



Bestuurlijk Akkoord Plan van aanpak ROBIJN

14 maart 2017

Hierbij verklaren de minister van VWS, mevrouw drs. E.I. Schippers en de NFU, hierbij vertegenwoordigd door prof. dr. E.J. Kuipers, voorzitter, dat zij instemmen met de afspraken, doelen en planning inzake de toedeling en verantwoording van de Beschikbaarheidsbijdrage Academische Zorg, zoals omschreven in het Plan van Aanpak ROBIJN, dat als bijlage is bijgevoegd en als een geheel moet worden beschouwd met dit Bestuurlijk Akkoord.

Aldus opgemaakt in tweevoud en ondertekend:

De minister van VWS,

NFU,

Drs. E.I. Schippers

Prof. dr. E.J. Kuipers, voorzitter



Plan van aanpak ROBIJN

Voorstellen voor hervorming van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg

1. Aanleiding

In 2012 heeft het kabinet een Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) ingesteld om te onderzoeken of de huidige manier van financiering en aansturing van de umc's nog doelmatig is, dan wel of vernieuwing van de verdeelgrondslagen en/of bundeling van de geldstromen en aanpassing van de aansturing wenselijk is. Het IBO concludeerde dat het onduidelijk is waar de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg (BBAZ) aan wordt besteed en dat de transparantie en verantwoording rondom de BBAZ onvoldoende is. Daaronder ligt de vraag of de umc's en het Anthonie van Leeuwenhoek (AvL) zich voldoende onderscheiden van andere zorgaanbieders en in die zin hun unieke recht op de BBAZ in voldoende mate kunnen onderbouwen.

De umc's (verenigd in de NFU) hebben zich deze kritiek aangetrokken en hebben de afgelopen jaren samen met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gewerkt aan het ROBIJN traject wat moet zorgen voor een hervorming van de manier waarop de BBAZ toegekend, verdeeld en verantwoord wordt.

In dit plan van aanpak beschrijven de NFU, de NZa en het ministerie van VWS wat er tot nu toe is gerealiseerd en worden de hoofdlijnen van een nieuwe manier van toekennen, verdelen en verantwoorden van de BBAZ geschetst. De wet en regelgeving die betrekking heeft op de huidige BBAZ is weergegeven in bijlage 1. De rationale voor de BBAZ zoals deze blijkt uit deze wet- en regelgeving, blijft onverminderd van kracht; met name de uitvoering wordt hervormd en herijkt, hetgeen uiteindelijk zal leiden tot een nieuw besluit in 2019/2020.

2. Wat is er tot nu toe gebeurd?

Het ROBIJN traject is gestart met als oorspronkelijk doel het scherper definiëren van de toeprefereerde functie en het transparant maken van de kosten en de opbrengsten van de toeprefereerde functie in de umc's. Gaandeweg het traject zijn deze doelstellingen doorvertaald in twee concrete opdrachten:

1. Ontwikkelen van een objectief en transparant model voor de toelating, verdeling en verantwoording van de BBAZ
2. Komen tot een transparante inhoudelijke verantwoording over de BBAZ

De zogeheten labelsystematiek, die academische patiënten identificeert, wordt geschikt geacht om dit te ondersteunen. Met het begrip 'academische patiënt' hebben de partijen een manier gevonden om de instellingen waarvoor de BBAZ bedoeld is meetbaar te kunnen onderscheiden van de instellingen waar geen aanvullende subsidie in de vorm van de BBAZ voor nodig is. Met deze benadering wordt het publieke belang gediend dat bepaalde zorginstellingen permanent en in constante uitwisseling met de meest actuele stand van de wetenschap, de meest complexe patiënten kunnen behandelen. Zorginstellingen die zich in hoge mate toeleggen op het helpen van deze academische patiënten en daarvoor de benodigde voorzieningen in stand moeten houden, zonder dat dit door de zorgverzekeraar gedekt kan worden, komen voor de BBAZ in aanmerking.

2.1 Label-systematiek

Met behulp van statistische analyses zijn kenmerken van patiëntenpopulaties in umc's vergeleken met die in niet-umc's. Uiteindelijk zijn er 9 labels gedefinieerd om de specifieke kenmerken van de academische patiënt te operationaliseren. Bij elk van deze labels hoort een redenering waarom het



te allen tijde moeten kunnen behandelen van deze patiënten niet volledig gedekt wordt uit reguliere bekostiging. Deze labels zijn eerder opgenomen in de positioneringsnota umc's¹. Als een patiënt op tenminste één van deze labels 'scoort' is er sprake van een academische patiënt.

1. **Behandelintensiteit;** patiënten met een hoge behandelintensiteit; het betreft patiënten in een fase in het ziekteproces die vereist dat veel intensiever dan gebruikelijk moet worden behandeld.
2. **Wetenschap;** zorg vanuit een wetenschappelijke prestatie / wetenschap; patiënten voor wie de zorg nauw verweven is met het wetenschappelijk onderzoek en de ontwikkeling van zorginnovaties in het betreffende umc.
3. **Uniek zorgaanbod;** patiënten die een uniek zorgaanbod nodig hebben vanwege de complexiteit van de zorgvraag of de benodigde infrastructuur.
4. **Multispecialistische zorg;** patiënten die multispecialistische zorg nodig hebben, gedefinieerd als zorg waarvoor tenminste drie poortspecialismen nauw met elkaar moeten samenwerken.
5. **Complexe operatie;** patiënten die een complexe ingreep nodig hebben; operaties die voor minder dan 1 op 100.000 patiënten worden gedaan. Voor deze operaties is vaak meer voorbereiding- en operatietijd nodig dan voor vergelijkbare routine-ingrepen.
6. **Zeldzame diagnose;** patiënten met een zeldzame diagnose die in minder dan 1 op de 100.000 burgers wordt gesteld.
7. **Off-label dure medicatie;** patiënten die off-label dure medicatie nodig hebben. Dure geneesmiddelen zijn soms effectief bij aandoeningen waarvoor ze oorspronkelijk niet zijn ontwikkeld. Het innovatieve gebruik van de geneesmiddelen wordt niet vergoed door verzekeraars.
8. **Tertiaire verwijzing;** patiënten die door medisch specialisten worden doorverwezen. Patiënten die zorg nodig hebben die in een algemeen ziekenhuis niet wordt aangeboden kunnen altijd worden doorverwezen naar een umc. De umc's garanderen dat patiënten altijd in Nederland terecht kunnen voor verzekerde zorg en dragen zorg voor de continuïteit hiervan.
9. **Jong multimorbide;** patiënten jonger dan x jaar (afkappunt is nog onderwerp van overleg) die meer dan drie aandoeningen tegelijkertijd hebben. Bij de verschillende behandelingen moet steeds rekening worden gehouden met de effecten op de andere aandoeningen. Dat maakt de behandeling soms zeer complex.

Het verbindend element bij de labels is dat er bij al deze patiënten sprake is van topreferente zorg, al of niet in ontwikkeling, dat de behandeling vaak nog experimenteel is en onderdeel is van wetenschappelijk onderzoek of met de inzichten uit onderzoek wordt ontwikkeld. Dat betekent ook dat de patiëntenpopulatie zich ontwikkelt en zorg verschuift van experimenteel naar regulier, ook als het zeer complexe zorg betreft. Andere patiënten komen hiervoor in de plaats. Dat betekent dat het voor zorginstellingen, in een systeem waarin het onderscheid op basis van het aantal academische patiënten centraal staat, loont om het portfolio voortdurende te verversen en zich in hoge mate te richten op patiënten die niet elders behandeld kunnen worden.

Met de negen labels wordt een belangrijk deel van de academische patiënten geïdentificeerd, in ieder geval in voldoende mate om verschillende zorgaanbieders van elkaar te kunnen onderscheiden. Het is daarbij van belang de set van negen labels als één geheel te zien. Het is immers juist de zorgaanbieder die geacht wordt de voor al deze patiënten benodigde zorg te leveren en permanente voorzieningen in stand te houden waarvan de kosten slechts ten dele uit reguliere bronnen gedekt worden. Het enkele feit dat een zorgaanbieder ook wel eens een patiënt ziet die door meerdere specialisten gezien moet worden of het enkele feit dat een arts/onderzoeker wel eens publiceert over een bepaalde patiëntengroep kan leiden tot de identificatie van een academische patiënt maar betekent nog niet dat er dan sprake is van niet-vergoede meerkosten.

¹ Kamerstuk Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, 33 278, nr. 4



Die hangen vooral samen met de noodzaak permanente voorzieningen in stand te houden die het mogelijk maken in samenhang, met de laatste stand van de medische wetenschap, academische patiënten de noodzakelijke zorg te bieden.

De NFU en de NZa hebben samen gewerkt aan het operationaliseren van de labels zodat de NZa patiënten (en daarmee zorgaanbieders) kan 'scoren' op deze labels op basis van voor de NZa beschikbare data zonder dat daarbij tussenkomst van een derde partij nodig is. Omdat de kwaliteit en consistentie van de data nauw samenhangt met de kwaliteit en consistentie van de registratie bij zorgaanbieders zullen partijen in de loop van 2017 afspraken maken over de manier waarop hier kwaliteitscontrole of audit plaats zal vinden. In 2016 zijn de meeste labels bestuurlijk vastgesteld en is van de labels die nog nadere uitwerking vragen (bijvoorbeeld het wetenschapslabel) bepaald dat dit in 2017 zal worden afgerond. Vervolgens zal verdere verbetering op basis van de resultaten in de jaren 2017-2019 plaatsvinden zodat vanaf 2020 een stabiel systeem gehanteerd kan worden.

3. Hoofdpijnen van een nieuwe BBAZ

De huidige systematiek voor financiering uit de BBAZ is op een aantal punten kwetsbaar gebleken. Met name is onvoldoende transparant:

- op welke basis het recht op BBAZ wordt toegekend;
- hoe de verdeling van de BBAZ tot stand komt;
- hoe de verantwoording van de BBAZ moet worden aangeleverd.

Partijen zijn het erover eens dat het recht op de BBAZ niet bij een van tevoren omschreven groep zorginstellingen mag liggen, maar gebaseerd moet zijn op transparante en objectieve criteria waar eenieder zich op kan oriënteren. Zorginstellingen die voldoen aan de criteria zullen zich structureel moeten onderscheiden van andere zorginstellingen. Dit onderscheid zal door de manier waarop het systeem is ingericht ook aangemoedigd worden. Partijen hebben geconstateerd dat hierbij het begrip academische patiënt, en de bijbehorende labelsystematiek, zoals beschreven in paragraaf 2, een grote rol moet spelen.

Partijen hebben gezamenlijk de volgende doelstellingen onderschreven:

- Het nieuwe systeem van de BBAZ zorgt voor toekenning, verdeling en verantwoording van de BBAZ.
- Het nieuwe systeem dient maximaal transparant, juridisch robuust en efficiënt uitvoerbaar te zijn.
- Het nieuwe systeem dient door de NZa uitgevoerd te kunnen worden op basis van de door de zorginstellingen aangeleverde en voor de NZa beschikbare data, waarbij geen rol van derden nodig is. Dit betreft specifiek de door de aanbieders aangeleverde DIS-data, aangevuld met data uit enkele andere bronnen. Het nieuwe systeem moet rechthebbenden stimuleren zich te onderscheiden van andere zorgaanbieders.
- Bij de invoering van het nieuwe systeem moeten de huidige rechthebbenden (umc's en AvL) voldoende aanpassingstijd krijgen.

Naast het vaststellen van de labels moeten er afspraken worden gemaakt over de partijen die toegang krijgen tot een deel van de BBAZ, de verdeling van de BBAZ over de instellingen en de verantwoording over de toegekende BBAZ. Daarnaast zullen er afspraken gemaakt moeten worden over de onderdelen ontwikkeling en innovatie (O&I) en de publieke infrastructuur die beiden gefinancierd worden vanuit de BBAZ. In onderstaande paragrafen worden deze onderdelen verder uitgewerkt. Van al deze aspecten zal in de periode 2017-2019 bezien worden wat de bedoelde en onbedoelde consequenties zijn zodat de systematiek op elk van deze onderdelen waar nodig verder verfijnd en verbeterd kan worden voordat in 2020 voor het eerst sprake zal zijn van financiële consequenties voor instellingen (zie ook '4. Vervolg en Tijdpad').



3.1 Toegang tot de BBAZ

De BBAZ is altijd bedoeld geweest (zie daarvoor ook bijlage 1) om kosten te vergoeden die voor bepaalde zorgaanbieders ontstaan uit hoofde van het feit dat zij geacht worden permanent voorzieningen (in mensen en infrastructuur) aan te houden die hen in staat stellen op elk moment, in wisselwerking met de laatste stand van de wetenschap, zorg te bieden aan met name complexe (academische) patiënten.

Met het oog op deze rationale onder de BBAZ, wordt bij het formuleren van criteria voor de toegang tot de BBAZ gedacht aan zaken die betrekking hebben op de relatie tussen zorg en onderzoek, een minimum aan wetenschappelijke productie door een zorgaanbieder, een minimum aantal academische patiënten en een op kennisoverdracht gerichte infrastructuur. Deze criteria moeten gedurende de eerste maanden van 2017 nader uitgewerkt worden en op hun toepasbaarheid beoordeeld worden voor zij als definitief en bruikbaar gezien kunnen worden.

3.2 Publieke infrastructuur en Ontwikkeling & Innovatie

Partijen stellen voor om de BBAZ te verdelen in een vast en een variabel deel. Het variabele deel is bedoeld voor de zorg aan academische patiënten en varieert mee met de labelscores, het vaste deel is bedoeld voor de infrastructuur, de kenniscomponent, en de ontwikkeling & innovatie die nodig is voor het behandelen van een academische patiënt.

De legitimatie van een vaste voet is gelegen in het feit dat een deel van het voorzieningenniveau (in mensen en infrastructuur) op 24/7 basis beschikbaar moet zijn ongeacht het daadwerkelijk aantal behandelde academische patiënten.

Dit hangt samen met het hierboven behandelde argument dat de BBAZ niet bedoeld is voor zorgaanbieders die wel eens een academische patiënt op een bepaald gebied behandelen maar voor zorgaanbieders voor wie het kunnen behandelen van academische patiënten tot een kerntaak behoort, vaak als last resort. Dit staat of valt met de permanente beschikbaarheid van voorzieningen, in mens en infrastructuur. Hier kan ook de wettelijk omschreven plicht tot het dragen van de verantwoordelijkheid voor de last resort functie een rol bij spelen. De last resort functie impliceert het beschikbaar houden van voorzieningen, infrastructuur en kennis voor het geval dat een patiënt zich meldt die nergens anders meer geholpen kan worden. Soms gaat het daarbij om bekende doch kleine groepen patiënten (zeldzame aandoeningen bijvoorbeeld); soms gaat het om groepen die qua omvang in de tijd kunnen fluctueren van nul tot onbekend. Een bekend voorbeeld van deze laatste categorie is de inrichting van voorzieningen voor de opvang van Ebolapatiënten. Een voorziening die een specifieke inrichting vraagt, waarvoor specifieke materialen nodig zijn en waarvoor mensen moeten worden opgeleid en getraind. Ook als de patiënten er niet zijn.

Deze infrastructuur kent ook een kennis component. Van specialisten die academische patiënten behandelen wordt een zekere beschikbaarheid verwacht bij het ontwikkelen van standaarden, richtlijnen en protocollen in hun discipline. Dit vraagt ook de bereidheid tot het beschikbaar zijn voor kennisoverdracht aan collega's in andere zorginstellingen.

In de systematiek die vanaf 2017 wordt getoetst, kent een percentage van 30% van de BBAZ-vast en 70%-variabel. Deze vaste voet wordt naar rato van de academische zorgomzet² verdeeld tussen rechthebbende zorgaanbieders.

² De term "academische zorgomzet" zal nader gedefinieerd moeten worden. De bedoeling is om bij het aangaan van fusies zorgomzet van andere instellingen niet mee te gaan tellen. Denk hierbij aan de omzet van het Havenziekenhuis en die van de Ommelander Ziekenhuis Groep.



3.3 Verdeling van de BBAZ: variabel deel

Het variabele deel van de BBAZ zal tussen de rechthebbenden verdeeld worden op basis van het aantal academische patiënten per instelling. Over de vraag of het wegen van labels tot een betere systematiek leidt zal worden besloten in de periode 2017-2019 aan de hand van het proefdraaien met de nieuwe systematiek.

De nieuwe systematiek voor het variabele deel is gebaseerd op verschillende informatiebronnen zoals het DBC-Informatiesysteem dat bij de NZa in beheer is. De NZa kan over alle informatie beschikken zonder tussenkomst van derden en vervolgens de patiënten scoren op de vastgestelde labels. Op basis hiervan kan vastgesteld worden wat, per label en in totaal, de score van zorgaanbieders is op het aantal academische patiënten. Ook is het dan mogelijk ontvangers onderling te vergelijken. In de nieuwe systematiek worden in eerste instantie alleen de unieke academische patiënten geteld. In de periode 2017-2019 wordt onderzocht en geëvalueerd of dit een juiste methode is.

3.4 Verantwoording van de BBAZ

De verantwoording van de BBAZ bevat een verantwoording over het vaste- en het variabele deel. Dit wordt uiteindelijk in een nadere regel vastgesteld. Ook hiervan geldt dat in de periode 2017-2019 de gekozen systematiek getoetst zal worden op haar consequenties in onderling overleg tussen NZa, VWS en NFU, op basis van de door de NZa berekende scores en de door de umc's verstrekte verantwoording.

3.4.1 verantwoording vast deel

Partijen zullen de vaste voet (O&I en publieke infrastructuur) in eerste instantie verantwoorden aan de hand van de volgende kosten:

1. Innovatie gekoppeld aan de innovatiekalender van VWS (sustainable health). In de toekomst kan dit door het maken van prestatieafspraken met VWS en EZ.
2. Ongedekte investeringen ten bate van innovatieve apparatuur en IT.
3. (Nog) niet vergoede zorg (nog geen DBC).
4. Randvoorwaardelijke voorzieningen in verband met klinisch onderzoek (niet elders vergoed).
5. Beschikbaarheid kennis en voorzieningen bij rampen, infecties en epidemieën.
6. Kennisdeling en consultatie (regio, 1^e en 2^e lijn, public health).
7. Ontwikkeling kwaliteitsbeleid, richtlijnen en normeringen.
8. Databankfunctie en big data ontwikkeling.

Daarnaast geven de partijen inzicht in de opbrengsten uit de beschikbaarheidsbijdrage. Dit geeft inzicht in eventuele discrepanties tussen het deel van de BBAZ dat bedoeld is voor publieke infrastructuur en O&I, en de kosten die de desbetreffende zorgaanbieder hiervoor maakt. De verhouding vast-variabel is één van de punten waarop de nieuwe systematiek in de jaren 2017-2019 zal worden getoetst.

3.4.2. verantwoording variabel deel

Het variabele deel wordt uitgekeerd op basis van het aantal academische patiënten. De verantwoording zal zich dus ook in eerste instantie op (de veranderingen in) het aantal academische patiënten richten en op onderliggende ontwikkelingen in portfolio en beleid en daaraan verbonden consequenties in termen van benodigde voorzieningen. Partijen nemen zich voor gaandeweg te bezien in hoeverre meer kwantitatieve en op kosten gerichte elementen aan deze verantwoording kunnen worden toegevoegd. Ook het wegen van de labels en/of het meerdere keren meetellen van patiënten die op meerdere labels scoren kan hier onderdeel van uitmaken. In het najaar van 2017 zullen in een bestuurlijk overleg afspraken gemaakt worden over de verantwoording over 2018 op basis van deze plannen. In 2017 zal gestart worden met een ontwerp voor de verantwoording met het oog op gemaakte kosten gerelateerd aan het aantal academische patiënten. Daarbij worden ook afspraken gemaakt over het tijdspad van afronding van de ontwerpfase, het droog oefenen (waarbij ook plaats kan zijn voor een pilot bij 1 of 2 umc's) en het



aanpassen van het ontwerp van de nieuwe verantwoordingsystematiek. Over het jaar 2020 zal voor de eerste keer volgens de nieuwe systematiek verantwoord worden in een zorgvuldig ingroeitraject.

4. Vervolg en tijdpad

Begin 2017 zal er een Bestuurlijk Akkoord ondertekend worden door de NFU en VWS. Het plan van aanpak zal als onderliggend stuk toegevoegd worden. Het document zal na de ondertekening naar de Tweede Kamer verzonden worden.

Bij de vervolgaanpak onderscheiden wij vier fases:

- Fase 1: afronden technische kwesties in 2017
- Fase 2: voorbereidingsperiode van 2017 tot 2019
- Fase 3: definitieve besluitvorming in 2019
- Fase 4: invoering van nieuwe systematiek vanaf 2020, ingang overgangperiode, vervolg van technische verfijning

Gedurende fase 1, in 2017 wordt een aantal lopende discussies afgerond:

- Een aantal labels dient technisch definitief uitgewerkt te worden. Er staat nog een aantal vragen open over met name het wetenschapslabel, het verwijzerslabel, het off-label-medicatie-label en het jong&multimorbide-label. Bij het wetenschapslabel gaat het over de vraag of er een relatie ligt tussen de wetenschappelijke publicaties en het aantal academische patiënten en of het wetenschapslabel het beste te gebruiken valt bij toelating, verdeling of verantwoording. Het streven is om deze discussies in het eerste kwartaal van 2017 af te ronden.
- De toelatingscriteria worden nader geoperationaliseerd en vastgesteld in het eerste kwartaal van 2017
- De afbakening van de zorgomzet relevant voor de toedeling van het vaste deel van de BBAZ wordt afgerond
- Er worden nadere afspraken gemaakt over de kwaliteitscontrole of audit van de gebruikte data
- Het cijfermatige / financiële deel wordt gecontroleerd door de accountant. Ook dit is in eerste instantie bedoeld om te oefenen en de systematiek door te ontwikkelen. De controle-eisen komen in een nog te ontwikkelen controleprotocol.
- De NZa verantwoordt zich ook zelf over de gemaakte berekeningen. Dit doet zij door transparant te zijn over de volledigheid en kwaliteit van de data, de berekeningsmethode en de uitgevoerde controles op de berekening. Dit zal de NZa vanaf 2017 doen.

In fase 2, de voorbereidingsperiode, kunnen partijen zich voorbereiden op de consequenties van de nieuwe systematiek en kan deze systematiek op basis van eerste inzichten en mogelijke onbedoelde consequenties verder aangepast of verfijnd worden. Deze voorbereidingsperiode gaat in 2017 in en duurt drie jaar (2017-2019).

- Vanaf 2017 zijn de zorginstellingen in staat alle benodigde data te verzamelen en zich voor te bereiden op de consequenties van de nieuwe systematiek. Gedurende deze drie jaar zullen schaduwberekeningen gemaakt worden van hoe de verdeling van de BBAZ onder de nieuwe systematiek zou uitvallen, ook voor het geval er sprake zou zijn van nieuwe toetreders, en kunnen huizen zich op de benodigde transitie voorbereiden.
- Vanaf 2018 (over 2017) zal verantwoord worden met behulp van de nieuwe systematiek maar de bedragen per ontvanger zullen tot 2020 niet wijzigen. Doel is leren en verfijnen.
- Mogelijke verfijningen van de verdelingssystematiek die niet op voorhand worden uitgesloten zijn het wegen van labels en het wegen van academische patiënten aan de hand van het aantal labels waarop zij scoren. Mogelijke verfijningen van de toelatingssystematiek die niet op voorhand worden uitgesloten kunnen betrekking hebben



op het voorkomen van weglek van publieke gelden naar private winsten. Mogelijke verfijningen van de verantwoordingssystematiek hebben betrekking op het versterken van de relatie tussen het aantal academische patiënten en de daaraan gerelateerde kosten. Deze en andere verfijningen die de verantwoording meer op kosten kunnen richten, zullen vanaf Q3 2017 besproken worden.

- Ook de verhouding vast-variabel, en de vraag of het vaste deel zal worden vastgesteld als percentage van de BBAZ dan wel het BKZ, zal aan de hand van de inzichten in 2017-2019 nader bezien worden.

In fase 3, 2019, wordt definitief besloten over de nieuwe systematiek.

- Het gaat hierbij integraal en in onderlinge samenhang om toelating, verdeling en verantwoording.
- Waar nodig zal dit leiden tot nieuwe besluiten (VWS) en regels (NZa).
- De resultaten van de evaluatie van het experiment Topzorg kunnen bij de besluitvorming worden betrokken.
- De duur van de overgangperiode vanaf 2020, de periode waarin rechthebbenden toegroeien naar hun 'nieuwe' rechten, wordt in 2019 vastgesteld. Het doel van deze overgangperiode is om grote schokken in de overgang van oude naar nieuwe rechten te voorkomen en partijen een redelijke aanpassingstermijn te bieden. De duur van de overgangperiode zal in 2019 worden bepaald afhankelijk van de verschillen tussen de oude en nieuwe rechten; daarbij kan de mogelijkheid van individueel maatwerk op basis van redelijkheid en billijkheid worden geboden.
- In 2019 zal ook de duur van de vaststellingsperiode worden vastgesteld. Het ligt niet voor de hand elk jaar het recht op de BBAZ en de verdeling van het beschikbare bedrag opnieuw te beoordelen. In 2019 zal worden bepaald met welke regelmaat dit zal gebeuren.

In fase 4, die in gaat vanaf 2020, wordt de nieuwe systematiek ingevoerd, wordt verder gegaan met verbetering en verfijning waar nodig en mogelijk en kunnen financiële consequenties voor rechthebbenden optreden.

VWS, NZa en NFU nemen gedurende de voorbereidings- en overgangperiode verantwoordelijkheid voor een op consensus gericht en ordentelijk proces. Zij vormen een stuurgroep om dit proces te monitoren en te begeleiden en beslissers van adviezen te voorzien. Met name het leren van inzichten in de voorbereidingsperiode, het verfijnen van de gekozen systematiek en het beslissen over duur en manier van transitie na 2020 wordt gezien als een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Dit doet niets af aan het feit dat met name de minister en de NZa gedurende dit proces hun eigen verantwoordelijkheden en bevoegdheden kennen. Zo is de minister verantwoordelijk voor nieuw beleid en de formulering daarvan (zo nodig) in wet- en regelgeving; de NZa is verantwoordelijk voor het opstellen van nieuwe regels, het beoordelen van de verantwoording en het vaststellen van beschikkingen.

De NZa zal de informatie over de verdeling voor elk umc inzichtelijk aanleveren aan de umc's zelf.



Bijlage 1: relevante teksten uit wet- en regelgeving

De beschikbaarheidsbijdrage Academische Zorg is geregeld in de beleidsregel BR/CU 5142 (geldend voor 2016). Deze beleidsregel is gebaseerd op de Wet Marktwerking Gezondheidszorg. De artikelen 57, eerste lid, aanhef en onder e, 59, aanhef en onder e en 7 zijn hierbij bepalend:

Artikel 57, eerste lid, aanhef en onder e: De zorgautoriteit stelt beleidsregels vast met betrekking tot (e) het uitoefenen van de bevoegdheid tot het vaststellen van bedragen als bedoeld in de artikelen 56a en 56b.

Artikel 56 a, lid 1: De zorgautoriteit kan een beschikbaarheidsbijdrage toekennen ten behoeve van de beschikbaarheid van bij algemene maatregel van bestuur aangewezen vormen van zorg [...]. Voor een beschikbaarheidsbijdrage komen uitsluitend vormen van zorg in aanmerking waarvan de kosten niet of niet geheel zijn toe te rekenen naar, of door middel van tarieven in de zin van deze wet in rekening te brengen zijn aan, individuele ziektekostenverzekeraars of verzekerden, of waarvan de bekostiging bij een zodanige toerekening dan wel een zodanige tarifiering marktverstoring zou werken, en die niet op andere wijze worden bekostigd.

Artikel 56a, lid 7: Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur wordt bepaald of en in welke gevallen Onze minister of de zorgautoriteit, onder daarbij te stellen voorwaarden, voorschriften of beperkingen, zorgaanbieders kunnen aanwijzen die worden belast met een dienst van algemeen economisch belang als bedoeld in artikel 106, tweede lid, van het Verdrag betreffende de Werking van de Europese Unie of een dienst van algemeen belang als bedoeld in Protocol nr. 26 bij het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie.

Artikel 56b gaat over vereffening (terugbetaling) en is in het kader van het plan van aanpak niet relevant.

Artikel 59 aanhef en onder e: De zorgautoriteit stelt niet dan na een aanwijzing van Onze Minister op grond van artikel 7, eerste lid, onder b, een beleidsregel vast met betrekking tot het vaststellen van een bedrag als bedoeld in artikel 56a en 56b.

Artikel 7 WMG: Onze Minister kan de zorgautoriteit een algemene aanwijzing geven met betrekking tot:

- a. de onderwerpen waaromtrent de zorgautoriteit ingevolge deze wet bevoegd is regels vast te stellen;
- b. de onderwerpen waaromtrent de zorgautoriteit ingevolge deze wet bevoegd is beleidsregels vast te stellen.

De minister is dus bevoegd een aanwijzing te geven en indien de minister dat doet voor de NZa kan deze, op grond van die aanwijzing een beschikbaarheidsbijdrage vaststellen. De minister heeft van deze bevoegdheid gebruik gemaakt in het besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG.

In artikel 2 van het besluit wordt aan de NZa de bevoegdheid gegeven een beschikbaarheidsbijdrage toe te kennen. Er zijn twee vormen, één waarvoor de minister een verklaring van geen bezwaar moet geven (bijvoorbeeld voor spoedeisende hulp en acute verloskunde) en één waarvoor de verklaring van geen bezwaar niet nodig is. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om de beschikbaarheidsbijdrage opleidingen, Post Mortem Orgaanuitname en traumazorg. De beschikbaarheidsbijdrage academische zorg valt ook onder deze bepaling.

Ten aanzien van de beschikbaarheidsbijdrage voor academische zorg is bepaald:

Dit betreft het uitvoeren van topreferente zorg en innovatieve zorg, en de ontwikkeling van nieuwe vormen van diagnostiek en behandeling. Topreferente zorg is zeer specialistische patiëntenzorg die gepaard gaat met bijzondere diagnostiek en behandeling waarvoor geen doorverwijzing meer



mogelijk is. Toppreferente 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. Ten behoeve van het uitvoeren van toppreferente en innovatieve zorg en de ontwikkeling van nieuwe vormen van diagnostiek en behandeling kan een compensatie nodig zijn voor kapitaallasten die samenhangen met de academische functie. Het gaat hierbij om kapitaallasten die niet uit reguliere tarieven kunnen worden gedekt.

In de aanwijzing die de minister heeft gegeven (11 december 2014, 696543-13073-MC) wordt dezelfde definitie van academische zorg aangehouden. In de aanwijzing wordt voor de verdeling van de beschikbaarheidsbijdrage aangesloten bij de dan bestaande verdeling en krijgt de NZa opdracht om de doelmatigheidskortingen in de berekening van de hoogte te verwerken.