

Vergaderjaar 2019–2020

32 864

Academische zorg

Nr. 12

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 10 maart 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister voor Medische Zorg over de brief van 9 december 2019 over de beschikbaarheidsbijdrage kapitaallasten academische zorg umc's (Kamerstuk 32 864, nr. 11).

De vragen en opmerkingen zijn op 24 januari 2020 aan de Minister voor Medische Zorg voorgelegd. Bij brief van 9 maart 2020 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,
Bakker

Inhoudsopgave

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 leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de brief over de beschikbaarheidsbijdrage kapitaallasten academische zorg universitair medische centra (umc's). Zij hebben hierover nog enkele vragen. Kan de Minister toelichten wat de verwachte kosten als gevolg van de geprognosticeerde instandhoudingsinvesteringen en vervangende nieuwbouw bij umc's zullen zijn? Kan voorts worden toegelicht of de bedragen die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vanaf 2020 in stappen aan de umc's toebedeelt, kostendekkend zullen zijn?

De Minister schrijft dat er voor 2020 een bedrag van € 40.252.972 door de NZa wordt verdeeld over de umc's. Kan worden toegelicht welk bedrag er is gereserveerd voor 2020 voor de beschikbaarheidsbijdrage voor het Antoni van Leeuwenhoek (AvL) en het Prinses Maxima Centrum (PCM)? Deze ziekenhuizen zijn geen umc's, maar ontvangen wel een beschikbaarheidsbijdrage. Daar zijn de leden van de VVD-fractie het mee eens; deze ziekenhuizen verrichten namelijk ook onderzoek en leveren topreferente zorg. Kan de Minister toelichten of er ziekenhuizen zijn die wellicht in de (nabije) toekomst ook voor een beschikbaarheidsbijdrage in aanmerking gaan komen? Zo ja, welke?

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van het voornemen van de Minister om de NZa een aanwijzing te geven over de inzet van het instrument beschikbaarheidsbijdrage voor de bekostiging van kapitaallasten voor academische zorg voor umc's. Deze leden hebben hier nog een enkele vraag bij.

Zij vragen of het vastgoed van de umc's op een eenduidige wijze gewaardeerd wordt. Wordt het vastgoed daarnaast door een en dezelfde organisatie gewaardeerd? Welke verschillen zijn er in de staat van het vastgoed? De huidige verdeling van kapitaallasten is afhankelijk van de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg (BBAZ). Umc's geven aan de oorspronkelijke verdeling te willen gebruiken. De leden van de CDA-fractie vragen voor wie dat voordelig is en waarom dat het geval is. Kan de Minister een overzicht geven van de verschillen in percentages? Genoemde leden vragen wie ten koste van wie betaalt, met betrekking tot vervangende nieuwbouw. Deze leden vragen tevens waarop vervangende nieuwbouw is gebaseerd (zoals aantallen studenten en samenwerkingen).

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister voor Medische Zorg over de beschikbaarheidsbijdrage kapitaallasten academische zorg umc's. Bij het lezen van de brief misten de genoemde leden een nadere toelichting op de keuze om destijds in 2013 een andere bekostigingswijze van deze kapitaallasten door te voeren en nu per 2020 weer over te gaan op de oorspronkelijke verdeling. Zij hebben mede daarom nog enkele vragen voor de Minister.

De leden van de D66-fractie begrijpen dat de publieke taken van academische ziekenhuizen bestaan uit topreferente en innovatieve zorg, wetenschappelijk onderwijs, onderzoek en de opleiding van medisch

specialisten. Hoe zijn de kapitaallasten van de academische ziekenhuizen (gezamenlijk) relatief en absoluut over deze verschillende publieke taken verdeeld?

Genoemde leden lezen voorts dat de kapitaallasten voor publieke taken aanvullend worden bekostigd met een beschikbaarheidsbijdrage en niet volledig uit de tarieven voor de zorgproductie. Dit lijkt te impliceren dat de umc's hun publieke taken wel deels moeten bekostigen uit de tarieven voor zorgproductie. Genoemde leden vragen of dit klopt. Gaat het dan slechts om de tarieven voor de productie van topreferente en innovatieve zorg, of ook om tarieven voor productie van andere zorg? In hoeverre is er aldus werkelijk sprake van een *level playing field* voor umc's ten opzichte van algemene ziekenhuizen voor wat betreft de kapitaallasten die samenhangen met de (reguliere) zorgproductie?

De leden van de D66-fractie ontvangen voorts graag nadere toelichting van de Minister op de keuze om in 2013 een andere bekostigingswijze van de kapitaallasten voor publieke taken van umc's door te voeren, en nu per 2020 weer aan te knopen bij de oorspronkelijke verdeling van voor 2013, overeenkomstig het oude Decentrale Huisvesting Academische Ziekenhuizen (DHAZ)-kader. Om welke redenen geven de acht umc's er nu 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? Liggen hier (absolute) financiële motieven aan ten grondslag, of waren zij het bijvoorbeeld oneens met de onderlinge verdeling van de bijdrage? Genoemde leden lezen in de brief over de situatie tot 2020 het volgende: «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.» Als dit inderdaad zo is, waarom heeft de Minister nu dan toch besloten de verdeling van de vergoeding voor de kapitaallasten te wijzigen? Ligt dit puur aan de voorkeur van de umc's zelf? Waarom is ervoor gekozen de kapitaallasten per 1 januari 2020 niet langer afhankelijk te laten zijn van de hoogte van de BBAZ? Wat was de ratio om deze koppeling vanaf 2013 wel te maken? Waarom is destijds niet gelijk gekozen om aan te sluiten bij de oude verdeling, gebaseerd op het DHAZ-convenant? Klopt het dat de umc's de komende jaren relatief veel zullen moeten investeren in vervangende nieuwbouw en de instandhoudinginvesteringen? Zo ja, speelt dit een rol in de thans gemaakte keuze? Tot slot vernemen de leden van de D66-fractie graag hoe de hoogte van de nieuwe beschikbaarheidsbijdrage voor kapitaallasten academische zorg zich verhoudt tot de bijdrage in de jaren hiervoor.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief en hebben hierover de volgende vragen. In een eerdere inbreng over deze beschikbaarheidsbijdrage¹ constateerden deze leden dat er door de gewijzigde beschikbaarheidsbijdrage kapitaallasten academische zorg naast de UMC's en het Antoni van Leeuwenhoek nu ook andere partijen (het PMC) in aanmerking kwamen voor deze beschikbaarheidsbijdrage. Tegelijkertijd constateerden deze leden dat de beschikbare middelen voor de beschikbaarheidsbijdrage niet (structureel) zouden worden verhoogd. In de beantwoording geeft de Minister inderdaad aan dat «er eenmalig een extra bedrag wordt toegevoegd aan de beschikbare financiële middelen». Betekent dit dat voor volgend jaar de beschikbare financiële middelen dus lager uitvallen en betekent dit daarmee dat er per in aanmerking voor een beschikbaarheidsbijdrage komende instelling vanaf volgend jaar een lager

¹ Kamerstuk 32 864, nr. 7

bedrag beschikbaar zal zijn? Wat betekent dit voor de betreffende instellingen en waarom wordt er gekozen voor een eenmalige toevoeging?

In voorliggende brief staat «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». Het lijkt de leden van de SP-fractie logisch dat deze instellingen voor deze publieke taken een beschikbaarheidsbijdrage ontvangen. Eerder deden genoemde leden het voorstel om het vastgoed van ziekenhuizen te deprivatiseren. Graag horen zij waarom hier niet voor wordt gekozen, ook/juist om zo de uitvoering van publieke taken te beschermen.

II Reactie van de Minister

Ik heb de beantwoording van de vragen per fractie ingedeeld en een nummering aangebracht in de vragen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

1.

Kan de Minister toelichten wat de verwachte kosten als gevolg van de geprognosticeerde instandhoudingsinvesteringen en vervangende nieuwbouw bij umc's zullen zijn? Kan voorts worden toegelicht of de bedragen die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vanaf 2020 in stappen aan de umc's toebedeelt, kostendekkend zullen zijn?

Antwoord

Umc's zijn zelf verantwoordelijk voor hun businessplan omtrent geplande nieuwbouw/verbouw en instandhouding. Ten tijde van de totstandkoming van het DHAZ-convenant is een prognose gegeven voor 40 jaren (tot en met 2043).² Van deze prognose is in de tussentijd geen update gemaakt of beschikbaar gesteld aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) of de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Een betere inschatting dan omschreven in de voorhangbrief³ is niet te geven. Aangezien de beschikbaarheidsbijdrage voor kapitaallasten van umc's een maximumbedrag is, is het voor de zorgaanbieders een kader waarbinnen de investeringen plaats moeten vinden. Het is aan de zorgaanbieder om met dit gegeven kader kostendekkend te investeren. De NZa of VWS heeft geen signalen ontvangen dat dit niet mogelijk zou zijn. De jaarlijkse stappen zijn bedoeld om toe te groeien naar de situatie waarbij er in die situatie met de beschikbaarheidsbijdrage de volledige twintig jaar (vanaf 2003) aan kapitaallasten voor de investeringen voor de publieke functies wordt bekostigd (bij een afschrijvingstermijn van 5%=20 jaar). Op basis van de prognoses uit 2003, die de umc's nog steeds de beste nadering van de te verwachten realisatie vinden, wordt verwacht dat deze methodiek kostendekkend zal zijn.

2.

De Minister schrijft dat er voor 2020 een bedrag van € 40.252.972 door de NZa wordt verdeeld over de umc's. Kan worden toegelicht welk bedrag er is gereserveerd voor 2020 voor de beschikbaarheidsbijdrage voor het

² 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.

³ Kamerstuk 32 864, nr. 11.

Antoni van Leeuwenhoek (AvL) en het Prinses Maxima Centrum (PCM)? Deze ziekenhuizen zijn geen umc's, maar ontvangen wel een beschikbaarheidsbijdrage. Daar zijn de leden van de VVD-fractie het mee eens; deze ziekenhuizen verrichten namelijk ook onderzoek en leveren topreferente zorg.

Antwoord

Het genoemde bedrag betreft de beschikbaarheidsbijdrage voor de kapitaallasten die samenhangen met het leveren van academische zorg door umc's (BBKAZ). Het PMC ontvangt geen BBKAZ, maar krijgt een integrale beschikbaarheidsbijdrage voor topreferente zorg via de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg (BBAZ) waarin de kapitaallasten zijn meegenomen. Voor het Antoni van Leeuwenhoek (AVL) verandert er niets. Het AVL ontvangt op basis van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg een kostendekkende vergoeding voor de kapitaallasten die samenhangen met het leveren van topreferente zorg. De verantwoordelijkheid voor het per zorgaanbieder vaststellen van (de hoogte van) de beschikbaarheidsbijdrage voor kapitaallasten ligt bij de NZa. Ik ben voornemens om de NZa op 13 maart 2020 de aanwijzing toe te sturen zodat zij vervolgens haar beleidsregels voor de BBKAZ kan vaststellen.

3.

Kan de Minister toelichten of er ziekenhuizen zijn die wellicht in de (nabije) toekomst ook voor een beschikbaarheidsbijdrage in aanmerking gaan komen? Zo ja, welke?

Antwoord

Om in aanmerking te komen voor een beschikbaarheidsbijdrage academische zorg moeten ziekenhuizen aan alle drie de toelatingscriteria voldoen, zoals omschreven in de Aanwijzing hervorming beschikbaarheidsbijdrage academische zorg.⁴ De BBKAZ is gebonden aan het DHAZ convenant en derhalve alleen beschikbaar voor umc's. Om de instandhoudingsinvestering voor academische zorg te kunnen realiseren zijn de umc's langlopende financiële verplichtingen aangegaan, waardoor het nagenoeg onmogelijk is dit kostenniveau te beïnvloeden. Dat brengt met zich dat het totaal te verdelen bedrag voor umc's niet over meer partijen kan worden verdeeld zonder dat de umc's minder vergoeding zullen ontvangen om aan hun verplichtingen te voldoen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

1.

Zij vragen of het vastgoed van de umc's op een eenduidige wijze gewaardeerd wordt. Wordt het vastgoed daarnaast door een en dezelfde organisatie gewaardeerd? Welke verschillen zijn er in de staat van het vastgoed?

Antwoord

De wijze van waardering van vastgoed volgt uit de regels voor de jaarverslaggeving. Het vastgoed wordt door de zorgaanbieders zelf gewaardeerd in de jaarrekening. Er bestaat geen derde partij die dat voor hen doet. Toetsing vindt plaats door een externe accountant. Over de staat van het vastgoed bij de verschillende umc's bestaat geen duidelijk beeld bij het Ministerie van VWS of de NZa. Het is de verantwoordelijkheid van de umc's zelf die staat bij te houden. Aangezien de umc's in verschillende

⁴ *Stcrt.* 2019, nr. 53867.

perioden zijn gebouwd, zullen hierdoor verschillende inspanningen met betrekking tot het onderhoud worden gevraagd. De meeste umc's hebben lange termijn onderhoudsplannen, waarbij afhankelijk van het jaar van nieuwbouw de benodigde renovaties en onderhoudswerkzaamheden zijn gepland. Deze onderhoudsplannen zijn onderdeel van de DHAZ-systematiek en daarmee ook van de BBKAZ.

Zoals ik in mijn Kamerbrief van 4 februari 2020 (*Kamerstuk* 31 016, nr. 279) heb aangegeven zal ik, mede in het kader van de motie van het lid Van den Berg (*Kamerstuk* 34 767, nr. 47), de komende periode nader onderzoek laten doen naar mogelijke knelpunten rond de eenduidige waardering van zorgvastgoed en u hier voor de begrotingsbehandeling 2021 over informeren.

2.

De huidige verdeling van kapitaallasten is afhankelijk van de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg (BBAZ). Umc's geven aan de oorspronkelijke verdeling te willen gebruiken. De leden van de CDA-fractie vragen voor wie dat voordelig is en waarom dat het geval is. Kan de Minister een overzicht geven van de verschillen in percentages?

Antwoord

Het is de bedoeling dat ieder umc een beschikbaarheidsbijdrage voor kapitaallasten krijgt die past bij de uitvoering van de opgedragen publieke taken waarvoor een beschikbaarheidsbijdrage academische zorg wordt verkregen. De beschikbaarheidsbijdrage voor kapitaallasten wordt vastgesteld op grond van de voornoemde staat van onderhoud en plannen en leidt met voornoemd uitgangspunt tot volgende verschuiving ten opzichte van de huidige verdeling:

	UMCG	Radboud	UMCU	AMC	VUMC	LUMC	Erasmus	MUMC
In procenten	8%	-14%	17%	11%	2%	-13%	-21%	37%

3.

Genoemde leden vragen wie ten koste van wie betaalt, met betrekking tot vervangende nieuwbouw. Deze leden vragen tevens waarop vervangende nieuwbouw is gebaseerd (zoals aantallen studenten en samenwerkingen).

Zoals in het vorige antwoord al is aangegeven is het de bedoeling dat ieder umc een beschikbaarheidsbijdrage voor kapitaallasten krijgt die past bij de uitvoering van de opgedragen publieke taken waarvoor een beschikbaarheidsbijdrage academische zorg wordt verkregen. De beschikbaarheidsbijdrage voor kapitaallasten wordt vastgesteld op grond van de voornoemde staat van onderhoud en plannen en leidt tot een juiste onderlinge verdeling van de middelen die beschikbaar zijn. De BBKAZ is een beschikbaarheidsbijdrage voor kapitaallasten die noodzakelijk zijn om de umc's in staat te stellen de academische zorg te leveren en te garanderen (last resort). De kapitaallasten voor de werkplaatsfunctie ten behoeve van de faculteit van de umc's worden nog steeds op basis van de DHAZ-systematiek vergoed door het Ministerie van OCW. Investerings in renovatie en nieuwbouw in de medisch specialistische zorg zijn zelfstandige beslissingen van de ziekenhuizen en umc's. De onderhoudskosten en afschrijvingen worden betaald uit de tarieven die bij de zorgverzekeraars in rekening worden gebracht. Deels op basis van vrije prijsonderhandelingen, deels op basis van gereguleerde tarieven en deels uit het kapitaaldeel in beschikbaarheidsbijdragen. De planning en besluitvorming van nieuwbouw van een umc is een complex en langdurig proces. De keuzes worden gemaakt op basis van uitvoerig onderzoek naar, onder meer, lange termijn ontwikkelingen in de zorg, het onderwijs en het onderzoek, alsmede naar de mogelijkheden van de locatie en de bereidheid van financiers te voorzien in de benodigde middelen.

4. Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

1.

De leden van de D66-fractie begrijpen dat de publieke taken van academische ziekenhuizen bestaan uit topreferente en innovatieve zorg, wetenschappelijk onderwijs, onderzoek en de opleiding van medisch specialisten. Hoe zijn de kapitaallasten van de academische ziekenhuizen (gezamenlijk) relatief en absoluut over deze verschillende publieke taken verdeeld?

Antwoord

De verdeling van de kapitaallasten over de genoemde taken is niet precies te bepalen, omdat er sprake is van geïntegreerde bedrijfsvoering. Medisch specialisten voeren, binnen hun functie, de vijf kerntaken van de umc's, (topreferente) patiëntenzorg, onderwijs, onderzoek, opleiding en innovatie) uit. Dat betekent dat ook het gebruik van ruimten, veelal, tegelijkertijd, voor deze taken wordt, gebruikt. Een medisch specialist in een umc behandelt een patiënt, die vaak is betrokken in een onderzoek naar die behandeling, terwijl de behandeling ook onderdeel is van het onderwijs aan studenten (coassistenten) en de opleiding van gespecialiseerde zorgprofessionals (zoals aio's en gespecialiseerde verpleegkundigen).

2.

Genoemde leden lezen voorts dat de kapitaallasten voor publieke taken aanvullend worden bekostigd met een beschikbaarheidsbijdrage en niet volledig uit de tarieven voor de zorgproductie. Dit lijkt te impliceren dat de umc's hun publieke taken wel deels moeten bekostigen uit de tarieven voor zorgproductie. Genoemde leden vragen of dit klopt. Gaat het dan slechts om de tarieven voor de productie van topreferente en innovatieve zorg, of ook om tarieven voor productie van andere zorg?

Antwoord

De publieke taken en zorgproductie zijn niet zodanig van elkaar te scheiden dat een onderscheid gemaakt kan worden in het vastgoed dat daarvoor wordt gebruikt. Zie ook het antwoord op de eerste vraag van de leden van de D66-fractie. Daardoor zijn ook de kosten voor het in stand houden van vastgoed voor die publieke taken en de zorgproductie niet scherp af te bakenen. Bovendien wordt bij het ontvangen van inkomsten uit het in rekening brengen van tarieven voor zorg geen onderscheid gemaakt naar topreferente, innovatieve of «andere» zorg. Daarom vindt een inschatting van de kosten voor het vastgoed voor de uitvoering van publieke taken plaats op basis van het DHAZ en is het niet uitgesloten dat de kapitaallasten voor die publieke taken deels worden gefinancierd uit opbrengsten uit «andere» zorg.

3.

In hoeverre is er aldus werkelijk sprake van een level playing field voor umc's ten opzichte van algemene ziekenhuizen voor wat betreft de kapitaallasten die samenhangen met de (reguliere) zorgproductie?

Antwoord

De beschikbaarheidsbijdrage moet worden beschouwd als een compensatie aan de umc's van de door de overheid opgedragen publieke taken. Die beschikbaarheidsbijdrage moet voldoende zijn om die publieke taken te kunnen uitvoeren. De beschikbaarheidsbijdrage mag niet zodanig zijn dat

sprake is van onrechtmatige staatssteun. Daarom is bij de totstandkoming van het DHAZ-convenant kritisch gekeken naar de middelen die beschikbaar moeten worden gesteld om die publieke taken te kunnen vervullen. De insteek voor het verstrekken van een beschikbaarheidsbijdrage voor de kapitaallasten voor publieke taken van umc's zou met de criteria «niet te veel» en «niet te weinig» tot gevolg moeten hebben dat umc's niet bevoordeeld worden boven algemene ziekenhuizen. De kapitaallasten die samenhangen met de reguliere zorgproductie moeten worden bekostigd uit de opbrengst van de in rekening gebrachte tarieven voor die productie, net als bij andere ziekenhuizen.

4.

De leden van de D66-fractie ontvangen voorts graag nadere toelichting van de Minister op de keuze om in 2013 een andere bekostigingswijze van de kapitaallasten voor publieke taken van umc's door te voeren, en nu per 2020 weer aan te knopen bij de oorspronkelijke verdeling van voor 2013, overeenkomstig het oude Decentrale Huisvesting Academische Ziekenhuizen (DHAZ)-kader. Om welke redenen geven de acht umc's er nu 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? Liggen hier (absolute) financiële motieven aan ten grondslag, of waren zij het bijvoorbeeld oneens met de onderlinge verdeling van de bijdrage?

Antwoord

Voorafgaand aan de keuze van de Minister voor een bekostigingswijze van kapitaallasten heeft de NZa advies uitgebracht over het convenant DHAZ. Op grond van dit convenant, dat geldt sinds 2004, konden en kunnen de umc's beschikken over een jaarlijks investeringskader (voor instandhouding-investeringen en vervangende nieuwbouw). In dat advies was echter geen rekening gehouden met de middelen die waren toegekend in het kader van de systematiek op grond van de regeling Planning Bouwvolume Academische ziekenhuizen (de zogenoemde PBA-middelen). Dat was een investeringskader van de umc's voor planning en bouw geldend voorafgaand aan het DHAZ. Om te voorkomen dat een beschikbaarheidsbijdrage zou moeten worden vastgesteld alleen op basis van DHAZ terwijl voor hetzelfde al PBA-middelen waren toegekend, is het advies van de NZa over DHAZ wel gevolgd, maar met dien verstande dat daarbij expliciet rekening gehouden moest worden met de toegekende PBA-middelen. Bij de invoering van de beschikbaarheidsbijdrage kapitaallasten academische zorg in 2013 was de gedachte dat er een normatieve relatie zou bestaan tussen de uitgevoerde publieke taken in het kader van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg en de daarmee gemoeid gaande kapitaallasten. In het kader van de beëindiging van het bouwregime op basis van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de overgang naar prestatiebekostiging werd in de tarieven voor reguliere zorg immers ook een normatieve component opgenomen voor kapitaallasten. Gebleken is dat de huidige normatieve verdeling van de kapitaallastenvergoeding (naar rato van het aandeel in de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg) leidt tot een verdeling van kapitaallastenvergoeding tussen umc's die geen recht doet aan het in de antwoorden op de vragen 2 en 3 van deze fractie geformuleerde uitgangspunt. In overleg met de umc's is derhalve besloten om in de nieuwe situatie aan te sluiten bij het convenant DHAZ, zodat de vergoedingen die zien op kapitaallasten voor academische zorg meer in relatie worden gebracht met de te verwachten kosten als gevolg van de verwachte instandhouding-investeringen en vervangende nieuwbouw bij de individuele umc's. De omvang van de beschikbaarheidsbijdrage kapitaallasten speelt bij deze keuze hierbij geen rol: de omvang

blijft op totaalniveau voor alle umc's gezamenlijk ongewijzigd (zie hiervoor het antwoord op vraag 9).

5.

Genoemde leden lezen in de brief over de situatie tot 2020 het volgende: «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.» Als dit inderdaad zo is, waarom heeft de Minister nu dan toch besloten de verdeling van de vergoeding voor de kapitaallasten te wijzigen? Ligt dit puur aan de voorkeur van de umc's zelf?

Antwoord

Zoals hiervoor is geschetst levert de huidige methodiek onzekerheid op voor de umc's als de compensatie voor kapitaallasten voor publieke taken geënt wordt op het aandeel in de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg die bovendien pas een jaar later wordt vastgesteld. Die financiële onzekerheid heeft als ongewenst effect dat investeringen en innovaties worden uitgesteld. Belangrijk is dat zo snel mogelijk zicht is op de omvang van zorgkosten. De terugkeer naar de DHAZ-verdelingsmethodiek heeft dus voordelen voor alle betrokken partijen. Voor de umc's als totaal is met de BBAZ en de BBKAZ een onderling level playing field gecreëerd.

6.

Waarom is ervoor gekozen de kapitaallasten per 1 januari 2020 niet langer afhankelijk te laten zijn van de hoogte van de BBAZ?

Antwoord

Zie hiervoor het antwoord op de vragen 3 en 4.

7.

Wat was de ratio om deze koppeling vanaf 2013 wel te maken? Waarom is destijds niet gelijk gekozen om aan te sluiten bij de oude verdeling, gebaseerd op het DHAZ-convenant?

Antwoord

Zie hiervoor het antwoord op de vragen 4 en 5.

8.

Klopt het dat de umc's de komende jaren relatief veel zullen moeten investeren in vervangende nieuwbouw en de instandhoudingsinvesteringen? Zo ja, speelt dit een rol in de thans gemaakte keuze?

Antwoord

De NZa gaat ervan uit dat de prognoses die de umc's via de NFU aan het Ministerie van VWS of de NZa levert nog up to date zijn of in ieder geval voldoen. Dit zijn in ieder geval de meest recente cijfers om een antwoord op de vraag te kunnen geven.

9.

Tot slot vernemen de leden van de D66-fractie graag hoe de hoogte van de nieuwe beschikbaarheidsbijdrage voor kapitaallasten academische zorg zich verhoudt tot de bijdrage in de jaren hiervoor.

Antwoord

De totale omvang van beschikbaarheidsbijdrage voor kapitaallasten voor umc's blijft gelijk. De verdeling tussen de umc's wordt anders. De bijdrage voor kapitaallasten is gelijk aan deze bijdrage in voorgaande jaren, met dien verstande dat door de NZa een berekening is gemaakt van de noodzakelijke duurzame hoogte van deze bijdrage. Die berekening brengt met zich dat deze beschikbaarheidsbijdrage tot 2023 jaarlijks met circa € 40.000 euro wordt verhoogd. Daarnaast wordt de BBKAZ conform de reguliere systematiek van de beschikbaarheidsbijdragen jaarlijks geïndexeerd.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

1.

In een eerdere inbreng over deze beschikbaarheidsbijdrage⁵ constateerden deze leden dat er door de gewijzigde beschikbaarheidsbijdrage kapitaallasten academische zorg naast de UMC's en het Antoni van Leeuwenhoek nu ook andere partijen (het PMC) in aanmerking kwamen voor deze beschikbaarheidsbijdrage. Tegelijkertijd constateerden deze leden dat de beschikbare middelen voor de beschikbaarheidsbijdrage niet (structureel) zouden worden verhoogd. In de beantwoording geeft de Minister inderdaad aan dat «er eenmalig een extra bedrag wordt toegevoegd aan de beschikbare financiële middelen». Betekent dit dat voor volgend jaar de beschikbare financiële middelen dus lager uitvallen en betekent dit daarmee dat er per in aanmerking voor een beschikbaarheidsbijdrage komende instelling vanaf volgend jaar een lager bedrag beschikbaar zal zijn? Wat betekent dit voor de betreffende instellingen en waarom wordt er gekozen voor een eenmalige toevoeging?

Antwoord

Allereerst moet onderscheid worden gemaakt tussen de beschikbaarheidsbijdrage bedoeld in de Aanwijzing hervorming beschikbaarheidsbijdrage academische zorg en de beschikbaarheidsbijdrage voor kapitaallasten academische zorg zoals bedoeld in de voorhangbrief.⁶ Door aan te sluiten bij het convenant DHAZ worden de vergoedingen die zien op kapitaallasten meer in relatie gebracht 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 kapitaallasten academische zorg 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 verdeelt 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. Het 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 BBAZ. Dit zal niet wijzigen. Het Prinses Máxima Centrum (PMC) is ook niet betrokken bij het convenant DHAZ. Het ontvangt een vergoeding voor de kapitaallasten voor zover het research betreft via de BBAZ, de overige kapitaallasten worden voor deze zorgaanbieders vergoed uit de opbrengsten van in rekening gebrachte tarieven. De middelen en de eenmalige verhoging bedoeld in het «Verslag van een schriftelijk overleg» waarover de geachte leden van de SP-fractie spreken betreffen de beschikbaarheidsbijdrage voor academische zorg voor enkel de umc's. Er

⁵ Kamerstuk 32 864, nr. 7

⁶ Kamerstuk 32 864, nr. 11

vindt dus geen herverdeling plaats, noch is er sprake van een eenmalige toevoeging.

2.

In voorliggende brief staat «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». Het lijkt de leden van de SP-fractie logisch dat deze instellingen voor deze publieke taken een beschikbaarheidsbijdrage ontvangen. Eerder deden genoemde leden het voorstel om het vastgoed van ziekenhuizen te deprivatiseren. Graag horen zij waarom hier niet voor wordt gekozen, ook/juist om zo de uitvoering van publieke taken te beschermen.

Antwoord

Om de uitvoering van publieke taken te garanderen is het niet nodig om de zorgaanbieders die met die uitvoering worden belast te deprivatiseren. Bij umc's lopen die publieke en private taken door elkaar dan wel zijn deze zodanig nauw met elkaar verbonden dat deze in de praktijk niet dan wel slecht van elkaar zijn af te bakenen en daarmee te scheiden. Bovendien mag worden betwijfeld of de bedoelde publieke taken wel afzonderlijk zijn uit te voeren zonder dat ook de andere zorgproductie wordt geleverd.