

32 864 Academische zorg

Nr.

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties de behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister voor Medische Zorg inzake de Beschikbaarheidsbijdrage kapitaallasten academische zorg umc's (Kamerstuk 32 864, nr. 11)

De op 23 januari 2020 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de minister voor Medische Zorg bij brief van ---- 2020 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,
Bakker

- I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties
- II. Reactie van de minister

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 instandhouding-investeringen? 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

1 Kamerstuk 32864, nr. 7.

jaar een lager 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