



Verantwoording bbaz 2018 nieuwe systematiek

REGELING NR/REG-1830

Vastgesteld op 11 december 2018

Gelet op de artikelen 61, 62 en 68, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevoegd tot het stellen van regels op het gebied van informatie die benodigd is om de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg (bbaz) te kunnen vaststellen.

1. Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:

Academische patiënt:

Patiënten die topreferente zorg ontvangen.

Academische zorg:

Het uitvoeren van topreferente zorg en innovatieve zorg, en de ontwikkeling van nieuwe vormen van diagnostiek en behandeling. De omschrijving van academische zorg is opgenomen in onderdeel B van de bijlage bij het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG (Stb. 2012, 396).

Beschikbaarheidsbijdrage:

Een bijdrage als bedoeld in artikel 56a van de Wmg.

Beschikbaarheidsbijdrage academische zorg

Een beschikbaarheidsbijdrage zoals bedoeld in de beleidsregel 'Beschikbaarheidsbijdrage ambtshalve'.

DIS (DBC-Informatiesysteem)

Digitale databank zoals omschreven in de 'Regeling verplichte aanlevering minimale dataset medisch specialistische zorg (MDS)'.

Ontvangers

De ontvangers van de bbaz zoals opgenomen in artikel 5.3 van de beleidsregel 'Beschikbaarheidsbijdrage ambtshalve'.

Topreferente zorg

Topreferente zorg is zeer specialistische patiëntenzorg die:

- gepaard gaat met bijzondere diagnostiek en behandeling waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is;
- vereist een infrastructuur waarbinnen vele disciplines op het hoogste deskundigheidsniveau samenwerken;
- is gekoppeld aan fundamenteel patiëntgericht onderzoek.

Ontwikkeling en Innovatie

Ontwikkeling en Innovatie hebben betrekking op het bedenken, uitproberen, systematisch uittesten en verspreiden van nieuwe behandelingen en vormen van diagnostiek. Het betreft uitsluitend die vormen van ontwikkeling en innovatie die steunen op fundamenteel wetenschappelijk onderzoek.

Patiëntgebonden labels

Patiëntgebonden labels zijn acht verschillende labels. Per label zijn variabelen bepaald die van toepassing kunnen zijn op een patiënt; valt een patiënt onder een van deze labels, dan is sprake van een academische patiënt. Dit zijn patiënten die topreferente zorg krijgen. De verdeling van academische patiënten over de ontvangers van de bbaz bepaalt vanaf 2020 de verdeling van het variabele deel van de bbaz over de ontvangers. Zie de toelichting bij deze regeling voor een omschrijving van de acht patiëntgebonden labels.

Variabel deel bbaz

Het variabele deel van de bbaz is het deel van de beschikbaarheidsbijdrage dat de kosten van de behandelde academische patiënten dekt. Voor de verantwoording van het variabele deel is daarmee het aantal academische patiënten dat door de ontvangers behandeld werden in voorgaande jaren bepalend.

Vast deel bbaz

Het vaste deel van de bbaz is het deel van de beschikbaarheidsbijdrage dat de kosten dekt voor het in stand houden van de kennis en infrastructuur voor het continue kunnen leveren van academische zorg.

2. Doel van de regeling

Deze regeling beoogt om op transparante wijze vast te leggen welke gegevens de ontvangers van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg (bbaz) verstrekken aan de NZa en hoe zij deze gegevens aan de NZa verstrekken. Deze informatie gebruikt de NZa om vast te stellen wat de bbaz volgens de beoogde, maar nog niet in werking getreden en nader te ontwikkelen, systematiek zou zijn.



De regeling legt vast op welke wijze ontvangers van de bbaz zich dienen te verantwoorden over het jaar 2018.

De verantwoording over het jaar 2018 heeft geen invloed op het bedrag dat de NZa verleent en vaststelt. Dit gebeurt conform de procedures die zijn vastgelegd in de beleidsregel 'Beschikbaarheidsbijdrage ambtshalve'.

3. Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op de ontvangers van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg.

4. Te verstrekken informatie

4.1 Procedure

De procedure voor het verantwoordingsjaar 2018 is als volgt:

1. Uiterlijk 1 mei 2019: de NZa levert over de jaren 2013 tot en met 2017 aan de ontvangers de volgende gegevens:
 - a. Per jaar, per label het aantal academische patiënten dat door hun instelling behandeld is.
 - b. Per jaar de vullingsgraad van de data op basis waarvan het aantal academische patiënten bepaald is.
 - c. Per jaar, per label hoe de procentuele verdeling van academische patiënten over de labels bij de ontvanger scoort ten opzichte van:
 - i. het gemiddelde van alle ontvangers; en
 - ii. de laagst en hoogst scorende ontvanger.
 - d. Per jaar de onderliggende gebruikte data en de bijbehorende specificaties,
2. Uiterlijk 1 september 2019: de ontvanger levert de informatie terug aan de NZa zoals uitgewerkt in artikel 4.2.1, lid 3 en artikel 4.2.2, lid 1.
3. Uiterlijk 1 oktober 2019: de NZa stelt de bbaz 2018 formeel vast conform de beleidsregel 'beschikbaarheidsbijdrage ambtshalve'.

4.2 Verantwoording

De jaarlijkse verantwoording vindt plaats aan de hand van de volgende twee onderdelen:

1. Patiëntgebonden labels
2. Ontwikkeling en Innovatie

4.2.1 Verantwoording patiëntgebonden labels:

De nieuwe systematiek voor de verantwoording van de labels bestaat uit de volgende stappen:

1. De NZa berekent de score per label per ontvanger (de technische specificaties per label voor inzicht in de totstandkoming van de scores worden door de NZa ter beschikking gesteld op www.nza.nl).
2. De NZa verstuurt uiterlijk 1 mei 2019 de informatie via het uitwisselportaal naar de ontvanger zoals genoemd in paragraaf 4.1, lid 1.
3. De ontvanger geeft een kwalitatieve verklaring op twee onderdelen:
 - a. Per label een verklaring van stijgingen / dalingen in het aantal academische patiënten tussen 2016 en 2017 en voor zover relevant over 2013–2015;
 - b. een inhoudelijke uitwerking op instellingsniveau van de activiteiten van de ontvanger gericht op academische patiëntenzorg.
4. De ontvanger levert de kwalitatieve verklaring zoals vermeld in lid 3 uiterlijk 1 september 2019 aan de NZa via het uitwisselportaal dat de NZa hiervoor beschikbaar zal stellen.
5. De NZa controleert of de aanlevering van elke ontvanger compleet is; of alle informatie geleverd is zoals omschreven in lid 3, sub a en b van dit artikel.
6. De informatie wordt niet gebruikt om de bbaz voor de jaren 2018 en 2019 te muteren, maar wel:
 - a. door de NZa om de verantwoordings- en verdeelsystematiek waar nodig te verbeteren. Met betrokken partijen worden de uitkomsten en verklaringen periodiek besproken, waarin getoetst wordt of de systematiek verbeterd moet worden. Dit wordt dan opgenomen in de verantwoording van het daarop volgende jaar;
 - b. door de ontvanger om hun bedrijfsvoering waar nodig aan te passen voor 2020 wanneer de nieuwe systematiek in werking treedt.

4.2.2 Verantwoording ontwikkeling en innovatie

De verantwoording van ontwikkeling en innovatie (O&I) ziet er als volgt uit:

1. De ontvanger levert uiterlijk 1 september 2019 de volgende gegevens aan:



Kwantitatief

- a. De opbrengst 2018 vanuit de bbaz, nl. 30% van de totale verlening;
- b. De kosten voor ontwikkeling en innovatie betrekking hebbend op 2018, onderverdeeld naar de volgende categorieën:
 - i. Innovatie gekoppeld aan de innovatiekalender van het Ministerie van VWS
 - ii. Investerings ten behoeve van innovatieve apparatuur en fysici
 - iii. (Nog) niet vergoede zorg
 - iv. Klinische research en randvoorwaardelijke voorzieningen
 - v. Beschikbaarheid kennis en voorzieningen bij rampen, infecties en epidemieën
 - vi. Kennisdeling en consultatie
 - vii. Ontwikkeling kwaliteitsbeleid, richtlijnen en normeringen
 - viii. Databank-functie en big data-ontwikkeling
 - ix. Overkoepelende kosten

Kwalitatief

- c. Een inhoudelijke omschrijving van welke activiteiten per kostencategorie zijn uitgevoerd door de instelling in 2018, waarvan in elk geval categorie ix nader gespecificeerd wordt.
2. De NZa stelt vast dat elke ontvanger de informatie heeft aangeleverd.
3. De informatie wordt niet gebruikt om de bbaz te muteren, maar wel:
 - a. door de NZa om de omschrijving van O&I en de te onderscheiden kostencategorieën te verbeteren;
 - b. door de ontvangers om inzicht te krijgen in passendheid van de bbaz voor de kosten verbonden aan het in stand houden van academische zorg.

5. Controleverklaring

De accountant doet onderzoek of bij het opstellen van de verantwoording van het vaste deel van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg, het van toepassing zijnde controleprotocol is gevolgd en dat de opgegeven bedragen in de verantwoording voor de beschikbaarheidsbijdrage conform dit controleprotocol zijn bepaald.

De accountant rapporteert zijn bevindingen via een Rapport van feitelijke bevindingen gericht aan de NZa.

6. Intrekken oude regeling

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de Regeling verantwoording bbaz 2017 nieuwe systematiek, met kenmerk NR/REG-1741, ingetrokken.

7. Toepasselijkheid voorafgaande regeling

De Regeling verantwoording bbaz 2017 nieuwe systematiek, met kenmerk NR/REG-1741, blijft van toepassing op gedragingen (handelen en nalaten) van zorgaanbieders die onder de werkingssfeer van die regeling vielen en die zijn aangevangen – en al dan niet beëindigd – in de periode dat die regeling gold.

8. Bekendmaking en inwerkingtreding

Deze regeling treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin de regeling ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wmg wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 januari 2018.

9. Citeerregel

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling verantwoording bbaz 2018 nieuwe systematiek.

*De Nederlandse Zorgautoriteit,
M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur*



TOELICHTING

Voor de toekenning, verantwoording en verdeling van de bbaz wordt in de periode 2017–2019 een nieuwe systematiek ontwikkeld. De ontwikkeling van een nieuwe systematiek komt voort uit de conclusie van het Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) in 2012 dat onduidelijk is waar de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg (BBAZ) aan wordt besteed en dat de transparantie en verantwoording rondom de BBAZ onvoldoende is.

De afgelopen jaren hebben de ontvangers (umc's verenigd in de NFU en AVL) samen met het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de NZa een traject ingezet dat moet zorgen voor een hervorming van de manier waarop de bbaz toegekend, verdeeld en verantwoord wordt.

Het traject is gestart met als doel het scherper definiëren van de topreferente functie en het transparant maken van de kosten en de opbrengsten van de topreferente functie.

Het traject heeft 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 en financiële verantwoording over de bbaz.

De bbaz wordt verdeeld in een vast en een variabel deel. Het variabele deel is bedoeld voor de zorg aan academische patiënten en varieert mee met het aantal academische patiënten dat een ontvanger behandelt. Het vaste deel is bedoeld voor de infrastructuur, de kenniscomponent, en de ontwikkeling en innovatie die structureel nodig is voor het kunnen 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.

Met het begrip 'academische patiënt' hebben de partijen een manier gevonden om het variabele deel van de bbaz transparant toe te kennen en 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.

De nieuwe systematiek voor het variabele deel is gebaseerd op verschillende informatiebronnen zoals het DBC-Informatiesysteem (DIS) dat bij de NZa in beheer is. De NZa kan over alle informatie beschikken zonder tussenkomst van derden en vervolgens de patiënten van de totale patiëntenpopulatie 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 de nieuwe systematiek een juiste methode is. Daarnaast wordt onderzocht of de verdeling van kosten over de acht kostencategorieën conform artikel 4.2.2 die de ontvangers zijn overeen gekomen nadere definitie of uitwerking behoeven, of dat er al sprake is van een uniforme toedeling van kosten.

De verantwoordingen over 2017 zijn inmiddels door alle ontvangers ingediend. Op basis van deze verantwoordingen zal in overleg zullen daar waar nodig nadere afspraken worden gemaakt. Voor de verantwoording is door de NFU een detailinstructie opgesteld welke gehanteerd dient te worden om vanuit de administratie kosten toe te delen aan de te onderscheiden kostencategorieën.

De verantwoording op basis van de regeling dient nadrukkelijk om van te leren. Het is daarom goed mogelijk dat de keuze voor een kostencategorie arbitrair is. Ook is het percentage van 30% conform bestuurlijk overleg een voorlopige. Daarom is het mogelijk dat de optelling van categorie i t/m viii niet aansluit op 30% van de beschikbaarheidsbijdrage. Dit heeft geen gevolgen voor de vaststelling over 2018. Het is dus uitdrukkelijk niet de bedoeling het verantwoordingsbedrag kunstmatig aan te laten sluiten op het vaste deel van de beschikbaarheidsbijdrage.

Onderdeel van de nieuwe systematiek is de verantwoording van de bbaz over het vaste en het variabele deel.

- In 2019 zullen de ontvangers zich voor het vaste deel kwalitatief en financieel verantwoorden over de gemaakte kosten en uitgevoerde activiteiten in 2018.
- Voor het variabele deel zullen de ontvangers zich in 2019 inhoudelijk verantwoorden over de academische patiëntscores in de jaren 2013 t/m 2017.



De verantwoording is, conform het Plan van Aanpak zoals vastgesteld in het Bestuurlijk Overleg van 21 december 2016, vastgelegd in deze regeling.

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 patiënt labelscores en de door de ontvangers verstrekte verantwoording op het vaste en variabele deel.

De regeling heeft als doel om de verantwoording van de bbaz transparant, te uniformeren en niet vrijblijvend te maken. Het is van belang om de testperiode optimaal te benutten voor de volgende redenen:

- Voor VWS/NFU/NZa om te onderzoeken of en hoe de nieuwe verdeelsystematiek verder verbeterd kan worden;
- Voor de ontvangers om zich te verantwoorden;
- Voor de ontvangers om zich voor te bereiden op 2020 wanneer de herverdeling van de bbaz volgens de beoogde nieuwe systematiek daadwerkelijk in de praktijk wordt gebracht.

De beschikbaarheidsbijdrage volgens de nieuwe systematiek wordt vooraf aan een kalenderjaar (t-1) verleend en achteraf (t+1) vastgesteld.

Naar aanleiding van overleg met partijen is besloten het aantal labels terug te brengen van negen naar acht. Het label dure geneesmiddelen is daarmee komen te vervallen.

1. Functionele beschrijving labels voor het project Robijn

Hieronder volgt een functionele omschrijving van de verschillende labels.

Algemeen:

De patiëntenpopulatie bestaat uit unieke patiënten voor wie binnen een bepaalde tijdspanne een DBC-zorgprestatie geopend is. Het gaat om geleverde zorg binnen academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen en categorale ziekenhuizen.

Er worden twee referentiegroepen onderscheiden:

- referentiegroep 1: ontvangers van een bbaz;
- referentiegroep 2: overige instellingen.

Alle patiëntgebonden labels worden berekend per jaar, waarbij gekeken wordt naar de openingsdatum van de DBC.

Label 1: behandelintensiteit

Stap 1: bereken profielzwaarte per traject in de DIS-data

Gebruikt worden kostprijzen per activiteit voor onderlinge weging van alle voorkomende zorgactiviteiten binnen een traject. De activiteiten binnen de zorgprofielklassen 20, 89 en 99 worden hierbij uitgesloten. Behalve bij de zorgproductgroep 990027 medisch specialistische revalidatiezorg (MSRZ) en de hartrevalidatie worden ook activiteiten binnen de zorgprofielklasse 14 uitgesloten.

De profielzwaarte wordt alleen berekend voor DBC-zorgproducten die zowel door UMC's (en AvL) als niet-UMC's worden uitgevoerd. Voor DBC-zorgproducten die louter door UMC's worden uitgevoerd, wordt binnen de reguliere tariefberekening al een passend tarief bepaald.

Stap 2: bereken profielzwaarte-index per traject in de DIS-data

We zetten per traject in de DIS-data de profielzwaarte af tegen de landelijk gemiddelde profielzwaarte van datzelfde DBC-zorgproduct.

Stap 3: uitbijterbepaling

We definiëren trajecten als uitbijter bij meer dan twee standaarddeviaties afwijking ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Deze trajecten worden beschouwd als hoog behandelintensief.

In deze laatste stap is een transformatie (natuurlijke logaritme) toegepast op de berekende profielzwaarte. Zodoende wordt de rechtsscheefheid in de verdeling van profielzwaarte tegengegaan en kan een zo robuust en zuiver mogelijke standaarddeviatie worden bepaald.

Een (unieke) patiënt kan gedurende het jaar meerdere trajecten doorlopen. Wanneer bij één traject sprake is van hoge behandelintensiteit, wordt de patiënt als hoog behandelintensief geclassificeerd.

Alleen het aantal unieke patiënten die hieraan voldoen, per zorgaanbieder worden geteld.



Label 2: wetenschap

Een dbc wordt gelabeld als die valt in een diagnosegroep die voldoet aan de volgende twee eisen:

1. Per diagnosegroep is het gemiddeld aantal publicaties per zorgaanbieder per jaar in de vijf voorafgaande jaren berekend. Voor 2012 is het aantal publicaties van 2008 t/m 2012 gedeeld door 5. Dit gemiddeld aantal moet minstens 16 publicaties per zorgaanbieder zijn of 10 publicaties per 10.000 patiënten. Afhankelijk van de betrokkenheid van een zorgaanbieder kan een publicatie bij meerdere zorgaanbieders geteld worden.
2. De zorgaanbieder moet een bijzondere aantrekkingskracht laten zien voor de diagnosegroep. Dat komt tot uiting in minstens 1,5 keer zoveel patiënten als verwacht zou worden op grond van het theoretisch marktaandeel (zie onder).

NB: dit laatste criterium labelt dbc-trajecten. Het kan dus voorkomen dat een patiënt door verjaardag of verhuizing het ene jaar wel en het andere jaar niet dit label krijgt.

Het verwachte aantal patiënten wordt als volgt berekend:

- Neem per Nederlandse postcode (alleen de cijfers) de top zes van ziekenhuizen die het dichtstbij zijn qua reistijd. De verdeling van patiënten over de zorgaanbieders wordt bepaald door 1/reistijd² te bepalen en dan te normaliseren, zodat het totale marktaandeel 100% is.
- Bereken voor elke diagnose plus leeftijdsgroep de landelijke prevalentie, op grond van de dbc-data.
- Bepaal met behulp van CBS-data voor elke wijk en diagnose hoeveel patiënten daar worden verwacht.
- Combineer het verwachte aantal patiënten per wijk met het theoretisch marktaandeel om voor elke diagnose het verwacht aantal patiënten per zorgaanbieder te berekenen.

Label 3: unieke zorg

Per diagnose, zorgtype, specialisme en patiëntkenmerk wordt gekeken of de ontvangers meer dan 85% van de totale dbc's aan zorg leveren. De volgende vier patiëntkenmerken worden daarbij achtereenvolgens bekeken:

- Leeftijdsgroep
- Geslacht
- Sociaaleconomische status (SES)
- Reistijd van huisadres tot hoofdvestiging van het ziekenhuis

Vervolgens wordt het aantal unieke patiënten per instelling geteld die volgens bovenstaande operationalisatie unieke zorg krijgen. Dit aantal wordt gedeeld door het totaal aantal unieke patiënten per instelling per jaar.

Label 4: multispecialistische zorg

Dit label identificeert patiënten die binnen een instelling zorg ontvangen van diverse poortspecialisten. Hierbij wordt gekeken naar het uitvoerend specialisme van een zorgactiviteit bij een patiënt binnen een bepaalde diagnosegroep. Patiënten worden gemarkeerd als ze zorg hebben ontvangen van drie of meer specialismen.

Vervolgens wordt het aantal unieke patiënten per instelling geteld die volgens bovenstaande operationalisatie multispecialistische zorg krijgen. Dit aantal wordt gedeeld door het totaal aantal unieke patiënten per instelling per jaar.

Label 5: complexe operatie

Binnen de set van operatieve verrichtingen wordt gekeken in hoeverre een operatieve-verrichting:

- Bij minder dan 1 op de 100.000 Nederlanders wordt uitgevoerd in de totale patiëntenpopulatie
- En/of minimaal 85% van deze verrichtingen door bbaz ontvangers wordt uitgevoerd.

Vervolgens wordt het aantal unieke patiënten met zo'n operatie per instelling geteld. Dit aantal wordt gedeeld door het totaal aantal unieke patiënten per instelling.

Label 6: zeldzame diagnose

Een diagnose wordt als zeldzaam gekenmerkt als de diagnose per jaar in de totale patiëntenpopulatie bij minder dan 1 op de 100.000 Nederlanders wordt vastgesteld. Het aantal unieke patiënten die aan dit criterium voldoet wordt per instelling geteld. Dit aantal wordt gedeeld door het totaal aantal unieke patiënten per instelling.



Label 7: Tertiaire verwijzing

Het gaat hier om het aantal unieke patiënten dat in eerste instantie in een ander ziekenhuis behandeld werd en daarna doorverwezen is. Het gaat dbc's waarvan de begindatum maximaal 1,5 jaar ligt na de begindatum van de dbc van een andere zorgaanbieder. Voor dit label wordt zowel een BSN-criterium als een doorverwijzingscriterium gehanteerd:

Criterium BSN:

Via het BSN van de patiënt wordt gekeken of een patiënt ook een behandeling heeft gehad in een ander ziekenhuis, binnen hetzelfde specialisme of een gerelateerd specialisme.

Criterium zelfverwijzer:

Via de registratie van verwijzertype-code '06' wordt gekeken hoeveel patiënten doorverwezen zijn via de tweede lijn. Voorwaarde is dat deze patiënt (op basis van BSN) ook vooraf in een ander ziekenhuis is geweest.

Geteld wordt het aantal unieke patiënten dat aan minstens één van de twee criteria voldoet.

Label 8: jonge multimorbide patiënten

Het gaat hier om patiënten jonger dan 50 jaar met vier of meer diagnosegroepen gedurende twee kalenderjaren. Bij deze analyse telt een patiënt ook als multimorbide als hij/zij bij meerdere zorgaanbieders is behandeld. We tellen het aantal unieke jonge multimorbide patiënten.