

Vergaderjaar 2012–2013

32 393

Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met de aanvulling met instrumenten voor bekostiging (Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG)

Nr. 25

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Ontvangen ter Griffie op 25 oktober 2012.

Het besluit tot het doen van een aanwijzing kan niet eerder worden genomen dan op 25 november 2012.

Het besluit tot het doen van een aanwijzing is aan de Kamer overgelegd tot en met 24 november 2012.

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal
Den Haag, 24 oktober 2012

Inleiding

Met deze brief kondig ik aan voornemens te zijn op grond van artikel 7 juncto de artikelen 57 en 59 van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) een aanwijzing te geven aan de Nederlandse Zorgautoriteit, verder te noemen de zorgautoriteit, over de inzet van het instrument beschikbaarheidsbijdrage als bedoeld in artikel 56a van de WMG voor in deze voorhangbrief omschreven bekostiging van kapitaallasten voor academische zorg.

Ik informeer u hierbij, op grond van artikel 8 van de WMG, over de zakelijke inhoud van mijn voornemen tot het geven van deze aanwijzing. Overeenkomstig laatstgenoemd artikel zal tot het geven van deze aanwijzing niet eerder worden overgegaan dan nadat dertig dagen zijn verstreken na verzending van deze brief. Indien van de zijde van een van de Kamers der Staten-Generaal geen vragen zijn gesteld zal ik de aanwijzing aan de zorgautoriteit zo spoedig mogelijk na die periode doen uitgaan. Indien van de zijde van de Kamers vragen zijn gesteld zal ik die beantwoorden en daarna afhankelijk van de vragen de aanwijzing aan de zorgautoriteit zo spoedig mogelijk doen uitgaan. Van de vaststelling van de aanwijzing wordt mededeling gedaan in de Staatscourant.

Te uwer informatie is bij brief aan beide Kamers der Staten-Generaal, (Kamerstuk 32 393, nr. 15), een uitgebreide algemene toelichting over de toepassing van het instrument beschikbaarheidsbijdrage gezonden. Korthedshalve verwijs ik voor de toelichting op de toepassing van het instrument naar die brief en vervolg met de voorgenomen inzet van het instrument beschikbaarheidsbijdrage voor de bekostiging van kapitaallasten voor academische zorg. In deze voorhangbrief wordt de voorgenomen aanwijzing geschetst in de bijbehorende context.

Aanleiding

Bij brief aan beide Kamers der Staten-Generaal (Kamerstuk 32 393, nr. 16), heb ik bericht over mijn voornemen de zorgautoriteit een aanwijzing te geven met betrekking tot een beschikbaarheidsbijdrage voor academische zorg. Die zorg betreft het uitvoeren van topreferente zorg en innovatieve zorg, onderzoek en onderwijs.

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. Innovatie en ontwikkeling hebben betrekking op het bedenken, uitproberen, systematisch uittesten en verspreiden van nieuwe behandelingen en vormen van diagnostiek. Het betreft uitsluitend die vormen van innovatie en ontwikkeling die steunen op fundamenteel wetenschappelijk onderzoek. Academische zorg wordt van oudsher uitgevoerd door de universitair medische centra (UMC's).

Voor de kapitaallasten van zorgaanbieders die zijn belast met publieke taken en die betrekking hebben op bedoelde publieke taken kan een compensatie nodig zijn in aanvulling op de opbrengsten uit in rekening gebrachte tarieven voor die zorg. De Staat der Nederlanden, vertegenwoordigd door de ministers van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, hebben in 2003 met de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra een convenant gesloten, het convenant Decentrale Huisvesting Academische Ziekenhuizen (DHAZ). Hieronder licht ik toe waarom een aanpassing van de kapitaallastbesteding voor UMC's per 1 januari 2013 noodzakelijk is.

Achtergrond

De UMC's komen voort uit een samenvoeging van de door de universiteiten bekostigde medische faculteiten en de door de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap rechtstreeks bekostigde academische ziekenhuizen. Sinds de overgang van de bekostiging van UMC's naar het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport worden de bekostigingsmethodieken die voor algemene ziekenhuizen gebruikelijk zijn, toegepast op de bekostiging van de UMC's. De UMC's leveren enerzijds zorgproductie en anderzijds voeren zij publieke taken uit.

De zorgproductie bestaat uit de normale zorgproductie zoals deze ook door algemene ziekenhuizen wordt geleverd en daarnaast uit ook door andere dan UMC's geboden zorg waarbij de bijbehorende beschikbaarheidsbijdragen reeds een kapitaallastcomponent bevatten. De vergoeding voor kapitaallasten van de normale zorgproductie verloopt via zowel de gereguleerde als de vrij onderhandelbare tarieven die voor geleverde zorg bij verzekeraars/patiënten in rekening worden gebracht. De publieke taken bestaan uit topreferente en innovatieve zorg, wetenschappelijk onderwijs, onderzoek en de opleiding van medisch specialisten. De kapitaallasten voor publieke taken worden aanvullend bekostigd en niet uit de tarieven voor de zorgproductie. Zou dat laatste wel het geval zijn dan zou een zorgaanbieder van academische zorg zich vanwege hoge(re) tarieven voor dezelfde zorg ten opzichte van andere aanbieders uit de markt prijzen.

Situatie tot en met 2012: convenant

In het convenant DHAZ zijn afspraken gemaakt over de maximale hoogte van de vergoeding van investeringen van UMC's per jaar. Jaarlijks stuurt de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU) een voorstel voor de verdeling van de beschikbare middelen aan de ministers

van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. De ministers nemen op basis hiervan een beslissing over de voorgestelde verdeling.

De minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap stelt op basis van het DHAZ-kader jaarlijks een investeringsbedrag vast ter hoogte van 25% van het DHAZ-kader, dat als voorschot aan de UMC's wordt uitgekeerd. Dat bedrag komt ten laste van de begroting van OCW.

Het aandeel van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport komt ten laste van de Zorgverzekeringswet. De minister gaf tot 2012 de zorgautoriteit opdracht de exploitatiegevolgen (rente en afschrijving) van geactiveerde investeringen tot een maximum van 75% van het per UMC vastgelegde deel van het DHAZ-kader aan de budgetten toe te voegen. De UMC's verantwoorden de besteding van het DHAZ-kader in hun jaarrekening. De verhouding 75 % VWS versus 25 % OCW ligt vast in het convenant DHAZ.

Situatie vanaf 2013: beschikbaarheidsbijdrage

Algemene ziekenhuizen bekostigen hun kapitaallasten sinds de invoering van prestatiebekostiging per 1 januari 2012 volledig uit de tarieven. Er is dus momenteel geen level playing field tussen de bekostiging van de kapitaallasten van algemene ziekenhuizen en die van UMC's voor wat betreft reguliere zorgproductie. Daarnaast is er door de afschaffing van de budgetsystematiek geen mogelijkheid meer om het VWS-deel van het DHAZ-kader dat samenhangt met de publieke taken toe te voegen aan de budgetten van UMC's.

Beide problemen worden ondervangen door uitkering van een kapitaallastenvergoeding voor het publieke taken deel via het instrument beschikbaarheidsbijdrage. Dat instrument is met de wet Aanvulling instrumenten bekostiging WMG in de Wet marktordening gezondheidszorg opgenomen. De beschikbaarheidsbijdrage voor kapitaallasten academische zorg wordt aan de instellingen toegekend door de zorgautoriteit. De instellingen brengen de bijdrage in rekening bij het College voor zorgverzekeringen. Dat college betaalt de instellingen uit het Zorgverzekeringsfonds, zonder tussenkomst van de verzekeraars.

De voorgenomen aanwijzing beoogt dus een aanpassing in de wijze van bekostiging van de UMC's, waarmee het verschil in de bekostigingssystematiek tussen algemene ziekenhuizen en UMC's ongedaan wordt gemaakt en het probleem wat betreft de betaaltitel wordt opgelost. Hieronder wordt beschreven wat deze aanpassing inhoudt.

Nieuwe bekostigingssystematiek

De gewenste eindsituatie is er één waarin voor algemene ziekenhuizen en UMC's een level playing field geldt voor kapitaallasten die samenhangen met zorgproductie, maar waarin UMC's ook voldoende worden gecompenseerd voor kapitaallasten die samenhangen met hun publieke taken. Daarnaast is het uitgangspunt om de nieuwe bekostigingssystematiek in budgettaire termen te laten aansluiten bij de kaders van de oude systematiek. VWS en de NFU onderschrijven deze uitgangspunten. Dit alles houdt in dat het huidige DHAZ kader gesplitst moet worden.

Deel 1: kapitaallasten voor reguliere medisch specialistische zorg.

De UMC's krijgen de kapitaallasten die samenhangen met reguliere zorgproductie op dezelfde wijze bekostigd als algemene ziekenhuizen. Voor zorg in het vrije en gereguleerde segment betekent dit dat de kapitaallasten worden vergoed uit de tarieven. Voor de kapitaallasten die samenhangen met ook door andere dan UMC's geboden publieke taken betekent dit dat de kapitaallasten worden vergoed uit de bijbehorende

beschikbaarheidsbijdragen. Bij deze laatste categorie kan bijvoorbeeld gedacht worden aan traumazorg en het opleidingsfonds.

Deel 2: kapitaallasten die samenhangen met de publieke taken van UMC's.

Het tweede deel van het DHAZ-kader is dat deel dat samenhangt met de uitvoering van de publieke taken van UMC's. Deze kosten kunnen op dit moment niet uit tariefopbrengsten gefinancierd worden. De publieke taken van UMC's zijn, zoals eerder genoemd: topreferente en innovatieve zorg, onderzoek en faciliteiten voor onderwijs. Door dit tweede deel van het DHAZ-kader aanvullend te laten zijn op het eerste deel, wordt ervoor gezorgd dat er ten opzichte van de huidige situatie niks wijzigt in de vergoeding die UMC's ontvangen t.b.v. hun kapitaallasten academische functie. Dit betekent ook dat sprake is van een budgettair neutrale beleidswijziging. Deze beschikbaarheidsbijdrage zal in de begroting van VWS ten laste gaan van de post instellingen voor medisch specialistische zorg. Kapitaallasten maken immers integraal onderdeel uit van deze post. Het bedrag voor dit tweede deel van de kapitaallasten zal door middel van een beschikbaarheidsbijdrage aan de acht UMC's worden toegekend.

Toekomstperspectief

Hoewel ik de NZa zal vragen nu een aparte beschikbaarheidsbijdrage kapitaallasten academische zorg te maken, is dit wat mij betreft niet het einddoel. Op termijn wordt de beschikbaarheidsbijdrage kapitaallasten academische zorg samengevoegd met de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg. Het is echter van belang dat de transparantie van deze laatste eerst verbeterd wordt. Daartoe zullen op korte termijn verdere stappen gezet worden in nauwe samenwerking met de NFU en de NZa.

Aanwijzing aan de zorgautoriteit

Ik ben voornemens in mijn aanwijzing de zorgautoriteit het volgende op te dragen:

- Bepaal welk deel van het huidige DHAZ-kader en de oud-PBA middelen vallen binnen het hierboven beschreven tweede deel: kapitaallasten die samenhangen met de publieke taken van UMC's;
- Zet het investeringskader voor dit deel van de kapitaallasten om in een normatieve exploitatievergoeding en bepaal de daarbij behorende percentages voor rente en afschrijving;
- Stel een beleidsregel op waarmee de kapitaallasten die samenhangen met de publieke taken van de acht UMC's middels een beschikbaarheidsbijdrage aan deze instellingen kan worden verstrekt;
- Neem de bijzondere situatie van de UMC's mee in deze beleidsregel. Hierbij denk ik onder andere aan de in het verleden a fonds perdu gefinancierde gebouwen, de oud-PBA middelen die nog op de balansen van de UMC's staan, de gevolgen voor nieuwbouw en overige zaken die horen bij het verstrekken van een beschikbaarheidsbijdrage.

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

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