratie en mogelijkheid van toetreding door andere instellingen) wordt voldaan.

De umc's werken aan een proces van afstemming en concentratie van zorg en onderzoek daar waar de kwaliteit dat vraagt. Hierbij spelen de zorgverzekeraars een belangrijke rol en worden de patiëntenorganisaties goed betrokken. Dit betekent dat zij met de umc's keuzes maken waar topreferente functies beter door een ander umc kan worden geleverd. Dit proces is de afgelopen jaren op gang gekomen. In het programma TopZorg wordt onderzocht of niet-umc's ook specifieke vormen van zorg met voornamelijk klinisch wetenschappelijk onderzoek kunnen leveren. Het resultaat van het TopZorg programma moet, naast de uitkomsten van ROBIJN, beslisinformatie opleveren waarmee keuzes gemaakt kunnen worden wat betreft de toekomstige financiering van zorginstellingen (ook niet-umc's) op het gebied van de zeer specialistische zorg in combinatie met wetenschappelijk onderzoek.

De leden van de CDA-fractie vragen of het door de IBO-werkgroep aanbevolen onderzoek naar het afwentelingsrisico (waarbij andere ziekenhuizen dan umc's een prikkel hebben om voorspelbaar verliesgevende patiënten door te verwijzen naar een umc) is uitgevoerd.

Een dergelijk onderzoek is niet uitgevoerd. Hier ligt een rol voor verzekeraars. Zij maken afspraken met algemene ziekenhuizen en umc's over de zorg die ze bij beiden inkopen. Signalen over afwenteling kunnen zij bij deze afspraken meenemen. Daarbij komt dat het tot de expertise van umc's hoort om in te schatten welke patiënten topreferent zijn en welke niet. Wanneer een patiënt doorverwezen wordt naar een umc en deze niet topreferent blijkt te zijn, zou deze zorg niet ten koste moeten gaan van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg.

Transparantie

De leden van de CDA-fractie vragen of er inmiddels een eenduidige definitie van topreferente zorg is. Zo ja, wat is deze eenduidige definitie? Zo nee, is dit een reden om aan te nemen dat de doelmatigheidswinst (nog) niet te behalen is?

In de positioneringsnota van umc's (Kamerstuk 33 278, nr. 4) is de topreferentie functie als volgt gedefinieerd:

«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.»

Voor het verlenen van doelmatiger zorg is een scherpe definitie voor en transparantie over de topreferente functie van belang. ROBIJN en het experiment Topzorg zijn erop gericht hier meer helderheid over te bieden. Dit betekent niet dat er nu nog geen doelmatigheidswinst kan worden behaald.

Concentratie van zorg

De leden van de CDA-fractie vragen of er sprake is van, of plannen zijn voor, verdere concentratie van zorg door umc's. Tevens vragen de leden of de Minister de effecten van concentratie van (deel) specialismen heeft onderzocht en of de Minister de Kamer over deze effecten kan informeren. Hiernaast vragen de leden hoe de Minister met de toegankelijkheid en de beschikbaarheid rekening heeft gehouden.

De effecten van concentratie van (deel) specialismen zijn niet onderzocht. Ik heb een afspraak met de umc's dat zij alle patiënten in Nederland passende zorg bieden. Binnen dit kader werken de umc's zelf aan een proces van afstemming en concentratie van zorg en onderzoek daar waar de kwaliteit dat vraagt. Beschikbaarheid en toegankelijkheid worden in dit proces meegewogen. Hierbij spelen de zorgverzekeraars een belangrijke rol en worden de patiëntenorganisaties goed betrokken. Dit betekent dat umc's keuzes maken over topreferente functies die beter door een ander umc kunnen worden geleverd. Dit proces is de afgelopen jaren op gang gekomen.

Tot slot vragen de leden van de CDA-fractie of de umc's, conform de herverdelingsstap zoals in de IBO-rapportage geformuleerd, voor alle (deel)specialismen aan criteria zijn getoetst? De leden vragen tevens tot welke herverdeling deze toetsing heeft geleid?

De umc's zijn niet aan deze criteria getoetst. Met behulp van de uitkomsten van ROBIJN wordt getracht meer inzicht te geven in wat de topreferente functie precies inhoudt en wat deze kost. De komende periode zal samen met de NFU bekeken worden welke stappen er nog gezet moeten worden om tot een goede financiële onderbouwing te komen. Tegelijkertijd zal ook de NZa bekijken welke informatie ze nodig hebben om een besluit te kunnen nemen over de validatie, hoogte en de verdeling van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg. In een volgende fase zal bezien worden op welke wijze de bekostiging van de umc's in de toekomst plaats zal vinden. Dit betreft ook de vraag welk deel eventueel door middel van prestatiebekostiging gefinancierd kan worden en wat via de beschikbaarheidsbijdrage bekostigd moet blijven. Hoelang het precies duurt voordat duidelijk is wat de beste manier van bekostigen van deze zorg is, is nog niet duidelijk. Hiervoor is een uitgebreide afweging van voor- en nadelen en een analyse van de budgettaire consequenties noodzakelijk.

Mogelijke toetreding door andere instellingen dan umc's

De leden van de CDA-fractie vragen of er sprake is van, of plannen zijn voor, toetreding door andere instellingen dan umc's. Tevens vragen zij zich af of de toetredingsstap, zoals in de IBO-rapportage geformuleerd, inmiddels is geoperationaliseerd. Ook vragen de leden of er andere ziekenhuizen dan umc's zijn die zich hebben aangemeld voor de toetsing aan de kwaliteits- en geografische criteria en welke criteria hiervoor zijn opgesteld? Tot slot vragen de leden of de Minister de effecten van toetreding door andere instellingen heeft onderzocht en zo ja, of de Minister de Kamer kan informeren over deze effecten?

In het hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg 2014–2017 is afgesproken dat de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg gedurende deze kabinetsperiode niet wordt opengesteld voor andere zorgaanbieders, uitgaande van de situatie in 2012. Er zijn niet-umc's die zich hebben gemeld om aanspraak te maken op de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg. In het programma TopZorg wordt onderzocht of niet-umc's ook specifieke vormen van zorg met voornamelijk klinisch wetenschappelijk onderzoek kunnen leveren. Het resultaat van het TopZorg programma moet, naast de uitkomsten van ROBIJN, beslisinformatie opleveren waarmee keuzes gemaakt kunnen worden wat betreft de toekomstige financiering van zorginstellingen op het gebied van de zeer specialistische zorg in combinatie met wetenschappelijk onderzoek. Over de resultaten van het TopZorg programma wordt de Kamer geïnformeerd.

Financieel

De leden van de CDA-fractie vragen waarop mijn vertrouwen is gebaseerd dat de umc's vanaf 2015 doelmatiger hun academische zorg kunnen verlenen en de in het IBO-rapport aangegeven doelmatigheidswinst behalen.

In de IBO-rapportage wordt aangegeven dat na een ontwikkelperiode het doorvoeren van het voorstel en het realiseren van de structurele opbrengst meerdere jaren in beslag neemt. Genoemde leden vragen hoe zich dit verhoudt tot het voornemen om per 2015 in een keer de structurele korting van 10% van het budget in te boeken.

In 2012 is het IBO rapport opgeleverd. Sindsdien hebben de umc's vooruitgang geboekt ten aanzien van transparantie over hun uitgaven en de zorg die zij verlenen. De tussenresultaten van ROBIJN zijn te vinden in de positioneringsnota van umc's. Tevens zijn de umc's continu bezig met een proces van concentratie en afstemming om zo de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Ook hierop hebben zij zich sinds 2012 ontwikkeld en mag reeds een besparing worden verondersteld. Dit proces van concentratie en afstemming, de positioneringsnota die onlangs is geschreven en de tussenresultaten van ROBIJN geven mij er voldoende vertrouwen in dat de gezamenlijke umc's per 2015 de structurele besparing van € 70 miljoen (op een totaal van circa € 750 miljoen) vanwege een meer doelmatige zorgverlening kunnen behalen.

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie willen weten waarom er niet gewacht wordt op de resultaten van ROBIJN. Daaruit zal immers duidelijk worden waar efficiënter en doelmatiger gewerkt kan worden. Nu dat inzicht er niet is en de taakstelling vanaf 2015 ingaat bestaat de kans dat de bezuiniging neerslaat bij het personeel of nog erger bij de patiënt. Deze leden vinden dat ongewenst omdat het juist moet gaan om het slimmer en doelmatiger inrichten van processen zoals inkoop en het terugdringen van overhead. Graag ontvangen genoemde leden hierop een uitgebreide reactie van de Minister.

Zoals in de voorhangbrief vermeld is het realiseren van de korting per 2015 van belang vanwege de financieel-economische situatie van ons land en beperkte middelen voor de zorg. Afzien van de korting betekent dat we elders in de zorg € 70 miljoen euro moeten vinden. Gegeven het IBO rapport, de ontwikkelingen van de umc's op het gebied van concentratie en kwaliteit en het feit dat de umc's bezig zijn met transparantie heb ik, zoals ik hiervoor ook op vragen van leden van de CDA-fractie heb geantwoord, er vertrouwen in dat de umc's deze besparing in 2015 vanwege een meer doelmatige zorgverlening kunnen behalen. Ik heb er ook vertrouwen in dat ze deze besparing op een zorgvuldige manier realiseren, rekening houdend met de belangen van hun personeel en patiënten.