

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Minister voor Medische Zorg over de hervorming van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg (BBAZ) vanaf 2020 (Kamerstuk 32 864, nr. 6).

De voorzitter van de commissie,  
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,  
Bakker

## **Inhoudsopgave**

- 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 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 geïdentificeerd 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 staqtje 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**