

Vergaderjaar 2013–2014

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr.266

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 12 februari 2014

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over haar brief van 12 november 2013 over de Beschikbaarheidsbijdrage curatieve zorg (Kamerstuk 29 248, nr. 261).

De op 19 december 2013 toegezonden vragen en opmerkingen zijn, met de door de Minister bij brief van 11 februari 2014 toegezonden antwoorden, hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Neppérus

De griffier van de commissie,
Teunissen

I Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Inbreng PvdA-fractie

De leden van de fractie van de PvdA hebben met interesse kennisgenomen van de voorhangbrief, waarin de Minister aankondigt een aanwijzing te geven aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de inzet van de beschikbaarheidsbijdrage voor curatieve zorg. Genoemde leden hebben een aantal vragen over de inzet van de beschikbaarheidsbijdrage en de voorgestelde wijzigingen van de beleidsregels.

Allereerst vragen de leden van de fractie van de PvdA welke instanties een beschikbaarheidsbijdrage voor de curatieve sector zullen krijgen in 2014, en om welke redenen beschikbaarheidsbijdragen kunnen komen te vervallen. Welke criteria gebruikt de NZa voor de toekenning en verdeling in de curatieve sector? Hoe wordt rekening gehouden met vrijevestigingen? Wordt er in de toedeling rekening gehouden met eventuele ongewenste concentratie van specialistische zorg, indien dit inhoudt dat voor bepaalde regio's bereikbaarheidsnormen overschreden zullen worden, omdat streekziekenhuizen specialistische zorg niet meer kunnen aanbieden? In hoeverre acht u dit wenselijk? Hoe verhoudt het aantal instanties met een beschikbaarheidsbijdrage zich ten opzichte van 2013? Hoe vindt controle op besteding plaats, en hoe verloopt eventuele handhaving?

Ten tweede vragen genoemde leden in hoeveel procent van het aantal in het verleden verleende beschikbaarheidsbijdragen de afbouwregeling is toegepast, en wat de verwachting is voor de toekomst. Hoeveel procent van het totale budget voor de beschikbaarheidsbijdrage voor de curatieve sector gaat uiteindelijk naar de afbouwregeling?

Tot slot vragen genoemde leden of de afbouwregeling een verplichting is, indien een beschikbaarheidsbijdrage aan een curatieve instantie na minimaal drie jaar komt te vervallen. Om welke redenen kan hier van worden afgezien, en wie bepaalt dit? Is de afbouwregeling ook van toepassing op instanties waarvan de beschikbaarheidsbijdrage wordt verlaagd, maar niet wordt ingetrokken? Is er in die zin ook een mogelijkheid tot het verlenen van een «opbouwregeling», als een instantie een substantieel hogere beschikbaarheidsbijdrage gaat ontvangen? Aangezien de afbouwregeling op juridische basis is gestoeld, kan een instantie tegen besluiten van de NZa in beroep gaan en hoe ziet dat traject eruit? In hoeverre is hier in het verleden gebruik van gemaakt?

Inbreng SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben de brief van de Minister met belangstelling gelezen. Zij willen nogmaals hun teleurstelling uitspreken over het voornemen van de Minister om de overgangsregeling in 2014 niet voort te zetten. Genoemde leden zien met lede ogen aan dat er spoedeisende hulpposten verdwijnen. Dat is niet goed voor de kwaliteit en beschikbaarheid van de acute zorg, maar ook de betreffende ziekenhuizen lijden onder deze ontwikkeling. De leden van de SP-fractie vragen de Minister of zij inmiddels inzichtelijk kan maken welke ziekenhuizen die in 2012 en 2013 wel een beschikbaarheidsbijdrage kregen hier in de toekomst geen recht meer op hebben. Kan zij per ziekenhuis aangeven wat de gevolgen zijn voor het desbetreffende ziekenhuis? Zijn er ziekenhuizen, of afdelingen van ziekenhuizen, die hierdoor in hun voortbestaan worden bedreigd, dan wel in de financiële moeilijkheden komen? Zij vragen de Minister hierbij specifiek in te gaan op het sluiten van de spoedeisende hulppost in Oldenzaal.

Inbreng CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de beschikbaarheids- bijdrage curatieve zorg. Zij willen van de Minister weten hoe de afbouwregeling op dit moment geregeld is, en waar de afbouwregeling op dit moment ten laste van wordt gebracht.

Ook grijpen de leden van de CDA-fractie deze mogelijkheid aan om enkele vragen te stellen over de beschikbaarheidsbijdrage voor de vrijgevestigde opleidingsplaatsen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

In het bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013–2014 is afgesproken zorg te dragen voor een goede verdeling van opleidingsplaatsen met een evenwichtige verdeling over zorgaanbieders, en tussen de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ. Vanuit de praktijk ontvangen de leden van de CDA-fractie geluiden dat er niet een evenwichtige verdeling plaatsvindt. Het schijnt voor vrijgevestigde GGZ-opleidingen zeer lastig te zijn om in aanmerking te komen voor een gesubsidieerde opleidingsplek. Daarom de volgende vraag:

op welke wijze ziet de Minister erop toe dat de realisatie van een goede verdeling van opleidingsplaatsen over instellingen en vrijgevestigden gerealiseerd wordt conform het bestuurlijk akkoord?

II Reactie van de Minister

Inbreng PvdA-fractie

Allereerst vragen de leden van de fractie van de PvdA welke instanties een beschikbaarheidsbijdrage voor de curatieve sector zullen krijgen in 2014, en om welke redenen beschikbaarheidsbijdragen kunnen komen te vervallen. Welke criteria de NZa gebruikt voor de toekenning en verdeling in de curatieve sector.

De voorwaarden op basis waarvan een beschikbaarheidsbijdrage kan worden toegekend door de NZa zijn vastgelegd in het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG en de aanwijzing inzake de beschikbaarheidsbijdrage van VWS. De NZa stelt op basis van het Besluit en de aanwijzing haar beleidsregels vast waarin wordt gespecificeerd hoe instellingen hun aanvraag voor een beschikbaarheidsbijdrage kunnen indienen. Bij sommige vormen van zorg die in aanmerking komen voor een beschikbaarheidsbijdrage zijn de instellingen op dit moment expliciet benoemd door VWS. Dit is bijvoorbeeld het geval voor de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg en het calamiteitenhospitaal.

Voor wat betreft de beschikbaarheidsbijdrage SEH kunnen vanaf 2013 alle instellingen die recht denken te hebben op die bijdrage een aanvraag indienen. Voor 2014 zullen ook de instellingen die tot en met 2013 op basis van de overgangsregeling de beschikbaarheidsbijdrage ontvingen een aanvraag moeten indienen. Of een instelling een beschikbaarheidsbijdrage SEH krijgt toegewezen is afhankelijk van de beantwoording van de vraag of de betreffende instelling voldoet aan de eisen zoals opgenomen in de vigerende wettelijke bepalingen en regelgeving van de NZa.

Instellingen komen in aanmerking voor een beschikbaarheidsbijdrage SEH wanneer ze voldoen aan drie criteria:

1. Het ziekenhuis biedt 24/7 spoedeisende hulp conform de vigerende eisen
2. Het ziekenhuis is cruciaal voor de 45 minuten norm
3. De reguliere inkomsten via tarieven zijn onvoldoende om de spoedeisende hulp in de lucht te houden.

Verder vraagt de PvdA-fractie mij hoe wordt rekening gehouden met vrijgevestigd medisch specialisten.

De bijdrage die de zorgautoriteit vaststelt is bedoeld om de kosten van de uitvoering van de betreffende zorgfunctie geheel of gedeeltelijk te dekken, rekening houdend met de opbrengsten uit die zorgfunctie en met een redelijke marge. Hierbij is onder andere relevant wat de kosten zijn van het benodigde medisch personeel. In het geval een vrijgevestigd medisch specialist wordt ingezet voor het uitvoeren van die functie kan hij in de tijd die hij met die beschikbaarheidsfunctie bezig is geen andere, met DBC's bekostigde werkzaamheden uitvoeren. De beschikbaarheidsbijdrage compenseert de instelling in feite voor deze kostenpost. Aangezien de beschikbaarheidsbijdrage wordt verstrekt aan een instelling zal een instelling logischerwijs afspraken maken met de vrijgevestigd medisch specialist over de compensatie die de medisch specialist krijgt voor zijn eventuele gemiste inkomsten uit reguliere productie.

De fractie van de PvdA vraagt of er in de toedeling rekening wordt gehouden met eventuele ongewenste concentratie van specialistische zorg, indien dit inhoudt dat voor bepaalde regio's bereikbaarheidsnormen overschreden zullen worden, omdat streekziekenhuizen specialistische zorg niet meer kunnen aanbieden. De leden van de PvdA fractie vragen in hoeverre ik dit wenselijk acht.

Met het instrument beschikbaarheidsbijdrage wordt een bijdrage mogelijk gemaakt voor specifiek aangewezen vormen van zorg waarvan VWS het noodzakelijk acht dat deze zorg beschikbaar is. Welke bereikbaarheidsnormen hieraan worden gesteld kan verschillen per zorgvorm. De eisen staan per zorgvorm benoemd in het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG, de aanwijzingen en beleidsregels van de NZa inzake beschikbaarheidsbijdrage. In het geval van de SEH geldt de 45 minuten bereikbaarheidsnorm. In de nu geldende aanwijzing beschikbaarheidsbijdrage staat hierover opgenomen:

«De norm stelt dat iedereen binnen 45 minuten naar een spoedeisende hulp vervoerd moet kunnen worden. De spoedeisende hulp van een ziekenhuis kan noodzakelijk zijn voor de bereikbaarheid binnen de 45 minuten in die situaties dat de sluiting van de spoedeisende hulp van dit ziekenhuis tot gevolg heeft dat een aantal mensen niet meer binnen de norm naar een spoedeisende hulp vervoerd kan worden. Kortom, als ook maar één inwoner door de sluiting van de betreffende spoedeisende hulp niet meer binnen 45 minuten bij een spoedeisende hulp zou kunnen komen, en dat wordt niet op een andere manier opgelost, dan komt de SEH-aanbieder in aanmerking voor een beschikbaarheidsbijdrage.»

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe het aantal instanties met een beschikbaarheidsbijdrage zich verhoudt ten opzichte van 2013, hoe controle op besteding plaatsvindt, en hoe eventuele handhaving verloopt. Een aantal beschikbaarheidsbijdragen worden nog ambtshalve vastgesteld, en voor bijvoorbeeld de beschikbaarheidsbijdrage SEH moet een aanvraagprocedure worden doorlopen. Het is nog niet bekend hoeveel instellingen een beschikbaarheidsbijdrage SEH ontvangen in 2014. De controle en handhaving zijn op hoofdlijnen niet anders dan bij een reguliere subsidie; instellingen dienen een aanvraag in voor het betreffende jaar, de NZa verleent een subsidie (voorschot) en na afloop van het jaar waarvoor de beschikbaarheidsbijdrage is verstrekt beoordeelt de NZa aanvragen tot vaststelling van de definitieve beschikbaarheidsbijdrage. Zorgaanbieders dienen daartoe voor 1 juli na afloop van het jaar waarvoor een beschikbaarheidsbijdrage is verleend een aanvraag tot vaststelling in bij de NZa. De aanvraag tot vaststelling dient vergezeld te gaan van een accountants-

verklaring. Op grond van die verantwoording stelt de NZa de definitieve beschikbaarheidsbijdrage vast.

Verder vragen de leden van de PvdA-fractie in hoeveel procent van het aantal in het verleden verleende beschikbaarheidsbijdragen de afbouwregeling is toegepast, wat de verwachting is voor de toekomst en hoeveel procent van het totale budget voor de beschikbaarheidsbijdrage voor de curatieve sector uiteindelijk naar de afbouwregeling gaat.

De afbouwregeling wordt vanaf 1 januari 2014 toegevoegd aan het instrument beschikbaarheidsbijdrage. Tot dan kon er geen beschikbaarheidsbijdrage als afbouwsubsidie worden verstrekt door de NZa. Er is nog geen definitief beeld hoeveel instellingen hun beschikbaarheidsbijdrage verliezen, welke in aanmerking komen voor een afbouwregeling en hoe hoog dat bedrag zal zijn.

Tot slot vragen leden van de PvdA-fractie of de afbouwregeling een verplichting is, indien een beschikbaarheidsbijdrage aan een curatieve instantie na minimaal drie jaar komt te vervallen. De betreffende leden vragen welke redenen kan hier van worden afgezien, en wie dit bepaalt. Verder wordt gevraagd of de afbouwregeling ook van toepassing is op instanties waarvan de beschikbaarheidsbijdrage wordt verlaagd, maar niet wordt ingetrokken en of er in die zin ook een mogelijkheid is tot het verlenen van een «opbouwregeling», als een instantie een substantieel hogere beschikbaarheidsbijdrage gaat ontvangen. Afsluitend wordt gevraagd of een instantie tegen besluiten van de NZa in beroep gaan, hoe dat traject eruit ziet en in hoeverre is hier in het verleden gebruik van gemaakt.

De verplichting tot het toepassen van afbouwregeling volgt uit de Algemene wet bestuursrecht (Awb) en is onder andere afhankelijk van de termijn waarvoor een achtereenvolgende subsidie met hetzelfde doel is verleend. De beschikbaarheidsbijdrage is immers een subsidie in de zin van de Awb. Met betrekking tot het stopzetten van subsidies en het (al dan niet) hanteren van een afbouwregeling wordt in artikel 4:51 van de Awb bepaald dat wanneer een bestuursorgaan drie jaar of langer een subsidie heeft verleend voor dezelfde activiteiten, deze (gedeeltelijk) kan worden beëindigd met inachtneming van een redelijke termijn. De instelling die de subsidie ontvangt moet immers genoeg tijd hebben om zich voor te bereiden op de situatie zonder (of met minder) subsidie. Hoe lang deze redelijke termijn dient te zijn, is afhankelijk van het individuele geval. Wanneer de termijn niet redelijk is, dient de subsidie langer doorbetaald te worden totdat deze redelijke termijn wel is verstreken. Deze doorbetaling is dan een vorm van afbouw.

De verplichting tot het toepassen van een afbouwregeling volgt zoals gezegd uit de Awb. De NZa voert de beschikbaarheidsbijdrage uit en dient daarbij de relevante bepalingen uit de Awb toe te passen. De NZa dient daarbij invulling te geven aan een eventuele afbouwverplichting.

Voor het eerst sinds de invoering van het instrument beschikbaarheidsbijdrage in 2012 komen met ingang van 2014 een aantal zorgaanbieders mogelijk niet langer in aanmerking voor een beschikbaarheidsbijdrage SEH. Aangezien het instrument beschikbaarheidsbijdrage pas per 2011 is ingevoerd, kan formeel gezien pas vanaf 2015 de situatie ontstaan dat een subsidie na 3 jaar wordt beëindigd. Echter, voorafgaand aan de invoering van de beschikbaarheidsbijdrage in 2012 ontvingen zorgaanbieders vergelijkbare vergoedingen via het functiegericht budget (FB). De NZa

heeft inmiddels aan de instellingen die tot en met 2013 een beschikbaarheidsbijdrage SEH kregen kenbaar gemaakt dat zij een afbouwregeling krijgen.

Zoals uit voorgaande blijkt, is het nog niet eerder voorgekomen dat een zorgaanbieder bezwaar heeft gemaakt dan wel beroep heeft aangetekend tegen de NZa de (gedeeltelijke) stopzetting van de beschikbaarheidsbijdrage. Vanzelfsprekend kan een zorgaanbieder de gebruikelijke rechtsmiddelen aanwenden wanneer deze het niet eens is met een besluit van de NZa. Dat betekent eerst bezwaar maken bij de NZa zelf en vervolgens bestaat de mogelijkheid beroep in te stellen bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven.

Ik kan mij geen situatie indenken waarbij de noodzaak zou bestaan om een «opbouwregeling» te hanteren. Mocht een zorgaanbieder op grond van de geldende regelgeving in aanmerking komen voor een beschikbaarheidsbijdrage dan dient deze zorgaanbieder hiervoor een aanvraag te doen bij de NZa. In de situatie dat de NZa positief beslist op de aanvraag, dient de zorgaanbieder de bijhorende taken uit te voeren.

Inbreng SP-fractie

De leden van de SP-fractie vragen of ik inzichtelijk kan maken welke ziekenhuizen die in 2012 en 2013 wel een beschikbaarheidsbijdrage SEH kregen hier in de toekomst geen recht meer op hebben.

Zoals aangegeven in mijn antwoorden op de vragen van de PvdA-fractie is er nog geen definitief beeld hoeveel instellingen de beschikbaarheidsbijdrage in 2014 verliezen. Ter verduidelijking merk ik op dat zeven instellingen de beschikbaarheidsbijdrage SEH in 2012 en 2013 ontvingen op basis van de overgangsregeling die in die jaren gold. Dit betekende concreet dat een instelling die in 2011 een SEH-toeslag in het FB ontving, ook een beschikbaarheidsbijdrage SEH kreeg toegekend in 2012 en 2013. In 2014 houdt deze overgangsregeling op te bestaan.

Welke van deze zeven instellingen in aanmerking kunnen komen voor een beschikbaarheidsbijdrage SEH in 2014 is nog niet te zeggen. De huidige zeven ontvangers, maar ook andere instellingen kunnen een aanvraag indien voor een beschikbaarheidsbijdrage SEH. Of een instelling voor een beschikbaarheidsbijdrage SEH in aanmerking komt wordt beoordeeld door de NZa op basis van de eisen die daartoe zijn vastgelegd in het Besluit beschikbaarheidsbijdrage, de aanwijzing beschikbaarheidsbijdrage en de daaruit voortvloeiende beleidsregels van de NZa.

Instellingen komen in aanmerking voor een beschikbaarheidsbijdrage SEH wanneer ze voldoen aan drie criteria:

1. Het ziekenhuis biedt 24/7 spoedeisende hulp conform de vigerende eisen
2. Het ziekenhuis is cruciaal voor de 45 minuten norm
3. De reguliere inkomsten via tarieven zijn onvoldoende om de spoedeisende hulp in de lucht te houden.

De leden van de SP-fractie vragen of ik per ziekenhuis kan aangeven wat de gevolgen zijn voor het desbetreffende ziekenhuis en of er ziekenhuizen zijn, of afdelingen van ziekenhuizen, die hierdoor in hun voortbestaan worden bedreigd, dan wel in de financiële moeilijkheden komen. De leden van de SP-fractie vragen hierbij specifiek in te gaan op het sluiten van de spoedeisende hulppost in Oldenzaal.

Zoals hierboven aangegeven is er nog geen definitief beeld van de instellingen die niet meer in aanmerking komen voor de beschikbaarheidsbijdrage SEH. Of een individuele instelling als gevolg van het eventueel verliezen van de beschikbaarheidsbijdrage SEH in financiële moeilijkheden komt is om deze reden dan ook niet aan te geven, dit is immers primair afhankelijk van de lokale situatie en wijze waarop de instelling in overleg met de zorgverzekeraar de zorg in die regio vormgeeft.

Hierover merk ik op dat met de overgangsregeling 2012 en 2013 en de mogelijkheid tot een afbouwregeling de huidige ontvangende instellingen reeds in staat worden gesteld om in lokaal overleg hun organisatie en het leveren van (acute) zorg tijdig aan te passen aan de nieuwe situatie. Hierbij blijft onverminderd de voorwaarde gelden dat binnen 45 minuten per ambulance een SEH moet kunnen worden bereikt. De zorgverzekeraar is hier in het kader van haar zorgplicht als eerste aan zet om de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg te waarborgen als ook de financiering van die zorg.

Ten aanzien van de hulppost in Oldenzaal merk ik het volgende op. Uit de analyse gevoelige ziekenhuizen die het RIVM in 2011 en 2013 heeft uitgebracht, blijkt dat de locatie Oldenzaal niet gevoelig is voor de 45 minuten norm. Locatie Oldenzaal krijgt in 2012 en 2013 de beschikbaarheidsbijdrage op basis van de overgangsregeling. Het Medisch Spectrum Twente geeft twee redenen aan voor het voorgenomen besluit om de locatie Oldenzaal te sluiten. Ten eerste het beperkte aantal personen dat zich overdag meldt (gemiddeld acht personen), die bovendien ook door hun huisarts geholpen kunnen worden. Ten tweede het feit dat mogelijk geen beroep meer kan worden gedaan op een beschikbaarheidsbijdrage voor de locatie Oldenzaal, waardoor het lastiger wordt de financiering van de acute zorgpost rond te krijgen.

De NZa zal formeel toetsen of locatie Oldenzaal aan eerdergenoemde eisen voldoet.

Inbreng CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie vragen hoe de afbouwregeling op dit moment geregeld is, en waar de afbouwregeling op dit moment ten laste van wordt gebracht.

De afbouwregeling van de NZa treedt in werking vanaf 1 januari 2014. Dat betekent dat er voor 2014 geen specifieke afbouwregeling bestond ten aanzien van de beschikbaarheidsbijdrage. Zoals ik ook in mijn antwoord op de vragen vanuit de PvdA-fractie heb geantwoord, is het aan de NZa om door middel van beleidsregels concrete invulling te geven aan de afbouwregeling. Wanneer de NZa besluit om de afbouwregeling te hanteren, zal het geld hiervoor worden onttrokken uit Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten dan wel het Zorgverzekeringsfonds.

De leden van de CDA-fractie grijpen deze mogelijkheid aan om enkele vragen te stellen over de beschikbaarheidsbijdrage voor de vrijgevestigde opleidingsplaatsen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). In het bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013–2014 is afgesproken zorg te dragen voor een goede verdeling van opleidingsplaatsen met een evenwichtige verdeling over zorgaanbieders, en tussen de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ. Vanuit de praktijk ontvangen de leden van de CDA-fractie geluiden dat er niet een evenwichtige verdeling plaatsvindt. Het schijnt voor vrijgevestigde GGZ-opleidingen zeer lastig te zijn om in aanmerking te komen voor een gesubsidieerde opleidingsplek. Daarom stellen de leden van de CDA-fractie de vraag op welke wijze erop

wordt toegezien dat de realisatie van een goede verdeling van opleidingsplaatsen over instellingen en vrijgevestigden gerealiseerd wordt conform het bestuurlijk akkoord.

In het bestuurlijk akkoord GGZ 2014–2017 is het volgende afgesproken:

«een goede verdeling van opleidingsplaatsen met een evenwichtige verdeling over zorgaanbieders en tussen de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ wordt door alle partijen van belang geacht. Bij de jaarlijkse verdeling van opleidingsplaatsen zal dit nader worden uitgewerkt. Bij de verdeling worden alle relevante partijen betrokken, waaronder vrijgevestigden.»

De koepels van veldpartijen in de geestelijke gezondheidszorg zijn verantwoordelijk voor de totstandkoming van het jaarlijkse toewijzingsvoorstel en het daaraan ten grondslag liggende toewijzingsprotocol. Daarbij moeten de koepels de voorwaarden en vereisten naleven voor het zorgvuldig en transparant tot stand brengen van het toewijzingsvoorstel die de Minister van VWS stelt in het spelregeldocument voor de toewijzing in enig jaar. Vanaf 2013 zijn de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen en de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten reeds bij het toewijzingsproces betrokken. In het spelregeldocument voor de toewijzing voor 2015 heb ik expliciet als voorwaarde opgenomen dat uitvoering moet worden gegeven aan de afspraak in het bestuurlijk akkoord door bij de toewijzing zorg te dragen voor een evenwichtige verdeling over aanbieders van generalistische Basis GGZ en van gespecialiseerde GGZ.

Ik zal het toewijzingsprotocol en het toewijzingsvoorstel daarop toetsen. Dit betekent overigens niet dat vrijgevestigden altijd in aanmerking komen om een opleidingplaats aan te bieden. Een aanbieder kan alleen in aanmerking komen voor bekostiging van een opleidingsplaats als deze erkend is om het praktijkdeel van de desbetreffende opleiding te verzorgen. Deze erkenning is de verantwoordelijkheid van door de Minister aangewezen opleidingsinstellingen.