

Vergaderjaar 2018–2019

32 864

Academische zorg

Nr. 7

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 15 juli 2019

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 29 april 2019 over de hervorming van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg (BBAZ) vanaf 2020 (Kamerstuk 32 864, nr. 6).

De vragen en opmerkingen zijn op 7 juni 2019 aan de Minister voor Medische Zorg voorgelegd. Bij brief van 12 juli 2019 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 Bruno Bruins	4

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister over de hervorming van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg (BBAZ) vanaf 2020. Deze leden hebben hier enkele vragen bij.

De leden van de CDA-fractie vragen wie vaststelt (en op welke wijze) of een patiënt geïncubated kan worden als een topreferente patiënt. Wat is op dit moment het percentage topreferente patiënten in de medisch specialistische zorg in totaal, en wat is het percentage topreferente patiënten in academische ziekenhuizen? Genoemde leden lezen dat een van de toegangscriteria om in aanmerking te komen voor de BBAZ is, dat op jaarbasis minimaal 35% van het totaal aantal patiënten een topreferente patiënt is. Deze leden vragen of de Minister een lijst van zorginstellingen kan geven die op dit moment aan deze voorwaarden voldoen. Genoemde leden vragen welk percentage van het totaal aantal patiënten in de medisch specialistische zorg hiermee in een zorginstelling komt die in aanmerking voor de BBAZ komt. Kan de Minister onderbouwen dat deze eis, waarbij maximaal 65% van de patiënten niet topreferent hoeft te zijn, er niet toe leidt dat overige (algemene) ziekenhuizen worden leeggegeten door zorginstellingen die in aanmerking komen voor de BBAZ?

De Minister geeft aan dat de verdeling tussen het (variabele) gedeelte voor topreferente patiëntenzorg en het (vaste) gedeelte voor ontwikkeling en innovatie (O&I) op basis van ervaring wordt verdeeld in 70% en respectievelijk 30%. De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister een historisch staaltje kan geven van deze verdeling en de ontwikkeling daarin over de jaren heen. Bij de hervorming van de BBAZ wordt uitgegaan van het niveau van de huidige beschikbare middelen, zo schrijft de Minister. Genoemde leden vragen of de Minister kan aangeven wat de huidige beschikbare middelen zijn. Blijven deze middelen ook de komende jaren hetzelfde, ook wanneer de verdeling tussen het (variabele) gedeelte voor topreferente patiëntenzorg en het (vaste) gedeelte voor O&I gaat verschuiven (nu: 70% / 30%)? De leden van de CDA-fractie vragen wanneer de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de verantwoordingsregel voor het wijzigen van de verhouding tussen het (variabele) gedeelte voor topreferente patiëntenzorg en het (vaste) gedeelte voor ontwikkeling en innovatie zal publiceren.

De bijdrage voor het O&I-gedeelte wordt verantwoord aan de hand van acht kostencategorieën. Bij de tweede categorie vermeldt de Minister dat ongedekte investeringen ten bate van IT in aanmerking kunnen komen. De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister dit nader kan onderbouwen. Betekent dit dat een instelling geld voor O&I kan gebruiken voor ongedekte kosten voor IT-projecten binnen de instelling? De achtste categorie vormt de databankfunctie en big data ontwikkeling. Genoemde leden vragen of bij deze kostencategorie als voorwaarde wordt gesteld dat hierin wordt samengewerkt met andere zorginstellingen die wellicht dezelfde databanken en big data ontwikkelen. Zo nee, waarom niet? Deze leden vragen of er op basis van deze acht kostencategorieën een

benchmark wordt gemaakt, zodat onderling vergelijkbaar is waarin zorginstellingen met een BBAZ hun middelen voor O&I in investeren.

De Minister schrijft dat er drie compartimenten zijn te onderscheiden binnen de BBAZ. De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister een overzicht kan geven van welke instellingen hij schaaft onder de zorgaanbieders, niet zijnde academische ziekenhuizen, waarbij topreferente zorg niet volledig wordt bekostigd via prestaties en tarieven. Deze leden vragen tevens of de Minister ook voorbeelden kan geven van zorgaanbieders waarbij de topreferente zorg volledig wordt bekostigd via prestaties en tarieven, en waarbij de BBAZ wordt gebruikt voor het financieren van de infrastructuur, kennisontwikkeling en innovatie die nodig is voor zorggerelateerde research in het kader van de topreferente functie.

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister waarin hij de Kamer informeert over de hervorming van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg vanaf 2020 en de aanwijzing die hij in dit verband van plan is om aan de NZa te geven. Deze leden zijn verheugd dat de toegang, verdeling en verantwoording van de beschikbaarheidsbijdrage dankzij de geplande hervorming objectiever en transparanter zal worden. Zij hebben nog enkele vragen over de toegankelijkheid, de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage en de keuze om een patiëntkenmerk uit de labelsystematiek te verwijderen.

De leden van de D66-fractie constateren dat in het onderhandelaarsakkoord tussen het Ministerie van VWS en partijen in de medisch-specialistische zorg voor de jaren 2019–2022 is vastgelegd dat de BBAZ tot en met 2022 alleen toegankelijk is voor de universitair medisch centra (umc's) het Antoni van Leeuwenhoek en het Prinses Máxima Centrum. Tot die tijd maken andere zorgaanbieders geen aanspraak op de BBAZ, ook niet als zij topreferente zorg verlenen en wetenschappelijk onderzoek verrichten. In de hiervoor genoemde brief lezen deze leden dat de Minister toegangscriteria heeft opgesteld die de BBAZ in theorie wél toegankelijk maken voor andere zorgaanbieders. Verwacht de Minister dat op basis van deze toegangscriteria na 2022 ook andere zorgaanbieders een beschikbaarheidsbijdrage zullen ontvangen? Zo niet, zou de Minister kunnen toelichten op grond waarvan hij tot deze criteria is gekomen? Zou de Minister in dat geval tevens kunnen toelichten hoe deze criteria zich volgens hem verhouden tot de conclusie van de onderzoekers van het programma TopZorg, dat het maatschappelijke meerwaarde heeft zeer specialistische zorg en onderzoek ook buiten universitaire ziekenhuizen te bekostigen?

Genoemde leden lezen voorts dat bij de hervorming van de BBAZ wordt uitgegaan van het niveau van de huidige beschikbare middelen. In het Interdepartementaal Beleidsonderzoek naar de verdeling van de BBAZ uit 2012 werd geconcludeerd dat de umc's minder middelen nodig zouden hebben. Kan de Minister aangeven of hij van plan is het niveau van de huidige beschikbare middelen ook de opvolgende jaren te handhaven?

De leden van de D66-fractie constateren dat de Minister voor de definitie van een «topreferente patiënt» een labelsystematiek gebruikt, waarbij een patiënt als zodanig wordt geclassificeerd als zijn of haar patiëntkenmerken met ten minste één van de acht gekozen labels overeenkomt. Het Bestuurlijk Akkoord Plan van Aanpak ROBIJN uit 2017 bevatte nog negen labels, daaronder inbegrepen het label «patiënten die off-label dure medicatie nodig hebben». In de brief van de Minister is dit label inmiddels

verdwenen. Kan de Minister nader toelichten waarom dit label niet langer wordt gebruikt?

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van het voorstel voor de hervorming van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg. Zij hebben naar aanleiding hiervan onderstaande opmerkingen en vragen.

In een interdepartementaal beleidsonderzoek is geconcludeerd dat de transparantie en verantwoording van de BBAZ momenteel onvoldoende is. Hoe zorgt het model, zoals dat is ontwikkeld binnen het ROBIJN traject, ervoor dat het leidt tot meer transparantie en een betere verantwoording? De leden van de SP-fractie benadrukken het belang van een transparante regeling, maar horen graag wat er precies gaat veranderen. Is het bijvoorbeeld mogelijk dat de nieuwe voorwaarden ertoe leiden dat bepaalde partijen die nu gebruik maken van de BBAZ in de toekomst niet meer in aanmerking komen voor de BBAZ, of dat bepaalde patiënten die nu worden aangemerkt als topreferente patiënt, dit in de toekomst niet meer zijn?

De leden van de SP-fractie begrijpen dat er door de gewijzigde BBAZ naast de umc's en het Antoni van Leeuwenhoek nu ook andere partijen in aanmerking kunnen komen voor een BBAZ, zolang zij aan de geformuleerde criteria voldoen. Klopt de constatering van genoemde leden dat het voor de BBAZ beschikbare budget tegelijkertijd echter niet verandert? Hoe verhoudt de uitbreiding van het aantal partijen dat in aanmerking komt voor de BBAZ zich tot een gelijkblijvend budget? Hoe wordt voorkomen dat partijen onderling moeten gaan concurreren om in aanmerking te komen voor de BBAZ en hoe wordt voorkomen dat de topreferente patiënt daar indirect de dupe van wordt? Genoemde leden ontvangen hierop graag een uitgebreide toelichting.

Wanneer, zo vragen de leden van de SP-fractie, kunnen zij de verantwoordingsregel van de NZa verwachten? Kan daarnaast nader worden toegelicht wat deze leden moeten verstaan onder de zinsnede dat «een zekere mate van substitutie tussen de twee delen acceptabel» is? Wie beoordeelt precies wat acceptabel is? De leden van de SP-fractie vragen hiernaast op welke wijze de registratiedruk door middel van het voorliggende voorstel wordt beïnvloedt.

II. Reactie van de Minister

Beantwoording van de vragen van de CDA-fractie

Wie stelt vast (en op welke wijze) of een patiënt geclassificeerd kan worden als een topreferente patiënt?

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) berekent op basis van de zogeheten DIS-data of een patiënt topreferent is. Het dbc-informatiesysteem (DIS) van de NZa ontvangt en beheert informatie over alle behandeltrajecten in onder andere de medisch-specialistische zorg. De NZa gebruikt het DIS voor toekomstig beleid en regelgeving. In het geval van de BBAZ worden de data door de NZa gebruikt om het aantal topreferente patiënten per zorgaanbieder te identificeren. Dit wordt gedaan aan de hand van de labelsystematiek die in het ROBIJN-traject is ontwikkeld. Deze systematiek kent acht labels waarmee topreferente patiënten worden geclassificeerd.

Deze labels staan in de voorhangbrief van 29 april jl. genoemd.¹ Voor elk label heeft de NZa, samen met enkele huidige ontvangers van de BBAZ, van elk label een functionele omschrijving ontwikkeld.

Wat is op dit moment het percentage topreferente patiënten in de medisch specialistische zorg in totaal, en wat is het percentage topreferente patiënten in academische ziekenhuizen?

Het percentage topreferente patiënten in de medisch specialistische zorg bedraagt in totaal 30% (gemiddeld gerekend over 2015–2017). Het percentage topreferente patiënten in academische ziekenhuizen bedraagt 63% (gemiddeld gerekend over 2015–2017).

Kan de Minister een lijst van zorginstellingen geven waarbij op dit moment op jaarbasis minimaal 35% van het totaal aantal patiënten een topreferente patiënt is?

Momenteel zijn dit in ieder geval de acht universitair medisch centra (umc's), het Antoni van Leeuwenhoek (AvL) en het Prinses Máxima Centrum (PMC).

Welk percentage van het totaal aantal patiënten in de medisch specialistische zorg komt hiermee in een zorginstelling die in aanmerking voor de BBAZ komt?

Op basis van het toegangscriterium dat het totaal aantal patiënten van een Nederlandse zorgaanbieder op jaarbasis minimaal 35% een topreferente patiënt is, en uitgaande van de acht umc's, het AvL en het PMC, komt 12,85% van het totaal aantal patiënten in de medisch specialistische zorg in een zorginstelling die in aanmerking voor de BBAZ komt.

Kan de Minister onderbouwen dat deze eis, waarbij maximaal 65% van de patiënten niet topreferent hoeft te zijn, er niet toe leidt dat overige (algemene) ziekenhuizen worden leeggegeten door zorginstellingen die in aanmerking komen voor de BBAZ?

In het bestuurlijk overleg ROBIJN met de NZa, VWS en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) als vertegenwoordiging van de umc's, is afgesproken dat umc's zich gaan inspannen dat basiszorg patiënten in het umc zoveel mogelijk worden verwezen naar een ander (algemeen) ziekenhuis. Patiënten kunnen voor topreferente zorg in de umc's terecht en voor basiszorg in een ander (algemeen) ziekenhuis. Dit hoort ook bij de beweging «de juiste zorg op de juiste plek».

De Minister geeft aan dat de verdeling tussen het (variabele) gedeelte voor topreferente patiëntenzorg en het (vaste) gedeelte voor ontwikkeling en innovatie (O&I) op basis van ervaring wordt verdeeld in 70% en respectievelijk 30%.

Kan de Minister een historisch staatje geven van de verdeling en de ontwikkeling van de verdeling tussen het (variabele) gedeelte voor topreferente patiëntenzorg en het (vaste) gedeelte voor ontwikkeling en innovatie (O&I) over de jaren heen?

Een overzicht van deze historische verdeling kan niet voorgelegd worden omdat nog niet op deze wijze door de ontvangers van de BBAZ verantwoord is.

Kan de Minister aangeven wat de huidige beschikbare middelen zijn?

¹ Kamerstuk 32 864, nr. 6

Voor de huidige ontvangers bedragen de totale beschikbare middelen voor de academische zorg € 779 miljoen (prijsniveau 2019).

Blijven deze middelen ook de komende jaren hetzelfde, ook wanneer de verdeling tussen het (variabele) gedeelte voor topreferente patiëntenzorg en het (vaste) gedeelte voor O&I gaat verschuiven (nu: 70%/30%)?

Ja, de huidige financiële middelen voor de BBAZ blijven in beginsel structureel beschikbaar. Dit laat onverlet dat eventuele toekomstige parlementaire besluitvorming kan leiden tot aanpassingen in de BBAZ. Een verschuiving van de verhouding 70%/30% heeft daar geen invloed op.

Wanneer zal de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de verantwoordingsregel voor het wijzigen van de verhouding tussen het (variabele) gedeelte voor topreferente patiëntenzorg en het (vaste) gedeelte voor ontwikkeling en innovatie publiceren?

De NZa streeft ernaar om in september 2019 de nieuwe beleidsregel vast te stellen. In die beleidsregel zijn de toegangscriteria, de verdelingssystematiek en de verantwoordingssystematiek opgenomen. De verantwoordingssystematiek is technisch nog niet volledig uitontwikkeld maar de lijnen waarbinnen dit moet gebeuren zijn wel al duidelijk. Of de verhouding tussen het vaste en variabele deel te zijner tijd verandert zal afhangen van een evaluatie van de verantwoordingen die in de periode tot en met 2022 worden ingediend. De NZa loopt hier nog niet op vooruit door in deze fase al een beleidsregel op te stellen voor het wijzigen van de verhouding.

De bijdrage voor het O&I-gedeelte wordt verantwoord aan de hand van acht kostencategorieën. Bij de tweede categorie vermeldt de Minister dat ongedekte investeringen ten bate van IT in aanmerking kunnen komen. Kan de Minister dit nader onderbouwen? Betekent dit dat een instelling geld voor O&I kan gebruiken voor ongedekte kosten voor IT-projecten binnen de instelling?

Nee, de kosten moeten wel te maken hebben met ICT voor onderzoek en infrastructuur ten behoeve van topreferente zorg en innovatie en ontwikkeling. Er worden instructies vastgesteld door de NZa waarmee wordt bewerkstelligd dat alleen die investeringen in ICT als kosten voor de O&I ondergebracht worden die er ook daadwerkelijk toe behoren. Een onafhankelijk accountant zal hierover rapporteren aan de zorgaanbieder die vervolgens de verantwoording met accountantsverklaring toestuuert aan de NZa.

De achtste categorie vormt de databankfunctie en big dataontwikkeling. Kan bij de achtste kostencategorie als voorwaarde worden gesteld dat hierin wordt samengewerkt met andere zorginstellingen die wellicht dezelfde databanken en big data ontwikkelen. Zo nee, waarom niet?

De BBAZ is niet bedoeld om direct dan wel indirect samenwerking af te dwingen. De verantwoording over de BBAZ is niet bedoeld om samenwerking te toetsen. Overigens blijkt dat er wel degelijk op meerdere gebieden wat betreft databanken wordt samengewerkt. Goed voorbeeld is het Parelsnoer Instituut. Parelsnoer biedt onderzoekers binnen de acht umc's én externe onderzoekers een infrastructuur en standaardprocedures voor het opzetten, uitbreiden en optimaliseren van klinische biobanken ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek.

Wordt er op basis van deze acht kostencategorieën een benchmark gemaakt, zodat onderling vergelijkbaar is waarin zorginstellingen met een BBAZ hun middelen voor O&I in investeren?

Er wordt geen benchmark gemaakt. Daar is tot nu toe geen reden toe. De verantwoording wordt niet gebruikt om te normeren. Daarnaast kunnen instellingen onderling zeer verschillen in bijvoorbeeld de samenstelling van de patiëntenpopulatie, speerpunten en organisatie.

Kan de Minister een overzicht geven van welke instellingen hij schaaft onder de zorgaanbieders, niet zijnde academische ziekenhuizen, waarbij topreferente zorg niet volledig wordt bekostigd via prestaties en tarieven?

Van alle instellingen in 2020 is dit alleen het AvL.

Kan de Minister ook voorbeelden geven van zorgaanbieders waarbij de topreferente zorg volledig wordt bekostigd via prestaties en tarieven, en waarbij de BBAZ wordt gebruikt voor het financieren van de infrastructuur, kennisontwikkeling en innovatie die nodig is voor zorggerelateerde research in het kader van de topreferente functie?

Van alle instellingen in 2020 is dit alleen het PMC.

Beantwoording van de vragen van de D66-fractie

Verwacht de Minister dat op basis van deze toegangscriteria na 2022 ook andere zorgaanbieders een beschikbaarheidsbijdrage zullen ontvangen? Zo niet, zou de Minister kunnen toelichten op grond waarvan hij tot deze criteria is gekomen? Zou de Minister in dat geval tevens kunnen toelichten hoe deze criteria zich volgens hem verhouden tot de conclusie van de onderzoekers van het programma TopZorg, dat het maatschappelijke meerwaarde heeft zeer specialistische zorg en onderzoek ook buiten universitaire ziekenhuizen te bekostigen?

De BBAZ is bedoeld voor zorgaanbieders in de medisch specialistische zorg. Het is mogelijk dat ook andere zorgaanbieders in aanmerking komen voor de BBAZ. Hiervoor dient echter wel te worden voldaan aan de toegangscriteria zoals genoemd in de voorhangbrief van 29 april 2019.² Daarnaast loopt er tot en met 2022 een programma Topspecialistische zorg en onderzoek. Dit programma is een vervolg op Topzorg. Op basis van de tussenevaluatie³ is in het HLA MSZ 2019–2022 afgesproken dat het TopZorg-programma wordt voortgezet. Het programma Topspecialistische zorg en onderzoek (TZO) heeft als doel om, binnen de bestaande kaders van het zorgstelsel, topspecialistische zorg gecombineerd met toegepast klinisch wetenschappelijk onderzoek en onderwijs te continueren en te verbeteren en qua bekostiging tot een duurzame oplossing te komen. Partijen die hiervoor in aanmerking kunnen komen zijn alle ziekenhuizen en categorale instellingen in Nederland die niet in aanmerking komen voor de BBAZ en die specifieke zorgfuncties op zeer hoog niveau uitvoeren. Op dit moment worden de aanvragen hiervoor beoordeeld.

Kan de Minister aangeven of hij van plan is het niveau van de huidige beschikbare middelen ook de opvolgende jaren te handhaven?

Het voornemen is om het niveau van de huidige beschikbare middelen ook de opvolgende jaren te handhaven. Het ROBIJN-traject heeft niet tot doel om te bezuinigen maar het ontwikkelen van een objectief en transparant model voor de toelating tot, verdeling en verantwoording van de BBAZ.

² Kamerstuk 32 864, nr. 6.

³ Kamerstuk 33 278, nr. 6.

Kan de Minister nader toelichten waarom het label «patiënten die off-label dure medicatie nodig hebben» niet langer wordt gebruikt?

Het label «patiënten die off-label dure medicatie nodig hebben» bleek niet goed in staat om topreferente patiënten te onderscheiden en wordt daarom niet langer gebruikt. In het bestuurlijk overleg is op basis van onderzoek door de partijen overeengekomen dat dit label geen onderdeel zou uitmaken van de ROBIJN-systematiek.

Beantwoording van de vragen van de SP-fractie

Hoe zorgt het model, zoals dat is ontwikkeld binnen het ROBIJN-traject, ervoor dat het leidt tot meer transparantie en een betere verantwoording?

De verantwoording geeft een beeld waar de toegekende middelen aan worden besteed. Dit kan zowel zijn voor duurdere patiëntenzorg vanwege de topreferente zorg van de betreffende patiëntengroep, als het beschikbaar hebben en houden van een infrastructuur (mensen en middelen) hiervoor. Als er minder wordt verantwoord dan in eerste instantie verleend is, wordt bij vaststelling door de NZa uiteindelijk een lager bedrag toegekend aan de instelling die het betreft. Het gaat om daadwerkelijke kosten die een instelling gemaakt heeft ten aanzien van de topreferente functie.

De leden van de SP-fractie benadrukken het belang van een transparante regeling, maar horen graag wat er precies gaat veranderen. Is het bijvoorbeeld mogelijk dat de nieuwe voorwaarden ertoe leiden dat bepaalde partijen die nu gebruik maken van de BBAZ in de toekomst niet meer in aanmerking komen voor de BBAZ, of dat bepaalde patiënten die nu worden aangemerkt als topreferente patiënt, dit in de toekomst niet meer zijn?

De toegangscriteria voor de BBAZ staan vast. Ook de huidige ontvangers zullen moeten blijven voldoen aan alle drie de criteria. Indien dit niet het geval is, zal de betreffende instelling niet in aanmerking komen voor de BBAZ.

De labelsystematiek staat vast maar de uitwerking van de labels zelf is nog wel in ontwikkeling. Zo wordt er momenteel nog gewerkt aan het label *wetenschap* omdat niet label nog niet volledig is uitontwikkeld. Dit kan betekenen dat een patiënt niet meer als topreferent worden gelabeld. Dit heeft overigens geen directe gevolgen voor de (behandeling van) patiënten zelf. Of een patiënt topreferent is wordt pas achteraf bepaald als de behandeling is afgerond en is slechts een theoretische wijze om uiteindelijk te bepalen of een instelling voor de BBAZ in aanmerking komt. De ontwikkeling van een label gebeurt altijd in samenwerking met de betrokken instellingen. Mocht een label verder zijn doorontwikkeld, zal de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bezien of aanpassing van de beleidsregel nodig is.

Klopt de constatering van genoemde leden dat het voor de BBAZ beschikbare budget tegelijkertijd echter niet verandert?

Ja, het totale beschikbare budget blijft voor de umc's en het AVL gedurende deze kabinetsperiode op het huidige niveau. Vanaf 2020 is PMC ook een van de rechthebbenden van de BBAZ en daarom wordt eenmalig een extra bedrag toegevoegd aan de beschikbare middelen.

Hoe verhoudt de uitbreiding van het aantal partijen dat in aanmerking komt voor de BBAZ zich tot een gelijkblijvend budget?

Vanaf 2020 is PMC ook een van de rechthebbenden van de BBAZ en wordt eenmalig een extra bedrag toegevoegd aan de beschikbare financiële middelen.

Hoe wordt voorkomen dat partijen onderling moeten gaan concurreren om in aanmerking te komen voor de BBAZ en hoe wordt voorkomen dat de topreferente patiënt daar indirect de dupe van wordt? Genoemde leden ontvangen hierop graag een uitgebreide toelichting.

Wanneer zorgaanbieders aan alle drie de toegangscriteria voldoen, komen zij in aanmerking voor de BBAZ. Het is niet de bedoeling dat partijen onderling gaan concurreren. Dit wordt ook niet beoogd met het ROBIJN-traject. Het ROBIJN-traject heeft juist het ontwikkelen van een objectief en transparant model voor de toelating tot, verdeling en verantwoording van de BBAZ tot doel.

De BBAZ is voor daadwerkelijke kosten en is juist voor het beschikbaar houden van topreferente zorg. De zorg voor de topreferente patiënt is dan ook niet in het geding.

Wanneer, zo vragen de leden van de SP-fractie, kunnen zij de verantwoordingsregel van de NZa verwachten?

De NZa streeft ernaar om in september 2019 de nieuwe beleidsregel vast te stellen.

Kan daarnaast nader worden toegelicht wat deze leden moeten verstaan onder de zinsnede dat «een zekere mate van substitutie tussen de twee delen acceptabel» is? Wie beoordeelt precies wat acceptabel is?

De NZa beoordeelt of de substitutie tussen het vaste en variabele deel binnen een instelling acceptabel is. Uitgangspunt is dat de kosten per deel worden verantwoord op basis van de vastgestelde verantwoordingsinstructies en het accountantsprotocol. Onderdeel van de verantwoording is een toelichting waarin de oorzaken van eventuele afwijking van de algemene (verwachte) verdeling tussen het vaste en variabele deel worden opgenomen. Indien er in hetzelfde jaar meer kosten zijn gemaakt voor het variabele deel en tegelijkertijd minder kosten voor het vaste deel (of andersom) biedt het accountantsprotocol de mogelijkheid om gemotiveerd aan te tonen dat deze meerkosten alsnog kunnen worden verantwoord als ze zijn gemaakt ten behoeve van het andere deel en voor vergoeding in aanmerking moeten komen. De beschreven mogelijkheid tot substitutie van kosten tussen het vaste en variabele deel maakt integraal onderdeel uit van de verantwoording op basis van het accountantsprotocol.

Op welke wijze wordt de registratiedruk door middel van het voorliggende voorstel beïnvloedt?

De registratiedruk wordt niet verhoogd. Er wordt namelijk gebruik gemaakt van bestaande beschikbare data zoals DIS en de jaarrekening.