

Vergaderjaar 2019–2020

**32 864**

## **Academische zorg**

### **Nr. 11**

Ontvangen ter Griffie op 9 december 2019.  
Het besluit tot het doen van een aanwijzing  
kan niet eerder worden genomen dan op  
8 januari 2020.

### **BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 9 december 2019

Met deze brief kondig ik aan voornemens te zijn op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) een aanwijzing te geven aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de inzet van het instrument beschikbaarheidsbijdrage als bedoeld in artikel 56a van de Wmg. De aanwijzing ziet op de in deze voorhangbrief omschreven bekostiging van kapitaallasten voor academische zorg voor umc's in het kader van de hervorming van de beschikbaarheidsbijdrage voor academische zorg die betrekking heeft op medisch specialistische zorg. Over die hervorming heb ik de NZa op 26 september 2019 een aanwijzing gegeven.<sup>1</sup> Daarover heb ik u op 29 april 2019 geïnformeerd.<sup>2</sup>

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 dat artikel zal tot het geven van deze aanwijzing niet eerder worden overgegaan dan nadat dertig dagen zijn verstreken na verzending van deze brief.

### **Aanleiding**

Bij brief aan beide Kamers der Staten-Generaal van 29 april 2019 heb ik bericht over mijn voornemen de NZa een aanwijzing te geven met betrekking tot hervorming van de beschikbaarheidsbijdrage voor academische zorg vanaf 2020. 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,

<sup>1</sup> *Stcr.* 2019, nr. 53867.

<sup>2</sup> Kamerstuk 32 864, nr. 6.

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 (afschrijvingskosten en rentekosten) van zorgaanbieders die zijn belast met publieke taken kan een compensatie nodig zijn in aanvulling op de opbrengsten uit in rekening gebrachte tarieven voor die zorg. De publieke taken bestaan uit topreferente en innovatieve zorg, wetenschappelijk onderwijs, onderzoek en de opleiding van medisch specialisten. De Staat der Nederlanden, vertegenwoordigd door de Ministers van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), heeft in 2003 met de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU) een convenant gesloten, het convenant Decentrale Huisvesting Academische Ziekenhuizen (DHAZ). De NFU vertegenwoordigt de acht umc's in Nederland. Hieronder licht ik toe waarom een aanpassing van de kapitaallastebekostiging voor umc's per 1 januari 2020 noodzakelijk is.

### **Achtergrond beleid umc's**

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 (OCW) rechtstreeks bekostigde academische ziekenhuizen. Sinds de overgang van de bekostiging van umc's naar het Ministerie van VWS 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 vergoeding voor kapitaallasten van de normale zorgproductie verloopt via zowel de gereguleerde als de vrij onderhandelbare tarieven die voor geleverde zorg bij zorgverzekeraars en of patiënten in rekening worden gebracht. De kapitaallasten voor publieke taken worden aanvullend bekostigd met een beschikbaarheidsbijdrage en niet volledig 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 zorgaanbieders uit de markt prijzen.

### **Bekostiging kapitaallasten umc's tot en met 2012**

In het convenant DHAZ uit 2003 zijn afspraken gemaakt over de maximale hoogte van de vergoeding van investeringen voor kapitaallasten van umc's per jaar. Op grond van dit convenant, konden de umc's beschikken over een jaarlijks investeringskader (voor instandhoudinginvesteringen en vervangende nieuwbouw). Jaarlijks stuurde de NFU een voorstel voor de verdeling van de beschikbare middelen aan de Ministers van VWS en OCW. De Ministers namen op basis daarvan een beslissing over de voorgestelde verdeling. De Minister van OCW stelde 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 werd uitgekeerd. Dat bedrag kwam ten laste van de begroting van OCW. Het aandeel van de Minister van VWS kwam ten laste van de Zorgverzekeringswet. De Minister van VWS gaf tot 2012 de NZa 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 verantwoordden de besteding van het DHAZ-kader in hun jaarrekening. De verhouding 75% VWS versus 25% OCW ligt vast in het convenant DHAZ.

## **Bekostiging kapitaallasten umc's vanaf 2013 tot heden**

Ziekenhuizen bekostigen hun kapitaallasten die samenhangen met reguliere zorgproductie sinds de invoering van prestatiebekostiging volledig uit de tarieven. Door de afschaffing van de budgetsystematiek was er 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. Dit is ondervangen door vanaf 2013 via een uitkering van een kapitaallastenvergoeding voor het publieke taken deel via het instrument beschikbaarheidsbijdrage. Dat instrument is in de Wet marktordening gezondheidszorg opgenomen.<sup>3</sup> De huidige situatie 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.<sup>4</sup>

De beschikbaarheidsbijdrage voor kapitaallasten academische zorg (BBKAZ) wordt momenteel ambtshalve aan de umc's toegekend door de NZa. Het beschikbare bedrag wordt naar rato van de verhouding van de BBAZ verdeeld. De umc's brengen de bijdrage in rekening bij Zorginstituut Nederland. Het Zorginstituut betaalt de umc's uit het Zorgverzekeringsfonds, zonder tussenkomst van de zorgverzekeraars.

## **Bekostiging kapitaallasten per 1 januari 2020**

De acht umc's geven er met elkaar de voorkeur aan om de oorspronkelijke verhouding van de kapitaallasten zoals ooit ten tijde van de opstelling van het convenant DHAZ als basis is vastgesteld te gebruiken voor de verdeling per 1 januari 2020 tot en met 31 december 2023. Hierbij zijn destijds de geprognosticeerde investeringen als basis gebruikt voor de vergoeding van een deel van de kapitaallasten. Deze voorgestelde verdeling wijkt af van de huidige verdeling van de kapitaallasten BBAZ. De huidige verdeling van de kapitaallasten is afhankelijk van de hoogte van de BBAZ. Dat zal in de toekomst, vanaf 1 januari 2020, niet meer zo zijn. De reden om aan te sluiten bij het convenant DHAZ is om de vergoedingen die zien op kapitaallasten meer in relatie te brengen met de te verwachten kosten als gevolg van de geprognosticeerde instandhouding-investeringen en vervangende nieuwbouw bij de umc's. Jaarlijks zal daarom de beschikbaarheidsbijdrage voor kapitaallastenacademischezorg voor de umc's in gelijke stappen worden verhoogd tot aan het verwachte structurele eindniveau in 2023. Voor 2020 wordt verwacht dat de NZa een bedrag van € 40.252.972 verdeeld over de umc's. De jaarlijkse stap die erbij komt, prijspeil 2020, bedraagt € 45.804. De BBKAZ inclusief de jaarlijkse stap wordt elk jaar geïndexeerd met de materiële index. Deze verdeling geldt voor de jaren 2020, 2021, 2022 en 2023. In deze vier jaren zal door de gezamenlijke umc's en de NFU een evaluatie van de verdeling worden uitgevoerd. Deze evaluatie zal tijdig worden gestart, zodat, op basis van die evaluatie, voor de periode na 2023 mogelijk een nieuw voorstel aan het Ministerie van VWS en de NZa kan worden gedaan.

Het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis (AvL) is niet betrokken bij het convenant DHAZ. Het ontvangt in navolging van het verkrijgen van zijn BBAZ ook een vergoeding voor kapitaallasten op basis van de beschikbaarheidsbijdrage BBKAZ. Dit zal niet wijzigen. Het Prinses Maxima Centrum (PMC) is ook niet betrokken bij het convenant DHAZ. Het ontvangt een vergoeding voor de kapitaallasten voor zover het research

<sup>3</sup> Stcrt. 2012, nr. 26373.

<sup>4</sup> Kamerstuk 26 275, nr. 4.

betreft via de BBAZ, de overige kapitaallasten worden voor deze instelling vergoed via de tarieven.

### **Aanwijzing aan de NZa**

Ik ben voornemens de NZa een (vervolg) aanwijzing te geven waarbij de berekening van de kapitaallasten voor academische zorg voor umc's en de verlening en vaststelling van een beschikbaarheidsbijdrage daarvoor gebeurt op basis van de geprognosticeerde investeringen voor kapitaallasten als bedoeld in mijn hiervoor genoemde aanwijzing. Omdat de basis en berekeningswijze van de geprognosticeerde beschikbaarheidsbijdrage kapitaallasten voor iedere umc nagenoeg bekend zijn stelt de NZa de BBKAZ voor umc's ambtshalve vast. Dit geldt ook voor het AvL.

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

De Minister voor Medische Zorg,  
B.J. Bruins