
Geachte heer Van Halder,

Op 27 juni 2013 spraken wij elkaar over de positie van de umc's in het bestaande veld van de curatieve zorg. De umc's dragen zorg voor een belangrijk deel van de complexe zorg aan bijzondere patiëntengroepen in Nederland. Die zorg koppelen de umc's aan het ontwikkelen van nieuwe behandelingen, zorgconcepten en medicijnen. Deze innovatie is van oudsher gericht op het verbeteren van bestaande behandelingen en het ontwikkelen van nieuwe behandelingen. Meer en meer wordt deze innovatie door de umc's gericht op de noodzakelijke kostenbeheersing, en -reductie. Onlangs heeft de NFU aan de minister in dit kader een voorstel gedaan om door wetenschappelijk onderzoek pakketmaatregelen te ondersteunen.

In 2006 is bovengenoemde bijzondere positie van de umc's vastgelegd door het kabinet in een positioneringsnota: 'Publieke functies van de umc's in een marktomgeving'. In bovengenoemd gesprek is geconcludeerd dat de bijzondere functie van de umc's, zoals beschreven in de positioneringsnota nog steeds van kracht is. We hebben met u besproken dat actualisering van de nota voor het einde van het jaar gewenst is. hierbij wordt ook het ministerie van OCW betrokken

Om de bijzondere rol van de umc's voor nu en in de toekomst betaalbaar te houden is het noodzakelijk om een aantal afspraken te maken. De topreferente zorg en innovatie zal in de toekomst worden gefinancierd vanuit een beschikbaarheidsbijdrage AC. VWS zal in aanloop naar deze overgang de hoogte van deze beschikbaarheidsbijdrage moeten bepalen. Daarbij is het noodzakelijk om de topreferente zorg en innovatie goed te definiëren en af te bakenen. In deze brief doet de NFU een voorstel voor een samenhangend pakket aan maatregelen dat zal worden genomen om de positionering van de umc's in de toekomst te bestendigen.

Prestatiebekostiging

De huidige systematiek van bekostiging met DOT ontbeert een goede toegankelijke systematiek voor de bekostiging van zorgzwaarte en outliers. Hierdoor bevat de bekostiging prikkels die zijn gericht op het op financiële gronden selecteren van patiënten. Dit bemoeilijkt de doelmatigheidsvergroting. Voor een adequate bekostiging van de hoogcomplexe zorg en innovatie is het noodzakelijk dat de meer reguliere zorg, ook als deze complex en kostbaar is, goed kan worden bekostigd. Naar het oordeel van de NFU vormt de zorgzwaarte- en outlierbekostiging het sluitstuk van de ontwikkeling van de DOT systematiek. Daarna zal, naast de huidige bij de NZa bekende onderwerpen, de doorontwikkeling in hoofdzaak bestaan uit het doorvoeren van innovaties in de bekostigingssystematiek en het verwijderen van obsoleete zorgproducten. De NFU verzoekt de minister van VWS om aan de NZa de opdracht te geven om op korte termijn, maar uiterlijk op 1 januari 2015, zowel een systematiek voor zorgzwaarte als de outlierbekostiging in de bekostiging op te nemen.

In relatie met de, door de NFU onderschreven, doelstellingen uit het hoofdlijnenakkoord curatieve zorg vormt de groei van specifieke onderdelen van de zorg een complexe uitdaging voor de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars. Gezocht moet worden naar mogelijkheden om de groei van deze zorg, inclusief de groei van de kosten van geneesmiddelen, te accommoderen binnen de beperkte groeikaders die in het hoofdlijnenakkoord zijn afgesproken. Een belangrijk voorbeeld is de oncologie. Door de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen, verbeterde diagnostiek en behandelingen worden steeds betere resultaten bereikt, maar neemt het volume ook snel toe. Omdat de extra groei van deze zorg, bij een beperkte groei van de curatieve zorg als geheel, ten koste gaat van de zorg in andere segmenten is een brede coalitie van VWS, zorgverzekeraars en zorgaanbieders noodzakelijk. De ontwikkeling van de kosten van de basiszorg, , biedt mogelijk de ruimte om dit zonder veel problemen te effectueren. Expliciete steun van de minister voor deze ontwikkeling blijft daarbij evenwel zeer waardevol. In dit licht heeft de NFU aan de minister voorstellen gedaan om het pakket zo in te richten dat dit de groei van onderdelen van mogelijk maakt.

Andere onderdelen van de zorg die het maken van goede contractsafspraken compliceren zijn de groei van de (dure) geneesmiddelen ten laste van de ziekenhuiskosten en de niet planbare dure zorg, zoals de transplantaties. De NFU wil hiertoe met VWS en de zorgverzekeraars afspraken maken over een landelijke lumpsum en een systeem van nacalculatie op deze onderdelen per umc.

Tegelijkertijd biedt het maken van lumpsum afspraken tussen verzekeraars en umc's voor het hele pakket aan zorg dat door de umc's wordt geleverd, een mogelijkheid voor een goede bekostiging van umc's zolang zorgzwaarte en outlierbekostiging nog niet adequaat in DOT zijn opgenomen. De NFU vraagt de minister om zo nodig ondersteuning te bieden bij de realisatie hiervan.

De problematiek van de kapitaallasten van umc's, met name bij vervangende nieuwbouw, is bij u bekend. Hierover zijn afspraken gemaakt met VWS en de NZa. Deze afspraken zijn nog niet volledig in de regelgeving vervat en vragen nog afrondend overleg met zorgverzekeraars. De afspraken en regelingen moeten zodanig zijn dat de instandhouding en vervangende nieuwbouw van umc's structureel is geborgd.

Verhogen doelmatigheid

Innovatie en doelmatigheidvergroting moeten hand in hand gaan. Het CVZ is onlangs gekomen met een rapportage ten aanzien van het hanteren van kosteneffectiviteit als onderdeel van de pakketcriteria. Voor de umc's is kostenreductie één van de richtinggevende aspecten van innovatie. Om deze ontwikkeling te stimuleren is een doelmatigheidsfonds noodzakelijk. Met dit fonds kan, de bedrijfsvoering van individuele ziekenhuizen overstijgende, innovatie gericht op doelmatigheidsverbetering en

kostenreductie mogelijk worden gemaakt. VWS en NFU zullen gezamenlijk de met het fonds te realiseren doelen formuleren in de vorm van een meerjarig ontwikkelplan en jaarlijkse bestedingsplannen. Te denken valt aan onderwerpen als het verbeteren van de registratie van zorg, door eenmalige registratie aan de bron. Hierbij gaan administratieve lastenverlichting (zorggegevens worden nu drie à vier keer geregistreerd) en een sterk verbeterde informatievoorziening hand in hand. Kwaliteitsgegevens en bedrijfsvoeringsgegevens kunnen dan eerder en eenduidiger worden ontsloten. Andere voorbeelden voor uit het doelmatigheidsfonds gefinancierde innovaties zijn het hard onderbouwen van behandelingen zodat obsolete zorg eerder uit het pakket kan worden verwijderd, het opzetten van kwaliteitsregistraties, het registreren van de inrichting van zorg in zorgketens (ROAZ, OOR, Comprehensive Cancer Networks en NPO), concentratie en taakverdeling, zinnige diagnostiek en therapie en antimicrobieel stewardship. Voor deze onderdelen is een aanloopinvestering noodzakelijk, het fonds kan vervolgens worden gevuld uit de opbrengsten van doelmatigheidsverbeteringen. De omvang van het fonds, de jaarlijkse besteding, bedraagt bij aanvang 50 miljoen euro. Administratief wordt het fonds onder gebracht bij ZonMW.

Opleiding tot medisch specialist

De umc's zijn medeverantwoordelijk voor de opleiding van medisch specialisten. Het regeerakkoord voorziet een forse bezuiniging op de kosten van deze opleiding. Met de verantwoordelijke partijen wordt gewerkt aan een voorstel voor de wijze waarop de doelstellingen in het regeerakkoord gehaald kunnen worden. Dit voorstel voorziet in aanpak op verschillende vlakken. In Nederland is de duur van de meeste medisch vervolgoopleidingen een half tot 2 jaar langer dan de Europese richtlijn voor erkenning van beroepskwalificaties voorschrijft. Ofschoon in de praktijk de duur in Nederland in de pas loopt met die van de meeste Europese landen, moet er dus zeker ruimte zijn voor verkorting. Door het verbeteren van de aansluiting tussen de basisopleiding geneeskunde en de opleidingen voor medisch specialisten is het mogelijk om de opleidingsduur te verminderen. De NFU heeft hiervoor reeds voorstellen gedaan en werkt aan de uitwerking. Gezamenlijk met individualisering van de opleiding kan dit tot een verkorting van de opleiding leiden van gemiddeld een half jaar. Verlaging van de instroom is een tweede maatregel. Tot slot wordt ingezet op het gelijkstellen van de vergoeding voor de opleidingskosten. De kosten bij de verschillende soorten ziekenhuizen worden verschillend gecompenseerd (staffel opleidingskosten). Reeds in het IBO rapport van 2011 is gepleit voor het afschaffen van de staffel, omdat er geen onderbouwing voor kon worden gevonden. In het zorgakkoord zijn hier nadere afspraken over gemaakt. Als randvoorwaarden moet de opleidingsduur tot basisarts gehandhaafd blijven. De regelgeving medische vervolgoopleidingen moet worden aangepast. Partijen werken aan de verdere uitwerking van de plannen, met de daarbij behorende kostenonderbouwing. Daarbij is van belang dat veldpartijen tot 2020 de

gelegenheid krijgen om de maatregelen te implementeren. Daarin passen geen nieuwe bezuinigingsmaatregelen.

WNT

Een kostendempende factor bij de ontwikkeling van de zorg is de loondienstverhouding waarin de medisch specialisten in de umc's werkzaam zijn. Niet alleen zijn de inkomens van de medisch specialisten in umc's over de hele linie aanmerkelijk lager dan die van de vrijgevestigde medisch specialisten, ook de prikkel om veel zorg te leveren die direct inkomsten oplevert voor de beroepsbeoefenaar zelf, ontbreekt bij de specialist in loondienst. Met het van toepassing verklaren van de WNT op de medisch specialisten in loondienst wordt het verschil in inkomen tussen hen en de vrijgevestigde medisch specialisten verder vergroot, terwijl het altijd het streven is geweest, zowel van de NFU als van VWS, om dit verschil weg te nemen. De omvang van het verschil in inkomen en de onwenselijkheid daarvan moet een belangrijk onderdeel zijn van de overwegingen bij verdere maatregelen met betrekking tot de positie en inkomens van medisch specialisten en in het bijzonder bij de invoering van de WNT voor medisch specialisten.

In de komende jaren zal de curatieve zorg zich ontwikkelen door de verdere vorming van netwerken, waarbinnen specialisatie en concentratie plaats zal vinden. Binnen deze netwerken werken umc's en algemene ziekenhuizen samen met andere zorgaanbieders. Door deze ontwikkeling en samenwerkingsverbanden zal de overgang van zorgactiviteiten van de ene naar de andere zorgaanbieder versterkt plaatsvinden. Daarmee zal ook de mobiliteit van medewerkers groter worden. Reeds lange tijd dringt de NFU aan op het uniformeren van pensioenen. In het zorgakkoord is een verantwoorde loonontwikkeling afgesproken, waarbij een deel van de vermindering overheidsbijdrage voor arbeidskostenontwikkeling (ova) wordt aangewend om de overgang van de umc's van het ABP naar het PFZW te faciliteren, en zo een level playing field te creëren. Het LOAZ (cao tafel umc's) is in overleg met beide pensioenfondsen om de pensioenovergang naar het pensioenfonds voor de zorg zo snel als mogelijk te realiseren. De overgang is voor de NFU noodzakelijk om de zeer gematigde loonontwikkeling die in het zorgakkoord is overeengekomen te realiseren.

WHW

In de afgelopen jaren hebben de umc's zich als entiteit bewezen. De samenvoeging van faculteit en academisch ziekenhuis wordt in vele landen gezien als een succesvol voorbeeld voor de organisatie van complexe zorg, onderwijs, opleidingen en onderzoek. Ook in Nederland is "het umc" een niet meer weg te denken begrip en merk in de curatieve zorg. Hoewel hier en daar de nostalgische term "academisch ziekenhuis" nog wordt gebruikt is deze naam toch vooral een term uit het verleden. Het klemmt steeds meer dat het umc geen formele basis in de WHW heeft. In formele relaties moet nog immer worden gewerkt met de onderscheiden termen van academisch ziekenhuis en

faculteit geneeskunde. In contractuele relaties, waar het umc die wenst aan te gaan, is dat complicerend. Dit geldt vooral in internationale relaties. Waar de andere partij denkt een relatie aan te gaan met het umc, vergt het veel tekst en uitleg om het construct van umc/faculteit geneeskunde/academisch ziekenhuis juridisch toe te lichten. Om deze reden is opname van het umc in de WHW een logische volgende stap in de ontwikkeling naar umc's.

Opname in de WHW dient zorgvuldig te gebeuren om de verantwoordelijkheden van de universiteit bijvoorbeeld met betrekking tot de toekenning van diploma's en leerstoelen en de relatie met de universiteit goed te blijven verankeren, maar is desalniettemin noodzakelijk.

Transparantie

De NFU is in de tweede helft van 2012 gestart met het programma Robijn. Dit programma heeft tot doel het integraal transparant maken van kosten en opbrengsten van de publieke functies van de umc's (toppreferente zorg, innovatie en ontwikkeling van zorg, medisch onderwijs en -onderzoek en medische opleidingen). De uitkomst van Robijn kan de basis vormen voor de kostenonderbouwing van de beschikbaarheidsbijdrage academische component. De NFU wil deze onderbouwing in de tweede helft van 2014 aan de minister van VWS aanbieden.

Om dit te realiseren stelt de NFU voor om in samenspraak met de NZa en VWS een programma in te richten waarbij in de tweede helft van 2013 een definitie/afbakening wordt gegeven van de toppreferente functies en de innovatie zoals die met de academische component dienen te worden bekostigd. Er is een grote samenhang met de eerder in dit schrijven aangestipte onderdelen: zorgzwaarte en outlierbekostiging.

Vervolgens zal in 2014 een kostenonderbouwing worden gegeven. Deze kostenonderbouwing is gebaseerd op de afbakening zoals die eind 2013 wordt opgeleverd en gaat uit van kosten van zeer complexe patiëntenzorg in umc's, innovatie en de daarvoor noodzakelijke infrastructuur. Bij de onderbouwing van de kosten wordt het AvL/NKI, als ontvanger van de academische component betrokken.

De afbakening van de toppreferente functies en innovatie is erop gericht het onderscheid te verklaren tussen de umc's en hun academische functie met de algemene (topklinische) ziekenhuizen. De topklinische ziekenhuizen voeren in Nederland een belangrijk deel van de complexe behandelingen uit. De hiervoor benodigde infrastructuur en de kosten van deze zorg zijn noodzakelijke onderdelen van het pakket en worden betaald door de zorgverzekeraars. De afspraken met de zorgverzekeraars moeten deze zorg adequaat kunnen compenseren.

Met vriendelijke groet

Guy Peeters