



Beleidsregel Beschikbaarheidsbijdrage academische zorg 2023, Nederlandse Zorgautoriteit

BR/REG-23142

Vastgesteld op 13 september 2022

Grondslag

Gelet op artikel 57, eerste lid, onderdeel e, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid tot het toekennen van een beschikbaarheidsbijdrage als bedoeld in artikel 56a van de Wmg.

Op grond van artikel 56a, tweede lid, onder a, van de Wmg geeft de NZa op aanvraag toepassing aan artikel 56a, eerste tot en met negende lid, van de Wmg.

Gelet op artikel 59, aanhef en onder e, van de Wmg, heeft de Minister van VWS een tweetal aanwijzingen op grond van artikel 7 van de Wmg aan de NZa gegeven. Deze aanwijzingen dateren van 25 september 2019 en 27 juni 2022 en hebben respectievelijk als kenmerk 1533873-190928-PZo en 3381555-1030850-PZO.

Op de beschikbaarheidsbijdrage zijn titel 4.2 ('subsidies') en 4.4 ('bestuursrechtelijke geldschulden') van de Algemene wet bestuursrecht, het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG en het Besluit van de Europese Commissie van 20 december 2011 (C(2011)9380) van toepassing.

Besluit

Artikel 1 Begripsbepalingen

In deze beleidsregel wordt, tenzij anders vermeld, verstaan onder:

Academische zorg:

Het uitvoeren van topreferente zorg, 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).

Academische zorgomzet:

De zorgomzet, inclusief het opleidingsfonds en de beschikbaarheidsbijdragen, maar exclusief de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg, in de enkelvoudige jaarrekening. De werkplaatsfunctie wordt in de academische zorgomzet niet meegenomen.

Beschikbaarheidsbijdrage:

Bijdrage als genoemd in artikel 56a Wmg.

BBAZ:

Beschikbaarheidsbijdrage academische zorg.

Besluit:

Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG van 24 augustus 2012.

Bijlage:

Bijlage B bij artikel 2 van het Besluit.

DIS (dbc-Informatiesysteem):

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

Gedeelde dbc-zorgproducten:

Deze zorgproducten worden geleverd door zowel de ontvangers van de BBAZ als de overige instellingen voor medisch specialistische zorg. De tarieven van deze dbc-zorgproducten zijn gebaseerd op kostengegevens van zowel ontvangers als niet ontvangers van de BBAZ. Het gaat om alle dbc-zorgproducten die niet als unieke dbc-zorgproducten zijn gedefinieerd. De unieke dbc-zorgproducten zijn opgenomen in bijlage 3 van deze beleidsregel.

Minister:

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

NWO-lijst:

Een lijst van kennisinstellingen die door de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) zijn opgenomen in de NWO Subsidieregeling 2017 als instelling, waarvan onderzoekers subsidie kunnen aanvragen.



Labelscore:

Het aantal of het percentage topreferente patiënten voor een bepaald label.

Labelsystematiek:

De labelsystematiek bestaat uit zeven te onderscheiden patiëntgebonden 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 topreferente patiënt. Ontvangers:

De ontvangers van de bbaz die op basis van de toegangscriteria zoals opgenomen in artikel 5 van de beleidsregel beschikbaarheidsbijdrage academische zorg 2023 recht hebben op een beschikbaarheidsbijdrage.

Poortspecialisme:

Het medisch specialisme waarnaar een patiënt wordt verwezen voor medisch-specialistische zorg. Als poortspecialismen worden de volgende specialismen onderscheiden: oogheelkunde (0301), KNO (0302), heekunde/chirurgie (0303), plastische chirurgie (0304), orthopedie (0305), urologie (0306), gynaecologie (0307), neurochirurgie (0308), dermatologie (0310), inwendige geneeskunde (0313), kindergeneeskunde/neonatalogie (0316), gastro-enterologie/mdl (0318), cardiologie (0320), longgeneeskunde (0322), reumatologie (0324), allergologie (0326), revalidatie (0327), cardio-pulmonale chirurgie (0328), consultatieve psychiatrie (0329), neurologie (0330), klinische geriatrie (0335), radiotherapie (0361) en sportgeneeskunde (8416).

Referentie kostprijs:

De landelijk gemiddelde kostprijzen berekend over 2019 van de dbc-zorgproducten die gekoppeld zijn aan deze subtrajecten ge(de)ïndexeerd naar het niveau van het jaar waar de ontvangers zich over dienen te verantwoorden. In de referentie kostprijs zijn de kostprijzen van de huidige ontvangers van de bbaz meegewogen.

Topreferente zorg:

Zeer specialistische patiëntenzorg die:

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

De definitie van topreferente zorg is vastgelegd in de positioneringsnota's umc's, alsmede in de Kamerbrief van 12 juli 2019 over de positie en rol van umc's.

Topreferente patiënt:

Patiënt die topreferente zorg ontvangt.

Ontwikkeling en Innovatie (O&I):

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.

Unieke dbc -zorgproducten:

Zorgproducten die vrijwel uitsluitend geleverd worden door de huidige ontvangers van de BBAZ. Zorgproducten worden als uniek beschouwd als ze voor 95% of meer door BBAZ ontvangers worden uitgevoerd in de periode van 2017 tot en met 2019, aangevuld voor die producten die geen aantallen kennen maar wel wbmV-vergunningen. In dit laatste geval wordt een product als uniek beschouwd als de BBAZ ontvangers alleen een wbmV-vergunning hebben en geen andere instellingen. De unieke producten kunnen eventueel aangepast worden op basis van expert opinie. De producten die we als uniek definiëren voor de bbaz 2023 zijn in bijlage 3 opgenomen.

Variabel deel BBAZ:

Deel van de beschikbaarheidsbijdrage dat de meerkosten van de behandelde topreferente patiënten dekt.

Vast deel BBAZ:

Deel van de beschikbaarheidsbijdrage dat de kosten dekt voor het in stand houden van de kennis en infrastructuur voor het continu kunnen leveren van topreferente zorg.

Artikel 2 Doel van de beleidsregel

Voor een aantal zorgactiviteiten en voorzieningen van zorgaanbieders is het niet mogelijk en/of wenselijk om deze rechtstreeks aan zorgproducten voor individuele consumenten toe te rekenen. Het gaat om specifieke functies of kenmerken van de zorgverlening, zoals beschikbaarheid, specifieke deskundigheid of specifieke voorzieningen.

Doel van deze beleidsregel betreft het vergoeden van kosten die voor bepaalde zorgaanbieders ontstaan omdat zij permanent voorzieningen (in mensen en infrastructuur) aanhouden die hen in staat stellen op elk moment, in wisselwerking met de laatste stand van de wetenschap, zorg te bieden aan topreferente patiënten en welke vallen onder academische zorg.



Artikel 3 Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op medisch specialistische zorg in de vorm van academische zorg.

Artikel 4 Algemeen

1 Aangewezen vormen van zorg

Bij het Besluit heeft de Minister de in artikel 3 van het Besluit genoemde vorm van zorg aangewezen waarvoor de NZa een beschikbaarheidsbijdrage kan vaststellen. Mede op basis van dit Besluit heeft de NZa onderhavig beleid ten aanzien van de verstrekking van de BBAZ aan zorgaanbieders vastgesteld.

2 Procedure verstrekken beschikbaarheidsbijdrage

Het Uniform kader BR/REG-22149 omschrijft de procedure die gehanteerd wordt ten aanzien van de verlening en de vaststelling van de beschikbaarheidsbijdrage door de NZa. In enkele gevallen is een uitzondering op de uniforme procedure nodig. Deze uitzondering staat in dat geval omschreven in deze beleidsregel.

3 Dienst van algemeen belang

Indien een aanvraag voldoet aan de voorwaarden genoemd in artikel 5 en aan de zorgfunctiespecifieke bepalingen zoals opgenomen in deze beleidsregel zal de NZa op grond van artikel 56a, zevende lid, van de Wmg de zorgaanbieder belasten met een dienst van algemeen economisch belang of dienst van algemeen belang.

4 Indexering

De bedragen die worden verleend en vastgesteld op basis van deze beleidsregel zijn op prijspeil 2023. Dat houdt in dat bij de verlening van de beschikbaarheidsbijdrage rekening wordt gehouden met de voorlopige indexen 2023. Bij de vaststelling van de beschikbaarheidsbijdrage wordt rekening gehouden met de definitieve indexen 2023.

Voor de indexering wordt de verhouding personeel/materieel aangehouden op dezelfde voet als de periode tot 2020. Naast een index voor personeel en materieel wordt ook geïndexeerd voor de demografische groei. De index voor demografische groei wordt berekend over het totale bedrag van de subsidie.

Artikel 5 Academische zorg

1 Criteria verstrekking

Aanbieders van academische zorg kunnen in aanmerking komen voor de verstrekking van een BBAZ indien voldaan is aan de volgende drie cumulatieve criteria:

- Van het totaal aantal patiënten van een Nederlandse zorgaanbieder op jaarbasis is minimaal 35% een topreferente patiënt, waarbij een topreferente patiënt voldoet aan de labelsystematiek, die is ontwikkeld in het ROBIJN-traject; én
- 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
- 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.

In aanvulling op het bovenstaande geldt:

Ad a) Zorgaanbieders moeten minimaal drie achtereenvolgende jaren het 35% criterium halen.

Hierbij gaat het om de jaren 2017 t/m 2019. Voor het toelatingscriterium worden zowel unieke als gedeelde zorgproducten meegeteld om het percentage topreferente patiënten te berekenen.

Ad b) Tussen de zorgaanbieder en het kennisinstituut moet een formele regeling zijn overeengekomen door de RvB en RvT van beide instellingen waarmee een gemeenschappelijk beleidsorgaan is ingesteld. Dit beleidsorgaan heeft als taak doelmatige samenwerking op het terrein van wetenschappelijk geneeskundig onderwijs en onderzoek tussen het kennisinstituut en de zorgaanbieder te bevorderen. Dit beleidsorgaan moet voor de periode waar de verlening op is gebaseerd bestaan hebben. Het betreffende kennisinstituut moet zijn genoemd in de subsidieregeling van NWO, dan wel vergelijkbaar zijn wat betreft belang en omvang. Er moet sprake zijn van het ontwikkelen en in stand houden van een op kennisoverdracht gerichte infrastructuur voor de volle breedte van de medisch specialistische zorg. Er moet sprake zijn van brede uitrol van bewezen innovaties in de zorg (diagnostiek/behandeling).



Ad c) De zorgaanbieder realiseert minimaal een verhouding van 1:10 hoogleraar ten opzichte van het aantal medische specialisten.

De zorgaanbieder dient tenminste zeven poortspecialismen aanwezig te hebben of structureel in te huren om de zorg op die poortspecialismen te kunnen garanderen;

De zorgaanbieder dient zorg te leveren in minimaal veertien verschillende zorgproducthoofdgroepen.

De zorgaanbieder vervult de last resort functie. De instelling voert medische verrichtingen uit bij patiënten die anders uitbehandeld zouden zijn en garandeert deze voorziening. Dit gebeurt in nauwe afstemming met ontvangers van de BBAZ. De NZa zal dit casuïstisch beoordelen.

2 Compartimenten

Binnen de BBAZ worden twee compartimenten onderscheiden:

- 1 Een compartiment voor zorgaanbieders waarbij de topreferente zorg niet volledig bekostigd wordt via prestaties en tarieven;
- 2 Een compartiment voor zorgaanbieders waarbij de topreferente zorg volledig wordt bekostigd via prestaties en tarieven.

3 Hoogte beschikbaarheidsbijdrage

- a. De beschikbaarheidsbijdrage bestaat uit een vergoeding voor topreferente patiëntenzorg en het beschikbaar houden van de infrastructuur voor het uitvoeren van fundamenteel wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast is de vergoeding bedoeld voor het bedenken, uittesten en verspreiden van nieuwe behandelingen en diagnostiek en de ontwikkeling & innovatie die nodig is voor het behandelen van topreferente patiënten.
- b. De beschikbaar gestelde middelen voor de BBAZ bedragen voor compartiment een € 881.368.070 dit bedrag is exclusief het deel Histocompatibiliteit voor het LUMC.
- c. Er is € 521.909 bestemd als vergoeding aan het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) vanwege haar functie als Nationaal Referentie Centrum Histocompatibiliteitsonderzoek.

4 Verdeling beschikbare middelen over het variabele en vaste deel

Voor het jaar 2023 is 65% van de totale BBAZ, (exclusief het deel Histocompatibiliteit voor het LUMC), beschikbaar voor het bekostigen van de topreferente patiëntenzorg en 35% van de huidige totale BBAZ voor het bekostigen van het vaste ofwel O&I-deel.

Beschikbare middelen	Bedrag in €
Vast deel	308.478.825
Variabel deel	572.889.245
Totaal (excl. histocompatibiliteit)	881.368.070

5 Beschikbare middelen het 2e compartiment

De vergoeding voor zorgaanbieders uit het derde compartiment is gebaseerd op de resultaten van een kostenonderzoek/kostenbegroting zoals vastgesteld door VWS. Dit bedrag is in vaste stappen gegroeid over de jaren 2020-2022 naar € 12.000.000. Met ingang van 2023 zal dit bedrag op dezelfde wijze als compartiment 1 geïndexeerd worden. Het beschikbare bedrag op basis van de voorlopige indexcijfers 2023 bedraagt:

Beschikbare middelen	Bedrag in €
Compartiment 2	12.661.248

6 Verlening binnen compartimenten

- a. Het variabele deel wordt verdeeld op basis van het aantal topreferente patiënten over het jaar 2019 per zorgaanbieder volgens de labelsystematiek.
- b. Hiervoor maken we gebruik van DIS data die is aangeleverd tot oktober 2022.
De labels van de 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 die een uniek zorgaanbod nodig hebben vanwege de complexiteit van de zorgvraag of de benodigde infrastructuur.
 3. Patiënten die multispecialistische zorg nodig hebben, gedefinieerd als zorg waarvoor tenminste drie poortspecialismen nauw met elkaar moeten samenwerken.
 4. Patiënten die een complexe ingreep nodig hebben; operaties die gemiddeld op jaarbasis voor minder dan 1 op 100.000 patiënten worden gedaan.
 5. Patiënten met een zeldzame diagnose die gemiddeld op jaarbasis bij minder dan 1 op de 100.000 mensen wordt gesteld.
 6. 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.

7. 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. De functionele omschrijving wordt verder doorontwikkeld in overleg met het zorgveld. De functionele omschrijving c.q. uitwerking van bovenstaande labels is opgenomen in de bijlage 1 bij deze beleidsregel.
- c. Het vaste deel wordt verdeeld op basis van de academische zorgomzet zoals deze blijkt uit de meest recent vastgestelde enkelvoudige jaarrekeningen. Voorwaarde is dat de jaarrekeningen van alle rechthebbenden moeten zijn vastgesteld. De jaren 2020 en 2021 zijn buiten beschouwing gelaten in verband met ongewenste effecten als gevolg van COVID-19 op de academische zorgomzet. In plaats daarvan zal gebruik worden gemaakt van de jaarrekeningen van 2019.
- d. In afwijking op het uniform kader kan de aanvraag tot verlening tot en met 31 oktober van jaar t-1 worden ingediend.

7 Verantwoording

De bijdrage voor het variabele deel wordt verantwoord op basis van het aantal topreferente patiënten volgens de labelsystematiek en de daarmee samenhangende meerkosten ten opzichte van de referentie kostprijs. In de verantwoording worden de unieke dbc-zorgproducten voor de topreferente patiënten niet meegeteld.

a. Vaste deel

De bijdrage voor het vaste deel wordt verantwoord aan de hand van negen kostencategorieën op basis van het jaar 2023:

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 vergoed);
5. beschikbaarheid kennis en voorzieningen bij rampen, infecties en epidemieën;
6. kennisdeling en consultatie (regio, 2e lijn, public health);
7. ontwikkeling kwaliteitsbeleid, richtlijnen en normeringen;
8. databankfunctie en big data ontwikkeling;
9. overkoepelende kosten.

b. Algemeen

De verantwoording door de zorgaanbieder wordt gedaan op basis van het accountantsprotocol. Bij de verantwoording wordt onderscheid gemaakt in een variabel en een vast deel. De zorgaanbieder rekent zelf de gerealiseerde kosten toe aan één van beide delen. De NZa toetst de ingediende verantwoording mede aan de hand van het vastgestelde accountsprotocol. De methodiek van kostentoe rekening moet zijn gebaseerd op een bestendige gedragslijn over meerdere jaren bij de desbetreffende zorgaanbieder. Voor deze verantwoordingsmethodiek zijn instructies vastgesteld door de NZa in het accountantsprotocol. In de specifieke toelichting door de betreffende zorgaanbieder wordt aangegeven hoe de instructies zijn gevolgd. Indien van de instructies is afgeweken wordt dit gemotiveerd. In het geval minder kosten worden verantwoord voor een deel dan vastgesteld zou worden op basis van de nieuwe verdelingssystematiek geldt dat wordt vastgesteld op het niveau van de verantwoorde kosten. Als de vaststellingsbeschikking daarmee lager uitkomt dan verleend, dient het te veel ontvangen bedrag te worden terugbetaald aan het Zorgverzekeringsfonds. Dit bedrag wordt vervolgens beschikbaar gesteld voor de BBAZ-ontvangers die meer verantwoord hebben dan het bedrag dat zij op basis van de oorspronkelijke verdeling voor de vaststelling zouden ontvangen. maar niet meer dan de oververantwoording. Het vastgestelde accountantsprotocol is bedoeld om een integrale verantwoording mogelijk te maken door de zorgaanbieder van de gerealiseerde kosten op basis van de bekostigingssystematiek voor de academische zorg. In afwijking op het bovenstaande zal over 2023 met geen enkele BBAZ-ontvanger hard afgerekend worden waardoor het vastgestelde bedrag beschikbaar is ook bij onderverantwoording.

c. Substitutie

Indien voor een jaar meer kosten worden verantwoord dan vastgesteld zou worden geldt dat deze meerkosten niet in aanmerking komen voor vergoeding. Dit is alleen anders wanneer in hetzelfde jaar meer kosten zijn gemaakt voor het variabele deel en tegelijkertijd minder kosten zijn gemaakt voor het vaste deel (of andersom). Voor deze situatie biedt het accountantsprotocol de mogelijkheid om aan te tonen dat deze meerkosten alsnog kunnen worden verantwoord als gemaakt ten behoeve van het andere deel en voor vergoeding in aanmerking moeten komen tot maximaal het totaalbedrag. Als verantwoord is volgens het geldende accountantsprotocol dan is aangetoond dat de kosten zijn gemaakt. De beschreven mogelijkheid tot substitutie van kosten tussen de delen maakt integraal onderdeel uit van de verantwoording op basis van het accountantsprotocol. De kosten dienen te zijn gemaakt voor activiteiten en voorzieningen die vallen onder academische zorg. De mogelijkheid tot substitutie



tie van kosten kan er niet voor zorgen dat uiteindelijk een hoger totaalbedrag wordt vastgesteld dan vastgesteld zou worden op basis van de verdelingssystematiek.

8 Vaststelling

- a. In de vaststelling worden de unieke dbc-zorgproducten niet meegeteld.
- b. Het variabele deel wordt vastgesteld op basis van het van aantal topreferente patiënten in 2019 per zorgaanbieder volgens de labelsystematiek. Hiervoor wordt de DIS data tot februari 2024 gebruikt.
- c. Mocht een van de labels ten tijde van de verlening onvoldoende zijn uitontwikkeld dan wordt dit label ook niet gebruikt bij de vaststelling.
- d. Het vaste deel wordt in 2024 vastgesteld op basis van de academische zorgomzet 2022.
- e. Tussentijdse berekening

De NZa zal in het eerste kwartaal van 2023 aan de ontvangers uit het 1e compartiment inzicht geven in de labelscores per instelling over het jaar 2021. De NZa zal dit jaar geen inzicht geven in de relatieve score op de academische zorgomzet over het jaar 2021.

Artikel 6 Intrekken en vervallen oude beleidsregels

De Beleidsregel beschikbaarheidsbijdrage academische zorg 2022, met kenmerk BR/REG-22150b, die een geldigheidsduur had tot en met 31 december 2022, is met ingang van de dag na de laatstgenoemde datum van rechtswege komen te vervallen.

Artikel 7 Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel

De 'Beleidsregel beschikbaarheidsbijdrage academische zorg 2022', met kenmerk BR/REG 22150b, blijft van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die beleidsregel en die betrekking hebben op de periode waarvoor die beleidsregel gold.

Artikel 8 Inwerkingtreding

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari 2023 en vervalt met ingang van 1 januari 2024.

Ingevolge artikel 5, aanhef en onder e, van de Bekendmakingswet, zal deze beleidsregel in de Staatscourant worden geplaatst.

De beleidsregel ligt ter inzage bij de NZa en is te raadplegen op www.nza.nl.

Artikel 9 Citeertitel

Deze beleidsregel wordt aangehaald als: Beleidsregel beschikbaarheidsbijdrage academische zorg 2023.

Bijlage 1 Functionele omschrijving labelsystematiek

Bijlage 2 Lijst unieke dbc-zorgproducten

Bijlage 3 DRG tabel

Bijlage 2 en 3 liggen ter inzage bij de NZa en zijn te raadplegen op www.nza.nl.



TOELICHTING BIJ BELEIDSREGEL

Inleiding

De BBAZ bestaat uit een vast en een variabel deel. Het variabele deel is bedoeld voor de zorg aan topreferente patiënten en varieert mee met het aantal topreferente 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 topreferente 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 topreferente patiënten.

Met de begrippen 'academische' en 'topreferente patiënt' is een manier gevonden om het variabele deel van de BBAZ transparant toe te kennen aan de instellingen waarvoor de BBAZ bedoeld is, daarnaast kan hiermee onderscheid gemaakt worden tussen instellingen waar geen aanvullende subsidie in de vorm van de BBAZ voor nodig is.

De systematiek voor het variabele deel is gebaseerd op verschillende informatiebronnen zoals het DIS dat bij de NZa in beheer is. De NZa kan over de 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 topreferente patiënten. Ook is het dan mogelijk ontvangers onderling te vergelijken.

Het jaar 2022 is wederom een jaar dat is beïnvloed door COVID. Er is op het moment van vaststellen van deze beleidsregel nog geen besluit genomen over hoe hier mee om te gaan. Dit heeft vooral impact op de vaststelling en verantwoording. Bij het vaststellen van de Nadere regel verantwoording 2022 zal meer duidelijkheid worden gegeven.

Artikelsgewijs

Artikel 4 lid 4.

op basis van de voorlopige indexcijfers 2023 is de index BBAZ 2023 als volgt¹:

Aandeel	Index	2023 gewogen voorlopig
Personeel (72%)	4,74%	3,39%
Materieel (28%)	4,87%	1,38%
Subtotaal		4,78%
Demografische groei (100% van geïndexeerd bedrag)	0,7%	0,7%
Totaal		5,51%

Artikel 5 lid 1 sub a.

De BBAZ is bedoeld voor zorgaanbieders die zich blijvend in hoge mate toeleggen op de topreferente functie en die daarvoor de benodigde voorzieningen in stand houden. Het volstaat daarom niet om het criterium van 35% over slechts een jaar te halen om aanspraak te maken op een BBAZ-vergoeding. Een instelling toont aan blijvend zich toe te leggen op de topreferente functie door minimaal drie jaren op rij het 35%-criterium te halen. Hierbij gaat het specifiek om de drie meest recente jaren waarvoor de DIS voldoende gevuld is en representatief zijn als normaal jaar. Indien een partij op het moment van de verlening voldoet aan de toegangscriteria wordt dit niet herzien op het moment van de vaststelling. Het is niet mogelijk dat op het moment van de vaststelling nieuwe partijen met terugwerkende kracht aanspraak maken op BBAZ, of partijen het recht op BBAZ verliezen.

Artikel 5 lid 1 sub b.

Een bestuurlijk formeel samenwerkingsverband met een Nederlands Instituut voor fundamenteel wetenschappelijk onderzoek of een Nederlandse geneeskunde faculteit.

¹ De aandelen Personeel en Materieel zijn in procenten afgerond op hele getallen voor de beleidsregel. De exacte percentages bedragen 71,567062930595 procent en 28,432937069405 procent.



Vooraf uit fundamenteel onderzoek ontstaat de werkelijke vernieuwing van wetenschappelijke kennis. BBAZ ontvangers dienen zich daarom minimaal ook bezig te houden met fundamenteel onderzoek. Met een 'kennisinstituut' wordt daarom bedoeld: een erkende Nederlandse kennisinstelling waar (fundamenteel) wetenschappelijk onderzoek wordt verricht. Bedoelde kennisinstellingen zijn de kennisinstellingen die worden genoemd in de subsidieregeling van NWO, dan wel kennisinstellingen van vergelijkbaar belang en vergelijkbare omvang.

De eis van een geformaliseerd samenwerkingsverband met bestuurlijke zeggenschap waarborgt dat de ontvanger van de BBAZ directe (bestuurlijke) invloed heeft op het onderzoek. Tevens waarborgt het dat de BBAZ ontvanger hier eindverantwoordelijkheden voor heeft. Dit vergt een nauwe blijvende bestuurlijke samenwerking tussen de zorgaanbieder en het kennisinstituut. De bestuurlijke samenwerking moet voldoen aan de eisen die ook aan de umc's worden gesteld met betrekking tot de samenwerking tussen het academisch ziekenhuis en de medische faculteit. Deze eisen zijn neergelegd in art 12.19 en verder van de Wet op het Hoger onderwijs (WHW).

Dit houdt onder andere in dat de zorgaanbieder en het kennisinstituut met een formele regeling die is vastgesteld door de RvB en RvT van beide instellingen, een gemeenschappelijk beleidsorgaan instellen. Dit beleidsorgaan moet daadwerkelijke bestuurlijke verantwoordelijkheden en bevoegdheden hebben om zorg en onderzoek inhoudelijk te richten en te organiseren.

Er moet sprake zijn van het ontwikkelen en in stand houden van een op kennisoverdracht gerichte infrastructuur voor de volle breedte van de medisch specialistische zorg. Er moet sprake zijn van brede uitrol van bewezen innovaties in de zorg (diagnostiek/behandeling). Zorgaanbieders moeten aantonen dat ze dit doen en ook op de lange termijn kunnen borgen.

Artikel 5 lid 1 sub c.

De definitie van topreferente zorg is gebaseerd op de zorg zoals die geleverd wordt vanuit de topreferente functie. Dit is vastgelegd in de positioneringsnota's umc's, alsmede in de Kamerbrief van 12 juli 2019 over de positie en rol van umc's. De topreferente functie betreft de behandeling van patiënten die zeer specialistische zorg nodig hebben waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is ('last resort'). 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 betreffende zorgaanbieders deze zeer specialistische zorg voor patiënten garanderen.

Kenmerken topreferente zorg

Er worden vier cumulatieve kenmerken onderscheiden:

- Kennisinfrastructuur: topreferente zorg vraagt om een multidisciplinaire infrastructuur, waarin medisch-wetenschappelijke eindverantwoordelijkheid wordt gedragen voor fundamenteel, translationeel en toegepast medisch wetenschappelijk onderzoek gecombineerd wordt met specialistische patiëntenzorg en;
- 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 en;
- Multidisciplinair: binnen de topreferente functie werken vaak meerdere disciplines samen, ook bij de aanpak van complicaties en;
- Continuïteit: de topreferente functie vereist continuïteit van zorg, ook als een medewerker die in deze functie gespecialiseerd is, de organisatie verlaat.

Voor de beoordeling of een instelling deze kenmerken heeft, worden de volgende indicatoren cumulatief gebruikt:

De instelling realiseert een minimale medewerkersverhouding van 1:10 wat betreft hoogleraren ten opzichte van de medische specialisten. Om recht te doen de ontwikkeling en innovatie / wisselwerking tussen zorg en onderzoek heeft dit een plek gekregen in de criteria voor de verlening. Een eis voor een minimale verhouding hoogleraar: medisch specialist is op zijn plek omdat het een indicator is voor de mate van onderzoek dat wordt verricht door de instelling en een indicator voor de mate van kennisdeling waar aan wordt gewerkt. De hoogleraren hoeven niet perse ook betrokken te zijn bij de medisch specialistische zorg zelf.

Het aantal specialismen is één van de indicatoren waarop kan worden gesteld dat een instelling topreferente zorg levert. Dit sluit aan bij de eis ten aanzien van multidisciplinaire zorg wat betreft de zorg waarbij diverse medische disciplines in onderlinge samenhang samen dienen te werken. Het gaat hierbij niet om een minimum aantal naast elkaar los opererende specialismen. Daarom wordt eis van multidisciplinair als volgt uitgewerkt:

- er zijn tenminste 7 (of meer) poortspecialismen aanwezig of worden structureel ingehuurd;



Minimaal 35% van het aantal poortspecialismen moet aanwezig zijn. We hanteren 35% vanwege de consistentie voor de uitleg van het begrip in belangrijke mate.

- De instelling levert minimaal 14 verschillende zorgproducthoofdgroepen.

Topreferente zorg is zeer specialistische patiëntenzorg die gepaard gaat met bijzondere diagnostiek en behandeling, waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is ('last resort', eindstation). Topreferente zorg vereist een infrastructuur waarbinnen vele disciplines op het hoogste deskundigheidsniveau samenwerken ten behoeve van de patiëntenzorg en die gekoppeld is aan fundamenteel patiëntgericht onderzoek. Hierbij voert de instelling bijvoorbeeld ook medische verrichtingen uit bij patiënten die anders uitbehandeld zouden zijn en garandeert deze voorziening in nauwe afstemming met andere ontvangers van de BBAZ.

Artikel 5 lid 2.

Zorgaanbieders die aan de drie toegangscriteria voor de BBAZ voldoen volgen in principe dezelfde BBAZ systematiek. Echter, zorgaanbieders kunnen van elkaar verschillen in hoeverre de topreferente zorg die zij leveren uit prestaties en tarieven bekostigd kan worden. Daarom worden er binnen de BBAZ twee compartimenten onderscheiden. In eerdere jaren werd ook onderscheid gemaakt tussen academische ziekenhuizen en andere zorgaanbieders, daarom waren er toen drie compartimenten. Dit onderscheid is met ingang van de aanwijzing van 27 juni 2022 losgelaten waardoor er nu nog 2 compartimenten zijn.

Artikel 5 lid 3.

De BBAZ vergoedt de topreferente functie en de ontwikkeling van nieuwe vormen van diagnostiek en behandeling om deze blijvend te garanderen binnen Nederland. Het is belangrijk dat er permanent voorzieningen (in mensen en middelen) beschikbaar zijn om, in wisselwerking met indien beschikbaar de laatste stand van de wetenschap, over de volle breedte van het spectrum van medisch specialistische zorg, zorg te bieden aan topreferente patiënten en aan patiënten die elders in Nederland niet in een ziekenhuis terecht kunnen met hun zorgvraag (last resort functie). Om dit doelmatig te realiseren is het noodzakelijk om deze voorzieningen en de bijbehorende kennis te concentreren bij instellingen die zich hier in hoge mate op toelagen.

De BBAZ is bedoeld voor zorgaanbieders die zich blijvend in hoge mate toelagen op de topreferente functie en die daarvoor de benodigde voorzieningen in stand houden. Om aan te tonen dat men zich in hoge mate toelagt op de topreferente patiënt is het onderscheid tussen unieke dbc-zorgproducten en gedeelde zorgproducten niet relevant. Voor beide moeten er voorzieningen in mensen en middelen worden aangehouden. Voor de unieke dbc-zorgproducten geldt echter dat de tarieven gemiddeld dekkend zijn. Hiervoor is het TRF-deel van de BBAZ niet bedoeld. In lijn met de aanwijzing geven we hiermee invulling aan het rekening houden met activiteiten die reeds op een andere manier bekostigd worden. Om hier rekening mee te houden wordt in labelsystematiek achteraf een correctie gemaakt op het aantal topreferente patiënten. De berekening van het aantal topreferente patiënten verloopt inclusief alle zorg zoals opgenomen in de functionele omschrijving (bijlage 1). Patiënten die uitsluitend unieke dbc-zorgproducten hebben ontvangen tellen vervolgens niet mee voor de verdeling van de BBAZ. Indien een patiënt naast unieke dbc-zorgproducten ook gedeelde dbc-zorgproducten heeft ontvangen telt de patiënt wel mee voor de verdeling.

In 2023 is bij de bepaling van de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage rekening gehouden met de overheveling van een bedrag voor de nieuw in te voeren prestatie, het zogenaamde expertiseconsult. Met de betrokken partijen is afgesproken² dat de NZa op basis van de vastgestelde prestatiebeschrijving van het expertiseconsult, het overeenkomstige bedrag zou bepalen dat binnen de BBAZ voor deze zorg verleend is en dat het beschikbare bedrag voor de BBAZ daar vervolgens voor wordt geschoond. Het ging daarbij alleen om de vergoeding van het expertiseconsult voor zover dat in het verleden bekostigd is vanuit de BBAZ. Overeenkomstig wordt het macrokader voor de sector MSZ hiervoor verhoogd. Dit onderzoek heeft plaatsgevonden en het bedrag is vastgesteld op EUR 2.396.965. Dit bedrag is in mindering gebracht op het totaal beschikbare bedrag voor compartiment 1 en 2 zoals opgenomen in artikel 5.

Artikel 5 lid 4.

Bij de initiële verdeling van de beschikbare middelen binnen het eerste compartiment wordt voor het variabele deel zoveel mogelijk de labelsystematiek gebruikt. Die verdeling gebeurt op basis van de scores van de zeven labels. Voor de periode tot en met 2022 is op basis van ervaring bij de verdeling

² Zie brief van 9 mei 2022 van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer met als onderwerp: Kamerbrief en voorhang BBAZ per 2023



voor compartiment 1 en compartiment 2 uitgegaan van een verdeling waarbij 70% van de totale BBAZ het TRF-deel beslaat en 30% voor het O&I-deel. Onderdeel van de doorontwikkeling was de afspraak dat in de transitieperiode (2020–2022) zou worden getoetst of de verhouding 70–30 gewijzigd moet worden. Deze evaluatie heeft inmiddels plaatsgevonden. Mede door de toevoeging van een verantwoordingspost voor wetenschap in het O&I-deel met ingang van 2023 wordt dit aangepast naar een verhouding 65–35.

Artikel 5 lid 5.

Het beschikbare bedrag voor het tweede compartiment zal vanaf het jaar 2023 meegroeien met de indexering zoals die wordt toegepast zoals uitgewerkt in deze beleidsregel. Zorg gerelateerde kosten worden voor compartiment 2 middels prestaties en tarieven bekostigd.

Artikel 5 lid 6.

Het TRF-deel van de BBAZ-vergoeding is bedoeld voor dbc-zorgproducten waarvoor de tarieven onvoldoende dekkend zijn. Aangezien voor unieke dbc-zorgproducten geldt de tarieven vrijwel volledig op de kostengegevens van de ontvangers gebaseerd zijn worden deze kostendekkend verondersteld. Deze dbc-zorgproducten spelen daarmee ook geen rol in de verdeling tussen de ontvangers binnen een compartiment omdat de mate waarin men een BBAZ-vergoeding ontvangt een weergave moet zijn van de mate waarin de tarieven ontoereikend zijn.

Om de volledigheid van het DIS te toetsen wordt een vergelijking gemaakt met de Vektis-data. De DIS-data wordt voldoende gevuld verondersteld voor een ziekenhuis als het aantal dbc's minimaal 80% is van de dbc's in de Vektis-data per individueel jaar en relevante periode.

In de gevallen dat het 80% criterium niet wordt gehaald wordt voor de betreffende zorgaanbieder de doorverwijzing naar andere instellingen voor medisch specialistische zorg, relevant voor label tertiair berekend zonder de validatieslag bij de verwijzende instelling. Hierdoor waarborgen we dat instellingen niet worden benadeeld indien partijen de DIS niet voldoende hebben aangeleverd.

Artikel 5 lid 7.

Het TRF-deel van de BBAZ-vergoeding is bedoeld voor dbc-zorgproducten waarvoor de tarieven onvoldoende dekkend zijn. Aangezien voor unieke dbc-zorgproducten geldt dat de tarieven vrijwel volledig op de kostengegevens van de ontvangers gebaseerd zijn, worden deze kostendekkend verondersteld. Deze dbc-zorgproducten spelen daarmee ook geen rol in de verantwoording door de ontvangers. Deze dbc-zorgproducten dienen in de verantwoording te worden uitgesloten óf de meerkosten daarvan dienen op 0 te worden gesteld.

Artikel 5 lid 7 sub c.

1. De verantwoording topreferentie en O&I mogen worden gesubstitueerd.
2. De verantwoording van het TRF-deel vindt plaats op basis van de gerealiseerde meerkosten.
3. Indien een ontvanger van de BBAZ door het gebruik van kostprijzen t-2 (bijv. 2020 bij verantwoording 2022 een verantwoordingsprobleem heeft, zal NZA in overleg met desbetreffende ontvanger treden, waarbij de kostprijzen t (in dit geval 2022) worden meegewogen om te beoordelen of aan verantwoording wordt voldaan.

Onderstaand wordt verder ingegaan op punt 2 en 3. Punt 1 (substitutie) wordt verder uitgewerkt onder punt d. van deze toelichting.

Bij de consultatie voor deze beleidsregel heeft de NFU gewezen op het mogelijke risico dat ontvangers van de BBAZ hun vergoeding via de BBAZ niet volledig kunnen verantwoorden in de overgangperiode. De reden daarvan zou zijn dat de verantwoording gebaseerd is op het jaar t-2, een jaar waarin de kosten nog niet op het niveau van 2020, 2021 of 2022 kunnen liggen. Een lagere verantwoording zou betekenen dat de betreffende instelling moet terugbetalen. Dit volgt uit Europese regelgeving. Dit geldt onverkort voor de jaren na de overgangperiode. Dan geldt immers dat een toegroei naar de reële situatie is afgerond.

De NZa zal als volgt omgaan met dit risico. Mocht er bij de verantwoording over 2023 in 2024 blijken dat op basis van de systematiek een bepaalde instelling niet volledig kan verantwoorden dan zal de NZa dit op de eerste plaats casuïstisch benaderen. Mocht daarbij geconcludeerd worden dat de oorzaak ligt in een mismatch tussen de jaren waaruit de verantwoordinggegevens worden gehaald (t-2) en het jaar waar de verantwoording betrekking op heeft dan zal de NZa in afstemming met de NFU zoeken naar een methode om deze mismatch te verhelpen zodat voor het betreffende ziekenhuis gewerkt wordt met het juiste (verhoogde) kostenniveau. Hoe dit er alsdan precies uit komt te zien is op



het moment van publicatie van deze beleidsregel nog niet te zeggen.

Belangrijk is dat de gerealiseerde kosten 2023 worden vergeleken met de ontvangen beschikbaarheidsbijdrage voor 2023. Als daar in de transitieperiode maatwerk voor nodig is dan zal de NZa daar aan meewerken.

Verantwoording substitutie

De BBAZ vormt juridisch gezien één dienst van algemeen economisch belang (DAEB). Daarmee is bij de kostenverantwoording substitutie tussen de twee subonderdelen binnen de DAEB mogelijk. De voorbeelden zijn niet limitatief.

Cijfermatig voorbeeld van toepassing substitutie:

Bij een zorgaanbieder heeft in een bepaald jaar geen grote bijzondere gebeurtenis plaatsgevonden, maar door een samenspel van factoren doet de volgende situatie zich voor. Deze zorgaanbieder stelt een kostenverantwoording van de BBAZ op waarin € 58 mln TRF en € 30 mln O&I wordt verantwoord, terwijl de toegedeelde BBAZ is te splitsen in € 60 TRF en € 25 mln O&I. Dan heeft deze zorgaanbieder € 88 mln BBAZ verantwoord en ontvangt in deze situatie dus de toegedeelde € 85 mln BBAZ, hoewel bij het TRF-subonderdeel de kostenverantwoording onder de verdeling uitkomt.

Onderstaand is een tweetal specifieke op de praktijk gestoelde voorbeelden van substitutie nader uitgewerkt.

Voorbeeld 1: substitutie door innovatieproject 'Continue monitoring'

Dit is een project dat in 2017 is gestart in een pilot op 2 verpleegafdelingen (Interne geneeskunde en Heelkunde), waarbij patiënten 24/7 continue de vitale functies worden gemeten. Patiënten dragen gedurende de hele opname een klein apparaatje voor draadloze registratie van alle parameters. De winst van dit continue monitoren is vroeg signaleren van klinische achteruitgang en daar vroegtijdig op inspelen. Doorgaans meten verpleegkundigen handmatig drie maal per dag 5 vitale functies bij alle opgenomen patiënten. Hiermee wordt vastgesteld dat er een stabiele situatie is bij de patiënt, of gesignaleerd dat er een achteruitgang is opgetreden, waarvoor een behandeling moet worden gestart. Wanneer achteruitgang niet (op tijd) wordt herkend, kan dit nadelige gevolgen hebben voor de patiënt zoals ongeplande opname op de intensive care (IC), verlengde opnameduur, reanimatie of zelfs overlijden. In plaats van een aantal keren per dag meten, is het met nieuwe apparatuur mogelijk om continue te monitoren. Dit gebeurt met een klein kastje aan de pols van patiënten. Een computerprogramma berekent doorlopend of er een veilige situatie is, of dat er moet worden gealarmeerd aan de verpleegkundige. Zo kan een achteruitgang in de gezondheidstoestand van een opgenomen patiënt eerder worden gesignaleerd of voorspeld en kan behandeling eerder starten.

De kosten van een dergelijke innovatie en pilot worden niet gedekt uit de reguliere dbc-opbrengsten, maar worden in de pilotfase gedekt uit beschikbaar gestelde innovatiemiddelen en komen daarom in aanmerking voor verantwoording in het O&I-deel van BBAZ. De kosten maken in deze fase dus nog geen onderdeel uit van de profielen van zorgproducten.

Indien de uitkomsten van zo'n pilot succesvol zijn dan zal vanaf 2019 de verdere uitrol plaatsvinden op andere verpleegafdelingen in het ziekenhuis en zal het onderdeel gaan uitmaken van de reguliere zorg op verpleegafdelingen. Het kan dan heel goed zo zijn dat de kosten verbonden aan de toepassing van deze innovatie een structureel karakter krijgen en worden toegepast op 'academische patenten' die vallen in het TRF gedeelte van de kostenverantwoording en daarmee verschuiven deze kosten van het O&I-deel naar het TRF-gedeelte in de kostenverantwoording. Op dat moment maken de kosten immers onderdeel uit van de profielen van zorgproducten en betreft het meerkosten TRF. De oorspronkelijke dekking vanuit beschikbaar gestelde innovatiemiddelen (O&I) komt derhalve te vervallen.

Wanneer de toepassing van deze innovatie vervolgens 'standing-practice' wordt en verdisconteerd kan worden in de dbc-prijzen voor betreffende patiënten kunnen de kosten uiteindelijk ook weer uit de verantwoording van het TRF gedeelte vallen.

Voorbeeld 2: substitutie door niet-vergoede zorg

Een van de O&I-categorieën betreft niet-vergoede zorg. Ontvangers van de bbaz 's voeren soms innovatieve behandelingen uit, die nog niet te declareren zijn bij de zorgverzekeraar. Dit komt omdat er nog geen dbc-code voor de behandeling bestaat. Er gaat vaak enige tijd overheen voordat een innovatieve behandeling vergoed wordt door de verzekeraar. Zolang er geen tarief voor dergelijke behandelingen is, betalen ontvangers van de bbaz's deze behandelingen uit de O&I-component. Zodra



er een tarief bestaat, wordt de behandeling gedeclareerd aan de verzekeraar en worden eventuele meerkosten gefinancierd uit de TRF-component.

Artikel 5 lid 8 sub e.

Een mogelijk gevolg van de verlening en vaststelling op basis van verschillende jaarlagen is een groot verschil tussen verleningsbedragen en vaststellingsbedragen. Dit kan tot tweetal situaties leiden. De eerste betreft een beheersaspect voor een instelling. De tweede is het risico op onzekerheden in de jaarrekeningcontrole.

Om het risico op het beheersaspect van de organisatie te beperken geeft de NZa in het tweede kwartaal van 2023 inzicht in de labelscores per instelling met als basisjaar 2019.

Om de risico's voor de jaarrekeningcontrole te beperken bepaalt de NZa de labelscores per instelling op 1 maart 2024. Deze labelscores dienen gebruikt te worden voor de verantwoording en betreffen tevens de labelscores waar de vaststelling op gebaseerd zal worden. De NZa benadrukt dat het hier om een informatief product gaat dat wordt afgegeven ten behoeve van de beheersing van de O&I component en de jaarrekening controle. Dit betreft geen tussentijdse beschikking.

Met deze methodiek kan de NZa de BBAZ ontvangers tijdig informeren over het aandeel O&I dat zij ontvangen voor jaar t. Dit komt de beheersing van de O&I component van de instellingen ten goede omdat de instellingen vroeger inzicht hebben in het beschikbare bedrag voor O&I. In de uiteindelijke situatie waarborgt dit ook de consistentie tussen de O&I component en de TRF component, omdat beide uitgaan van jaar t-1 in de berekening voor het relatieve aandeel. Tevens leidt dit tot minder onzekerheden in het jaarrekening traject.



BIJLAGE 1 FUNCTIONELE BESCHRIJVING LABEL SYSTEMATIEK TOPREFERENTE PATIËNT

Het DIS (dbc-informatiesysteem) bevat de gegevens die we gebruiken om de aantallen patiënten per label zoals ontwikkeld in project Robijn te berekenen. Voor het bepalen van de labels gebruiken we DIS-data van de ziekenhuizen.

Op de DIS vinden bewerkingen plaats vóór de scores worden berekend. Deze bewerkingen zijn gericht op het verkrijgen van zo geschikt mogelijke data voor de berekening van de label scores. De volgende bewerkingen worden gedaan:

- Datavalidatie
- Bewerking DIS
- Bewerking referentietabellen
- Afbakening scope BBAZ

Datavalidatie

Als onderdeel van de datavalidatie worden gegevens gecontroleerd op basis voorwaarden. Dit betreffen controles die gericht zijn op het identificeren van foutieve data. Het gaat hier bijvoorbeeld om verkeerde of ontbrekende codes, onmogelijke aantallen verrichtingen, dubbele registraties en negatieve aantallen. Deze data werkt vervuilend in de berekening van de labelscores en wordt daarom verwijderd.

De NZa voert deze schoning uit voordat de labelscores worden berekend. De schoningsredenen kunnen continu worden aangevuld om de kwaliteit van de gebruikte informatie voor de label berekeningen zo hoog mogelijk te houden. Hiervoor sluit de NZa aan bij de meest recente datavalidatie die is uitgevoerd door het team data. In dit traject worden gegevens teruggegeven voor en na schoning. Alle afgekeurde trajecten lopen niet mee in de berekening van de labelscores. Eventueel niet beoordeelde trajecten (inclusief heraangeleverde trajecten) worden geaccepteerd en meegenomen in de label berekening.

Bewerking DIS

Op een aantal punten bewerken we DIS

- BSN:
De gepseudonimiseerde BSN die we via een vaste sleutel omgenummerd ontvangen via een zorgTTP, kan meerdere geboortejaren bevatten voor een unieke patiënt. Een gepseudonimiseerde BSN uit de patiëntentabel wordt in dat geval als niet valide beschouwd indien er meer dan 10 geboortejaren aan gekoppeld worden. We coderen de waarde dan als NULL.
- Bepaling geboortjaar per BSN:
Per BSN code wordt er een geboortjaar bepaald. Als er meerdere geboortejaren zijn geregistreerd wordt een geboortjaar bepaald aan de hand van de volgende criteria, op volgorde:
 - geboortjaar met meeste subtrajecten met een plausibele leeftijd. Een leeftijd wordt als plausibel geacht als de leeftijd uit de subtrajecten tabel overeenkomt met het geboortjaar uit de patiëntentabel.
 - geboortjaar met meeste subtrajecten
 - geboortjaar met meeste unieke patiëntnummers
 - geboortjaar in subtraject met laatste begindatum
 - laagste geboortjaar
- Leeftijd in subtrajectentabel:
De leeftijd opgenomen in het subtraject wordt bepaald met het geboortjaar uit de patiëntentabel. In de volgende volgorde:
 - De leeftijd uit de subtrajectentabel wordt overgenomen indien deze correspondeert met het geboortjaar uit de patiëntentabel.
 - Wanneer het geboortjaar gelijk is aan de openingsdatum van het subtraject dan wordt de leeftijd als 0 gecodeerd.
 - Als voorgaande stappen nog niet een sluitend antwoord hebben gegeven wordt vervolgens de leeftijd berekend uitgaande van 1 juli van geboortjaar uit de patiëntentabel.

Referentietabellen dbc-release en Vektis

De dbc-release tabellen van de NZa worden vanuit de bron bitemporaal uitgeleverd, elke versie van de tabel bevat historie met begin- en einddatum per regel.

Voor het bepalen van de juiste referentietabellen wordt de versie gekozen waarvan het actuele peilmoment valt binnen begin- en einddatum van de tabel. Voor zover de Vektis tabellen niet bitemporaal zijn nemen we de laatste versie.



We maken geen aanpassingen aan de referentietabellen met uitzondering van de de volgende:

- Adres bepaling instellingen
De referentietabellen kunnen meerdere adressen opleveren per AGB-code. Uiteindelijk moet er één adres gekozen worden per AGB-code. Dit gebeurt op de volgende manier:

Stap 1: Van de ondernemingen en vestigingen met een AGB-code die gebruikt wordt in het huidig declaratieverkeer (AGB-code anders dan beginnend met 71) wordt het adres bepaald. Er wordt gezocht naar het eerste adres als de postadres en postbus van laag naar hoog wordt gesorteerd. In het bepalen van het adres wordt altijd eerst gekeken naar het adres van de onderneming en dan pas naar het adres van de vestiging. Als er dan nog altijd meerdere kandidaten zijn, nemen we het eerste adres als de postcode en huisnummer van laag naar hoog wordt gesorteerd.

Zorgprofielklasse

De zorgprofielklasse bestaat uit twee posities. Indien de brontabel 1 cijfer bevat dan wordt er een voorloop '0' gecodeerd.

Overige referentietabellen

- Aantal inwoners Nederland
Het aantal inwoners van Nederland is afkomstig van CBS (statline). Periodiek wordt deze tabel verversd om het meest gebruiken recente jaar te kunnen meenemen.
- Diagnosegroepen
Deze tabel betreft een clustering van diagnosecodes. Deze tabel is afkomstig van de NFU. Zie bijlage voor deze tabel.
- Kostprijzen
Deze tabel is afkomstig van de NZa en bevat kostprijzen per zorgactiviteit. Deze tabel wordt een keer per jaar na 15 december verversd. Voor elke zorgactiviteit wordt één kostprijs gekozen. De algemene kostprijs tabel wordt als uitgangspunt genomen aangevuld met andere kostprijzen uit andere zorgproductgroepen.
In volgorde gaat het om de volgende zorgproductgroepen:
 - Algemeen
 - Brandwonden
 - Epilepsie
 - Geriatrische revalidatiezorg
 - Revalidatiezorg
 - Stamcel
- Unieke producten
Producten die voor meer dan 95% door BBAZ-ontvangers worden uitgevoerd beschouwen we als uniek. Daar waar we geen data hebben wordt deze selectie verrijkt met wbm- vergunningen die allen voorbehouden zijn aan BBAZ ontvangers. Via expert opinion kan deze lijst ook worden aangevuld. In de bijlage staan de unieke producten benoemd.
- Reistijdentabel
De tabel die we gebruiken voor de bepaling van de reistijden tussen postcodes is afkomstig van Geodan. We gebruiken hiervoor de meest recent beschikbare versie binnen de NZa.
- Sociaal Economische Status
Deze tabel is afkomstig van SCP. De onderzoeken die ten grondslag liggen aan deze tabel worden niet meer uitgevoerd. Derhalve zal deze tabel niet meer verversd worden. De versie die we gebruiken betreft versie 20190426_01.
- Zorginstellingen fusies
We hanteren de zorginstellingen fusietabel om aparte AGB-codes die we voor de labelberekening als een instelling beschouwen te groeperen. De versie die gebruikt wordt voor de labelberekening betreft 20201101_01.

Scope BBAZ

De scope van de BBAZ betreft niet alle dbc's. Om de scope af te bakenen wordt DIS geschoond in de volgende omstandigheden:

- BSN met NULL codering worden uitgesloten.
- Onverzekerde zorg (declaratiecode waarvan de eerste twee posities beginnen met het cijfer 16 of 17)
- Geriatrische revalidatiezorg (behandelend specialisme code 8418)
- Overige zorgproducten (subtrajecten met kenmerk zorgtype 41)
- IC zorg zonder een zorgtraject van een hoofdbehandelaar (zorgtype 52).
- Volgens de regelgeving komt zorgtype 51 altijd voor in combinatie met een initieel of vervolg dbc (zorgtype 11 of 21). Zorgtype 51 zal geschoond worden bij afwezigheid van het initieel of vervolg



dbc of het ontbreken van een geldig declaratieset nummer (dds_sqn mag niet 0 zijn). De overige subtrajecten met zorgtype 51 (add ons) worden gekoppeld aan het bijbehorende subtraject en zal meelopen bij het label complexe ok en behandelintensiteit.

Bepaling scores op labels

Hieronder volgt een functionele omschrijving van de verschillende labels.

Algemeen

De patiëntenpopulatie bestaat uit unieke patiënten voor wie binnen een bepaalde tijdspanne een verzekerde dbc-zorgprestatie geopend is bij een hoofdbehandelaar (subtrajecten met zorgtype 11,21 of 13). Zorgtype 51 zal alleen meelopen bij het label complexe ok en behandelintensiteit.

Er worden twee referentiegroepen onderscheiden:

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

Nieuwe aanvragers vallen in de referentiegroep 2: overige instellingen.

Alle patiëntgebonden labels worden berekend op concernniveau, per jaar, waarbij gekeken wordt naar de openingsdatum van de dbc. Voor de telling van het aantal unieke patiënten wordt gebruik gemaakt van een geldig BSN.

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 zorgprofielklasse 14 uitgesloten. Voor ontbrekende kostprijzen wordt de gemiddelde kostprijs van de zorgprofielklasse genomen.

Zorgtype 51 zal meegenomen worden als het subtraject gekoppeld kan worden aan een initieel of vervolg dbc. De IC-zorgactiviteiten (zorgprofielklasse 18 en 19) wegen niet mee in het bepalen van de zorgzwaarte.

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: behandelintensief

We definiëren trajecten als behandelintensief bij meer dan twee standaarddeviaties afwijking ten opzichte van het landelijk gemiddelde.

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. Voor kostprijzen die kleiner dan 0,01 zijn wordt een vervangende waarde genomen van -6. Kostprijzen van 0 cent worden uitgesloten van de berekening.

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: unieke zorg

Per diagnose, zorgtype, specialisme en patiëntkenmerk wordt gekeken of de BBAZ 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.

Voor leeftijdscategorieën wordt de volgende leeftijdsgroepen opgesteld:

- Categorie 0: 0 tot en met 14 jaar
- Categorie 1: 15 tot en met 24 jaar
- Categorie 2: 25 tot en met 44 jaar
- Categorie 3: 45 tot en met 64 jaar
- Categorie 4: 65 tot en met 74 jaar
- Categorie 5: 75 tot en met 84 jaar
- Categorie 6: 85 en ouder

Voor geslacht wordt aangesloten bij de verschillende geslachtsvormen die voorkomen in de DIS.

Voor de indeling op sociaal economische status wordt gebruik gemaakt van de gegevens op postcode-niveau van het SCP. De scores die door het SCP worden gepubliceerd zijn omgezet in categorieën op basis van afwijkingen ten opzichte van het gemiddelde. Hiervoor worden drie categorieën onderscheiden:

- Laag (1): Gemiddelde minimaal één keer standaarddeviatie of minder.
- Middel (2): Gemiddelde (tussen min één en plus één keer standaarddeviatie)
- Hoog (3): Gemiddelde plus één standaarddeviatie of meer.

Voor de reistijdentabel wordt gebruik gemaakt van de meest recent beschikbare reistijdentabel van GEODAN voor alle postcodes in Nederland. Alle reistijden zijn weergegeven tussen alle mogelijke combinaties van postcodes. De reistijd van de postcode van de patiënt en het adres van de instelling wordt vervolgens bepaald. Op basis van de reistijden worden drie categorieën onderscheiden:

- Categorie Kort: minder dan 30 minuten
- Categorie Midden: 30 of meer en minder dan 60 minuten
- Categorie Lang: 60 of meer minuten

Label 3: multispecialistische zorg

Dit label identificeert patiënten die binnen een instelling zorg ontvangen van diverse poortspecialismen. Hierbij wordt gekeken naar het specialisme waar het subtraject op geregistreerd is, en 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 poortspecialismen.

Hier wordt een uitzondering op gemaakt: Indien het subtraject is geregistreerd op een niet poortspecialisme, en het uitvoerende specialisme is gelijk aan het behandelend specialisme waar het subtraject op geregistreerd is, wordt deze ook meegenomen als specialisme voor de bepaling van het label.

Voor de diagnosegroepen wordt gebruik gemaakt van de diagnosegroepentabel. De diagnosegroep omschrijvingen 'X', 'Traject', 'Intercollegiaal consult', 'Screening' en 'Geen DRG' worden uitgesloten.

Vervolgens wordt het aantal unieke patiënten per instelling geteld die volgens bovenstaande operationalisatie multispecialistische zorg krijgen.

Label 4: complexe operatie

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

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

Met patiënten wordt de totale patiëntenpopulatie bedoeld. Hiervoor gebruiken we de meest recent beschikbare inwonersaantallen van het CBS op peildatum 31 december van ieder jaar. De operatieve verrichtingen die worden onderscheiden worden gebaseerd op de zorgactiviteiten met ZPK code 5 (Operatieve verrichtingen).

Bij het identificeren van complexe ok loopt zorgtype 51 ook mee. Een patiënt kan dus topreferent worden door een complexe ok verrichting door een subtraject met een zorgtype 51.

Het aantal unieke patiënten met zo'n operatie wordt per instelling geteld.



Label 5: 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 mensen wordt vastgesteld.

Met mensen wordt bedoeld de totale patiëntenpopulatie van Nederland. Hiervoor gebruiken we de meest recent beschikbare inwonersaantallen van het CBS op peildatum 31 december van ieder jaar.

Het aantal unieke patiënten die aan dit criterium voldoet wordt per instelling geteld.

Label 6: Tertiaire verwijzing

Het gaat hier om het aantal unieke patiënten dat eerder in een ander ziekenhuis behandeld werd en daarna doorverwezen is. We kijken hiervoor naar de initiële en vervolg dbc's (zorgtype 11 en 21 in de DIS) waarvan de begindatum maximaal 1,5 jaar ligt na de begindatum van de dbc van een andere zorgaanbieder. Om te kunnen scoren op dit label dient een instelling tenminste verwijzingen te ontvangen naar 3 verschillende poortspecialismen. Voor dit label wordt op twee manieren bekeken of een patiënt aan deze eis voldoet. Hiervoor hanteren we een BSN-criterium en een verwijzercriterium:

Criterium verwijzer:

Via de DIS-registratie van het ziekenhuis wordt nagegaan hoeveel patiënten verwezen zijn vanuit een andere instelling (met uitzondering van de Spoed Eisende Hulp). Deze patiënten moeten ook daadwerkelijk (op basis van BSN) maximaal 1,5 jaar voorafgaand aan de gegeven zorg aanwezig zijn in de ziekenhuisadministratie van een ander ziekenhuis.

Voor de instellingen die de DIS niet voldoende volledig hebben aangeleverd (minimaal 80%) wordt niet geverifieerd of de patiënt een dbc in een ander ziekenhuis heeft ontvangen volgens bovenstaande methode. Voor deze instellingen wordt gebruik gemaakt van de verwijsadministratie van de instelling zelf om vast te stellen of de patiënten binnen 1,5 jaar behandeld zijn in een ander ziekenhuis. Hiervoor baseren we ons enkel op de verwijsadministratie van het ziekenhuis zelf (variabele code_zelfverwijzer_cd met als waarde '06'). De BSN controle laten we dan los.

Criterium BSN:

De BSN methode analyseert welke patiënten in de periode van 1,5 jaar zoals hierboven beschreven in verschillende ziekenhuizen zijn behandeld zonder dat hiervoor een specifieke verwijzing is geregistreerd.

Omdat niet alle zorg noodzakelijkerwijs gerelateerd is aan elkaar wordt via de BSN-methode gekeken of de zorg die in verschillende instellingen geleverd is aan elkaar gelieerd is. Hiervoor baseren we ons op bestaande verwijzingen naar BBAZ ontvangers tussen specialismen die gemiddeld of meer dan gemiddeld voorkomen in een bepaalde periode. Voor deze verwijzingen berekenen we een landelijk gemiddeld verwijspatroon. Verwijspatronen die gemiddeld of meer dan gemiddeld voorkomen worden meegenomen als tertiaire verwijzing indien sprake is van een gelijke Diagnose registratie groep (DRG) bij de behandeling in de verschillende instelling, of indien het een van de belangrijkste DRG's betreft bij de doorverwijzing. Om te bepalen of een DRG in de categorie belangrijkste DRG's valt wordt op basis van omvang een lijst met DRG's opgesteld waarbij tenminste 80% van de doorverwijzingen wordt geselecteerd voor de relevante verwijspatronen.

De DRG's: KGEN-01 en 'GEEN' worden uitgesloten.

Bij bepaling van de labelscore wordt uiteindelijk unieke patiënten gelabeld die voldoen aan het BSN criterium en/of aan criterium verwijzer.'

Label 7: multimorbide patiënten

Het gaat hier om patiënten jonger dan 50 jaar met vier of meer verschillende diagnosegroepen gedurende de laatste 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.

De volgende diagnosegroepen worden hier uitgesloten:

De diagnosegroepen: 'KGEN-01', 'Z35', 'S06', 'S42-0', 'S42-S52', 'S62-S102', 'S62-S103', 'S72', 'S82',



'S82-2', 'S83', 'S92', 'S93', 'GEEN' en alle diagnosegroepen die beginnen met en 'S1'.

Daarnaast worden de volgende diagnosegroep omschrijvingen uitgesloten: 'X', 'Traject', 'Intercollegiaal consult', 'Screening'.]