



Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 25 september 2019, kenmerk 1533873-190928-PZo, inzake hervorming beschikbaarheidsbijdrage academische zorg

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg;

Na op 29 april 2019 schriftelijk mededeling te hebben gedaan aan de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal (Kamerstukken II 2018/19, 32 864, nr. 6) als bedoeld in artikel 8 van de Wet marktordening gezondheidszorg over de inzet van het instrument beschikbaarheidsbijdrage academische zorg ten behoeve van medisch specialistische zorg;

Gezien het verslag van een schriftelijk overleg met de Tweede Kamer der Staten-Generaal (Kamerstukken II 2018/19, 32 864, nr. 7);

Gezien:

- Het Interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) universitair medische centra (2012) (Kamerstukken II 2011/2012, 33 278, nr. 1);
- Het onderhandelingsakkoord medisch specialistische zorg 2014-2017 (Kamerstukken II 2012/13, 29 248, nr. 257);
- Het Addendum 2018 bij het onderhandelingsakkoord medisch specialistische zorg 2014-2017 (Kamerstukken II 2016/17, 29 248, nr. 303);
- Het Bestuurlijk akkoord Plan van aanpak ROBIJN (Kamerstukken II 2016/17, 32 864, nr. 5);
- Het Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022 (Kamerstukken II 2017/18, 29 248, nr. 311);

Besluit:

Artikel 1

1. De Nederlandse Zorgautoriteit stelt met ingang van 1 januari 2020 overeenkomstig het gestelde in de bijlage bij deze aanwijzing beschikbaarheidsbijdragen vast voor academische zorg als bedoeld in de bijlage behorende bij de artikelen 2 en 4 van het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG, onderdeel B, subonderdeel 2, met dien verstande dat het label wetenschap zoals bedoeld in de bijlage eerst bij de verlening en vaststelling van een beschikbaarheidsbijdrage kan worden betrokken in het jaar volgend op het jaar waarop dat label naar het oordeel van de zorgautoriteit voldoende is uitontwikkeld.
2. Het eerste lid is uitsluitend van toepassing voor medisch specialistische zorg.

Artikel 2

De Nederlandse Zorgautoriteit kan, op grond van de onderdeel B, sub 15, van de bijlage behorende bij het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG, in overeenstemming met het bepaalde in artikel 4:51 Algemene wet bestuursrecht voor een afbouwregeling van ten hoogste drie jaren een beschikbaarheidsbijdrage verlenen, indien zorgaanbieders gedurende drie of meer achtereenvolgende jaren een beschikbaarheidsbijdrage is verleend voor academische zorg als bedoeld in artikel 1. Deze aanwijzing wordt aangehaald als: Aanwijzing hervorming beschikbaarheidsbijdrage academische zorg.

Van deze aanwijzing wordt met de toelichting mededeling gedaan in de Staatscourant.

*De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins*



BIJLAGE BIJ ARTIKEL 1 VAN DE AANWIJZING HERVORMING BESCHIKBAARHEIDBIJDRAGE ACADEMISCHE ZORG

In deze bijlage worden de hoofdlijnen van een nieuwe manier van verlenen en verantwoorden geschetst van een beschikbaarheidsbijdrage voor academische zorg als bedoeld in de bijlage behorende bij de artikelen 2 en 4 van het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG, onderdeel B, subonderdeel 2. Daarbij wordt ook beschreven welke zorgaanbieders voor een beschikbaarheidsbijdrage in aanmerking kunnen komen. De beschikbaarheidsbijdrage voor academische zorg bedoeld in deze aanwijzing is uitsluitend bestemd voor medisch specialistische zorg.

De in deze bijlage opgenomen hoofdlijnen zijn het resultaat van een proces dat loopt vanaf het Interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) universitair medische centra (2012)¹ via het Bestuurlijk Akkoord Plan van Aanpak ROBIJN² naar het Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022³ en dat op basis van de ervaringen verder zal worden (door)ontwikkeld.

De hoofdlijnen zijn nu verder uitgewerkt. In deze bijlage worden de onderwerpen beschreven waarover verdere besluitvorming heeft plaatsgevonden waardoor de hervorming van de BBAZ ten behoeve van medisch specialistische zorg met ingang van 2020 fasegewijs ingevoerd kan worden. Bij de hervorming wordt voor de universitair medische centra (umc's) uitgegaan van het niveau van de huidige voor hen beschikbare financiële middelen. De aanwijzing voorziet in de mogelijkheid van een afbouwregeling voor de zorgaanbieders die ten minste drie jaren achtereenvolgend een beschikbaarheidsbijdrage hebben ontvangen.

Definitie topreferente functie

De topreferente functie betreft de behandeling van patiënten die zeer specialistische zorg nodig hebben waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is ('last resort'). Het gaat om patiënten met een zeldzame aandoening, een complexe aandoening of behandeling, een eenvoudige aandoening die complex wordt door combinaties van (chronische) ziekten of met een uitzonderlijk beloop van een veelvoorkomende aandoening. Deze zorg moet nog ontwikkeld worden, is multidisciplinair, hangt nauw samen met fundamenteel en translationeel wetenschappelijk onderzoek en vereist een bijzondere en complexe infrastructuur. Het is dus meer dan alleen superspecialistische patiëntenzorg. Er is een infrastructuur voor nodig waarin verschillende disciplines op hoog niveau samenwerken. Patiënten die deze zorg krijgen, maken gebruik van het allernieuwste medisch kennis en kunnen. Voor deze patiëntengroepen is geen standaardbehandeling mogelijk. De behandelend artsen moeten op grond van actuele (inter)nationale kennis een optimale aanpak zoeken. Onderdeel van de topreferente functie is dat de zorgaanbieders deze zeer specialistische zorg voor patiënten garanderen. Patiënten hoeven hiervoor niet uit te wijken naar het buitenland. Zij kunnen altijd bij tenminste één zorgaanbieder in Nederland terecht.

De topreferente functie heeft dus de volgende kenmerken:

- Kennisinfrastructuur: topreferente zorg vraagt om een multidisciplinaire infrastructuur, waarin fundamenteel, translationeel en toegepast medisch wetenschappelijk onderzoek gecombineerd wordt met specialistische patiëntenzorg.
- Vernieuwend: de intensieve samenwerking binnen de topreferente functie zorgt voor zinvolle kruisbestuiving tussen patiëntenzorg en wetenschappelijk onderzoek. Zo ontstaat een innovatieve aanpak van aandoeningen waarbij men nu nog met lege handen staat.
- Multidisciplinair: binnen de topreferente functie werken vaak meerdere disciplines samen, ook bij de aanpak van complicaties.
- Continuïteit: de topreferente functie vereist continuïteit van zorg, ook als een medewerker die in deze functie gespecialiseerd is, de organisatie verlaat.

1. Wat zijn de kenmerken van een topreferente patiënt?

Een beschikbaarheidsbijdrage is bedoeld om de topreferente functie en de ontwikkeling van nieuwe vormen van diagnostiek en behandeling voor zeer complexe en specialistische zorg beschikbaar te houden. Hiervoor is een beschikbaarheidsbijdrage mogelijk door middel waarvan topreferente patiëntenzorg en de bijbehorende infrastructuur, de kenniscomponent, en de ontwikkeling en innovatie die nodig is voor het behandelen van deze topreferente patiënten bekostigd kan worden. Om hier een objectief en transparant beeld over te ontwikkelen is het begrip 'topreferente patiënt' in het ROBIJN traject opnieuw gedefinieerd. Hiervoor is de zogeheten labelsystematiek ontwikkeld. De specifieke kenmerken van patiëntenpopulaties in umc's zijn vergeleken met die in niet-umc's. Vervolgens zijn de onderstaande acht labels gedefinieerd. Een patiënt wordt als topreferente patiënt geclassificeerd als zijn of haar patiëntkenmerken minimaal met één van de labels overeenkomt.

De labels zijn niet statisch maar kunnen op basis van opgedane ervaringen worden doorontwikkeld. Voor de onmiddellijke toepassing van het wetenschapslabel moet een voorbehoud worden gemaakt. Het wetenschapslabel is nog in ontwikkeling. Partijen voeren op dit moment over de inhoud nog gesprekken met het oog op invoeren vanaf 2021. Gegeven de fase waarin het wetenschapslabel verkeerd staat vast dat invoeren per 2020 daadwerkelijk niet lukt. Dit staat hervorming van de

¹ Kamerstukken II 2011/2012, 33 278, nr. 1

² Bestuurlijk Akkoord Plan van Aanpak ROBIJN (TK 2016-2017 32 863 nr. 5)

³ Kamerstukken II 2017/2018, 29 248, nr. 311



academische zorg niet in de weg. Het wetenschapslabel kan bij de verlening en vaststelling van een beschikbaarheidsbijdrage worden betrokken in het jaar volgend op het jaar waarop dat label naar het oordeel van de Nederlandse Zorgautoriteit voldoende is uitontwikkeld. Dit zal naar alle waarschijnlijkheid 2021 zijn.

De labels van de ROBIJN labelsystematiek:

1. 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. Patiënten voor wie de zorg nauw verweven is met het **wetenschappelijk onderzoek** en de ontwikkeling van zorginnovaties bij de betreffende zorgaanbieder.
3. Patiënten die een **uniek zorgaanbod** nodig hebben vanwege de complexiteit van de zorgvraag of de benodigde infrastructuur.
4. Patiënten die **multispecialistische zorg** nodig hebben, gedefinieerd als zorg waarvoor tenminste drie poortspecialismen nauw met elkaar moeten samenwerken.
5. Patiënten die een **complexe ingreep** nodig hebben; operaties die gemiddeld op jaarbasis voor minder dan 1 op 100.000 patiënten worden gedaan.
6. Patiënten met een **zeldzame diagnose** die gemiddeld op jaarbasis bij minder dan 1 op de 100.000 mensen wordt gesteld.
7. Patiënten die door medisch specialisten worden doorverwezen (**tertiaire verwijzing**). Patiënten die zorg nodig hebben die in een algemeen ziekenhuis niet wordt aangeboden kunnen altijd worden doorverwezen naar een gespecialiseerde zorgaanbieder.
8. **Multimorbide** patiënten, jonger dan 50 jaar, 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.

2. Welke zorgaanbieders komen in aanmerking voor een BBAZ?

Een BBAZ is bedoeld voor het uitvoeren van de topreferente functie. Alleen zorgaanbieders die zich in hoge mate toeleggen op het uitvoeren van de topreferente functie en daarvoor de benodigde voorzieningen in stand moeten houden kunnen in aanmerking komen voor een BBAZ. Om te kunnen bepalen welke zorgaanbieders hieraan voldoen zijn de hieronder beschreven toegangscriteria voor een BBAZ ontwikkeld. In het vervolg van deze bijlage worden de zorgaanbieders die voldoen aan de onderstaande toegangscriteria rechthebbenden worden genoemd. Om in aanmerking te komen voor een BBAZ moet aan alle drie de toegangscriteria worden voldaan.

De toegangscriteria:

1. van het totaal aantal patiënten van een Nederlandse zorgaanbieder is op jaarbasis minimaal 35% een topreferente patiënt, waarbij een topreferente patiënt voldoet aan de labelsystematiek die is ontwikkeld in het ROBIJN traject én
2. er is sprake van een bestuurlijk formeel samenwerkingsverband met een Nederlands Instituut voor fundamenteel wetenschappelijk onderzoek of een Nederlandse geneeskunde faculteit. Dit samenwerkingsverband wordt ook aanwezig geacht indien beide functies in één organisatie zijn ondergebracht én
3. zorgaanbieders moeten voldoen aan de kenmerken uit de huidige definitie van de topreferente functie waarbij het verrichten van fundamenteel wetenschappelijk onderzoek een belangrijk element is.

3. Hoe wordt een BBAZ opgebouwd voor rechthebbenden?

Een BBAZ bestaat uit twee (samenhangende) delen: het (variabele) gedeelte voor topreferente patiëntenzorg en het (vaste) gedeelte voor ontwikkeling en innovatie (O&I). Het O&I-deel is bedoeld voor het bekostigen en beschikbaar houden van de infrastructuur voor het uitvoeren van fundamenteel wetenschappelijk onderzoek, het bedenken, uittesten en verspreiden van nieuwe behandelingen en diagnostiek en de ontwikkeling en innovatie die nodig is voor het behandelen van topreferente patiënten.

Voor de periode tot en met 2022 moet op basis van ervaring bij de verlening worden uitgegaan van de volgende verdeling tussen beide delen: 70% van de huidige totale middelen voor BBAZ zijn voor het bekostigen van de topreferente patiëntenzorg en 30% van de huidige totale middelen voor BBAZ zijn voor het bekostigen van het O&I-deel. Omdat de verhouding tussen deze twee delen per zorgaanbieder en per jaar kan verschillen is een zekere mate van substitutie tussen deze twee delen acceptabel indien de zorgaanbieder dit aantoonbaar kan verantwoorden. De NZa moet hiervoor een verantwoordingsregel uitwerken. De komende jaren zal, mede op basis van informatie afkomstig uit de ingediende verantwoordingen van verleende BBAZ, bepaald worden of de verhouding tussen het topreferente zorg deel en het O&I-deel bijgesteld moet worden.

Uitgaande van de nieuwe opbouw van de totale middelen voor BBAZ vinden voor het jaar 2020 nieuwe verleningen plaats aan rechthebbenden. Voor beide delen wordt een eigen verdelingsystematiek gebruikt:

- Het topreferente zorg deel wordt vanaf 2020 verdeeld over de rechthebbenden op basis van het aantal topreferente patiënten per zorgaanbieder volgens de hierboven omschreven labelsystematiek voor zover voldoende uitontwikkeld;
- Het O&I deel wordt in 2020 verdeeld over de rechthebbenden op basis van de zogenoemde



academische zorgomzet⁴ aangezien de kennisinfrastructuur een relatie heeft met de totale omvang van een zorgaanbieder.

Vervolgens muteert het topreferente deel jaarlijks mee op geleide van het aantal topreferente patiënten en muteert het O&I-deel jaarlijks mee op geleide van de academische zorgomzet.

4. Hoe wordt een BBAZ verleend, verantwoord en vastgesteld?

Een BBAZ wordt verleend voorafgaande aan het jaar waarvoor de BBAZ bedoeld is. In het najaar volgend op het jaar waarvoor de BBAZ is verleend wordt de BBAZ vastgesteld. Het verlenen en vaststellen gebeurt voor het topreferente patiëntenzorg deel op basis van de aantallen gelabelde patiënten en voor het O&I-deel op basis van de gerealiseerde academische zorgomzet. Gedurende de transitieperiode moet dit in de jaren 2020 en 2021 nog worden gebaseerd op het voortschrijdende gemiddelde van drie meest recente, opeenvolgende jaren waarvan de relevante data beschikbaar zijn. Vanaf 2022 moet dit worden gebaseerd op het meest recente en volledige jaar waarvan de valide data beschikbaar zijn.

Om dit jaarlijkse proces goed te laten verlopen is een goede verantwoording noodzakelijk. Ook voor het bepalen van de juiste verhouding tussen het topreferente patiëntenzorg deel en het O&I-deel is dit van belang. Zorgaanbieders aan wie een BBAZ is verleend voor topreferente patiëntenzorg zullen vanaf 2020 de bijdrage verantwoorden op basis van het aantal topreferente patiënten volgens de hiervoor omschreven labelsystematiek en de daarmee samenhangende meerkosten ten opzichte van algemene ziekenhuizen. De bijdrage voor het O&I-gedeelte wordt verantwoord aan de hand van onderstaande acht kostencategorieën.

Hierbij is van belang dat de verantwoording geen betrekking mag hebben op activiteiten die al op een andere wijze bekostigd worden. Als een individuele zorgaanbieder minder verantwoordt dan het bedrag dat aan hem is verleend of zou worden vastgesteld op basis van de toekenningsmethodiek zal zijn BBAZ op een lager bedrag worden vastgesteld.

De kostencategorieën:

1. innovatie, onder andere gekoppeld aan de innovatiekalender van VWS (sustainable health);
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 of anders vergoed);
5. beschikbaarheid kennis en voorzieningen bij rampen, infecties en epidemieën;
6. kennisdeling en consultatie (regio, 1e en 2e lijn, public health);
7. ontwikkeling kwaliteitsbeleid, richtlijnen en normeringen;
8. databankfunctie en big data ontwikkeling.

5. Onderscheiden rechthebbenden op een BBAZ

Als zorgaanbieders aan de toegangscriteria voor een BBAZ voldoen volgen zij allen in beginsel dezelfde BBAZ systematiek zoals beschreven in deze aanwijzing. Echter, de zorgaanbieders kunnen van elkaar verschillen in de manier waarop ze georganiseerd zijn en/of in hoeverre de topreferente zorg die zij leveren uit prestaties en tarieven bekostigd kan worden. Daarom worden er binnen de BBAZ drie compartimenten onderscheiden:

- a) Eén compartiment is bedoeld voor academische ziekenhuizen⁵ waarbij de topreferente zorg niet volledig wordt bekostigd via prestaties en tarieven. De aanwijzing voorziet in de mogelijkheid van een afbouwregeling voor de zorgaanbieders die ten minste drie jaren achtereenvolgend een beschikbaarheidsbijdrage hebben ontvangen. In 2023 wordt voor alle zorgaanbieders in dit compartiment de situatie bereikt zoals bepaald op basis van de in deze bijlage omschreven ROBIJN systematiek.
- b) Eén compartiment is bedoeld voor zorgaanbieders, niet zijnde academische ziekenhuizen, waarbij de topreferente zorg niet volledig wordt bekostigd via prestaties en tarieven. De BBAZ wordt hier gebruikt voor het financieren van de resterende kosten van topreferente zorg en ontwikkeling en innovatie.
- c) Eén compartiment is bedoeld voor zorgaanbieders waarbij de topreferente zorg volledig wordt bekostigd via prestaties en tarieven. De BBAZ wordt hier gebruikt voor het financieren van de infrastructuur, kennisontwikkeling en innovatie die nodig is voor zorg gerelateerde research in het kader van de topreferente functie.

⁴ Academische zorgomzet wordt gedefinieerd als zorgomzet in de enkelvoudige jaarrekening inclusief het opleidingsfonds en de beschikbaarheidsbijdragen maar exclusief de BBAZ

⁵ Academische ziekenhuizen als bedoeld in de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek



TOELICHTING

In 2012 is een interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) ingesteld om te onderzoeken of de huidige manier van financiering van de universitaire medische centra (umc's) nog doelmatig en wenselijk is. Het IBO concludeerde dat transparantie en verantwoording van de beschikbaarheidsbijdragen voor academische zorg (BBAZ) ten behoeve medisch specialistische zorg onvoldoende is. Naar aanleiding van deze conclusie zijn de toenmalige verkrijgenden van een BBAZ, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gezamenlijk het ROBIJN traject gestart.

Het ROBIJN traject had als oorspronkelijk doel het scherper definiëren en het transparant maken van de kosten en de opbrengsten van de topreferente functie in de umc's en het Antoni van Leeuwenhoek. Gaandeweg het traject is deze doelstelling doorvertaald in de concrete opdracht: Het ontwikkelen van een objectief en transparant model voor de mogelijke toelating tot en verantwoording van de BBAZ voor medisch specialistische zorg. De definitie van de topreferente functie is nader uitgewerkt in de positioneringsnota umc's⁶ en is ook beschreven in de bijlage bij deze aanwijzing.

In het Bestuurlijk Akkoord Plan van Aanpak ROBIJN⁷ zijn de hoofdlijnen van een nieuwe manier van verlenen en verantwoorden van de BBAZ voor medisch specialistische zorg geschetst. De hoofdlijnen zijn nu verder uitgewerkt. In de bijlage bij deze aanwijzing worden de onderwerpen beschreven waarover verdere besluitvorming heeft plaatsgevonden waardoor de hervorming van de BBAZ voor medisch specialistische zorg vanaf 2020 fasegewijs en zorgvuldig ingevoerd kan worden. Bij de hervorming wordt uitgegaan van het niveau van de huidige beschikbare middelen. Na de hervorming als bedoeld in deze aanwijzing zal het model van de BBAZ-systematiek op basis van opgedane ervaringen verder worden ontwikkeld om de transparantie verder te verbeteren.

In onderdeel B van de bijlage bij het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG onder sub 15 wordt mogelijk gemaakt dat een door de NZa te treffen afbouwregeling als bedoeld in artikel 4:51 Algemene wet bestuursrecht ook in de vorm van een beschikbaarheidsbijdrage kan worden verleend. Indien zorgaanbieders gedurende drie of meer achtereenvolgende jaren een beschikbaarheidsbijdrage is verleend, kan – in overeenstemming met het bepaalde in artikel 4:51 Algemene wet bestuursrecht – een afbouwregeling worden getroffen van ten hoogste drie jaren. Een dergelijke afbouwregeling geeft de mogelijkheid aan de ontvangers van een beschikbaarheidsbijdrage voor academische zorg zich op de nieuwe situatie zoals die na de hervorming zal ontstaan aan te passen en desgewenst de zorg anders in te richten. Daarmee kan invulling worden gegeven aan de overgangstermijn bedoeld in onderdeel 4 van het Bestuurlijk Akkoord Plan van aanpak Robijn.

Met deze aanwijzing wordt de NZa opgedragen beleidsregel(s) en zo nodig regels op te stellen voor de hervorming van de BBAZ voor medisch specialistische zorg.

*De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins*

⁶ Positioneringsnota umc's (TK 2013-2014, 33 278, nr. 4)

⁷ Bestuurlijk Akkoord Plan van Aanpak ROBIJN (TK 2016-2017 32 863, nr. 5)