

Regeling Verantwoording bbaz 2025 compartiment 1

Vastgesteld op 24 maart 2026

NR/REG-2526

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 academische zorg 2025.

Compartiment 1: Dit compartiment is bedoeld voor zorgaanbieders waarbij de topreferente zorg niet volledig bekostigd wordt via prestaties en tarieven.

DIS (DBC-Informatiesysteem): Digitale databank zoals omschreven in de 'Regeling verplichte aanlevering minimale dataset medisch specialistische zorg (MDS)'.

Diagnosegroep: Een diagnosegroep is een classificatiesysteem van de combinatie diagnose en specialismecode. Het is een tabel afkomstig van de NFU en veelal gebaseerd op de ICD-10 classificatie. De tabel bevat 3135 regels en onderscheidt 260 unieke groepen. Deze tabel is opgenomen in de bijlage 3 bij deze nadere regel.

Meerkosten: Het verschil tussen de instellingsspecifieke kostprijzen van alle subtrajecten behorende bij academische patiënten (zoals geïdentificeerd volgens de patiëntgebonden labelsystematiek) en de referentie kostprijzen. Zowel de positieve als de negatieve verschillen dienen hier te worden meegenomen.

Ontvangers: De ontvangers van de bbaz die op basis van de toegangscriteria zoals opgenomen in artikel 5 van de Beleidsregel beschikbaarheidsbijdrage academische zorg 2025 recht hebben op een beschikbaarheidsbijdrage uit compartiment 1.

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 zeven 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 de verdeling van het variabele deel van de bbaz over de ontvangers. Zie de toelichting bij deze regeling voor een omschrijving van de zeven patiëntgebonden labels.

Referentie kostprijs: De landelijk gemiddelde kostprijzen berekend over 2023 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: 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.

Unieke dbc-zorgproducten: Zorgproducten die vrijwel uitsluitend geleverd worden door de huidige ontvangers van de BBAZ. Zorgproducten worden als uniek beschouwd op grond van een van de volgende vijf redenen:

- 1) als producten voor 95% of meer door BBAZ-ontvangers worden uitgevoerd in de periode van 2020 tot en met 2023;
- 2) producten die geen aantallen kennen maar wel wbm-v vergunningen. In dit geval wordt een

product als uniek beschouwd als de BBAZ-ontvangers alleen een wbm-v-vergunning hebben en andere instellingen niet;

- 3) Producten die minder dan 30 keer voorkomen in 2023 en bij de voorgaande bepaling van de unieke zorg als uniek beschouwd zijn;
- 4) Producten die voor tussen de 90% en 95% door BBAZ-ontvangers worden uitgevoerd en bij de voorgaande bepaling van de unieke zorg als uniek werden beschouwd op basis van criterium (1);
- 5) Op inhoudelijke argumenten kunnen de unieke producten aangepast worden op basis van expert opinie. De producten die we als uniek definiëren voor de bbaz 2025 zijn in bijlage 2 opgenomen.

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 werd 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) uit compartiment 1 verstrekken aan de NZa en hoe zij deze gegevens aan de NZa verstrekken.

De regeling legt vast op welke wijze ontvangers van de bbaz zich dienen te verantwoorden over het jaar 2025. Op basis van de verantwoording stelt de NZa het bedrag voor de bbaz-ontvangers vast.

3 Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op de ontvangers van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg uit compartiment 1.

4 Te verstrekken informatie

4.1 Procedure

De procedure voor het verantwoordingsjaar 2025 is als volgt:

1. Uiterlijk 1 september 2026: de ontvanger levert de informatie aan de NZa zoals uitgewerkt in artikel 4.2.1 en artikel 4.2.2. Daarbij maakt de ontvanger gebruik van de door de NZa geleverde data over 2023, exclusief unieke zorg, in csv-format, het toelichtingsdocument en de vulling van de DIS van de top 10 doorverwijzende ziekenhuizen. Tevens maakt de ontvanger gebruik van de door de NZa aangeleverde referentiekostprijzen en indexcijfers om de meerkosten berekenen en te indexeren.
2. Uiterlijk 1 november 2026: Bij eventuele onderverantwoording in eerste aanleg wordt door de betreffende ontvanger en de NZa onderzocht hoe met maatwerk de vergelijking tussen gereali-seerde kosten 2025 en de ontvangen beschikbaarheidsbijdrage voor 2025 kan worden verbeterd. 3. De NZa stelt vervolgens de bbaz 2025 formeel vast conform de Beleidsregel beschikbaarheidsbijdrage academische zorg 2025.

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

1. De NZa berekent de score per label per ontvanger
2. De NZa verstuurt uiterlijk 4 maart 2026 de informatie via het uitwisselportaal naar de ontvanger zoals genoemd in paragraaf 4.1, lid 1.
3. In de verantwoording worden de unieke dbc-zorgproducten voor de topreferente patiënten niet meegeteld.
4. De ontvanger levert uiterlijk 1 september 2026 de volgende gegevens aan:
Kwantitatief
 - a. De kosten voor topreferente zorg betrekking hebbend op 2025, uitgedrukt in meerkosten op instellingsniveau op basis van de topreferente patiënten uit het jaar 2023.

- b. De meerkosten voor topreferente zorg betrekking hebbend op 2025, voor de vijf diagnosegroepen met de hoogste meerkosten.

In aanvulling op bovenstaande geldt het volgende ten aanzien van de berekening van de meerkosten:

Ad a) De ontvanger berekent de meerkosten op instellingsniveau als volgt:

- i. Selecteer alle subtrajecten (inclusief zorgtype 51) met bijbehorende zorgproducten en diagnosegroep o.b.v. het bestand zoals de NZa dat uitgeleverd heeft artikel 4 die gekoppeld kunnen worden aan een academische patiënt.
- ii. Hanteer de instellingsspecifieke kostendragers die binnen het kostprijsmodel 2023 zijn gebruikt.
- iii. Bereken per subtraject de kostprijs door het zorgprofiel te vermenigvuldigen met de kostendragers (uit stap 2).
- iv. Verminder de kostprijs van het subtraject (uit stap 3) met de gemiddelde (patiënt-gebonden) opbrengsten zoals verwerkt in het kostprijsmodel exclusief de opbrengsten kolom "Beschikbaarheidsbijdrage academische component -TRF" 2023.
- v. Koppel via de zorgproductcode de referentiekostprijs die de NZa heeft opgeleverd aan de geselecteerde subtrajecten (uit stap i.).
- vi. Aggregeer de instellingsspecifieke kosten (uit stap iv) en de referentiekosten (uit stap v) op het niveau van de patiënt tot twee bedragen. Indien er sprake is van IC-activiteiten die al vergoed zijn via een IC-tarief, dienen deze opbrengsten in mindering gebracht te worden bij de patiënt.
- vii. Aggregeer de meerkosten over alle patiënten tot de totale meerkosten van de instelling.
- viii. Indexeer de meerkosten op instellingsniveau naar het niveau van 2025 op basis van de door de NZa uitgeleverde indexpercentages.

ad b) De instelling bepaalt de top vijf diagnosegroep als volgt:

- i. Hanteer het bestand zoals berekend uit stap 5 (in onderdeel b) Bereken de totale instellingsspecifieke kosten en de referentiekosten per diagnosegroep. De subtrajecten zijn gegroepeerd naar diagnosegroep volgens bijlage 3 diagnosegroepentabel.
- ii. Selecteer de 5 hoogste bedragen om de top 5 van diagnosegroepen te bepalen en neem deze op in de verantwoording.
- iii. Indexeer de meerkosten op instellingsniveau naar het niveau van 2025 op basis van de door de NZa uitgeleverde indexpercentages.

Scope

Bij het bepalen van de kosten voor de subtrajecten is de volgende scope van toepassing. Het gaat uitsluitend om verzekerde dbc-zorgproductie gerelateerd aan academische patiënten die zijn uitgeleverd door de NZa zoals bedoeld onder artikel 4.1 inclusief zorgtype 51. De volgende zorg is uitgesloten bij het bepalen van meerkosten voor de patiënten:

- Overig zorgproducten (o.a. kaakchirurgie)
- Psychiatrie
- Klinische genetica
- Zorgprofielklassen dure geneesmiddelen en weesgeneesmiddelen met add-on indicatie en stollingsfactoren

Kwalitatief

Een inhoudelijke uitwerking op instellingsniveau van de activiteiten van de ontvanger gericht op academische patiëntenzorg.

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 2026 de volgende gegevens aan:

Kwantitatief

- a. De kosten voor ontwikkeling en innovatie betrekking hebbend op 2025, 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

- b. Een inhoudelijke omschrijving van welke activiteiten per kostencategorie zijn uitgevoerd door de instelling in 2025, waarvan in elk geval categorie ix nader gespecificeerd wordt.
2. De NZa stelt vast dat elke ontvanger de informatie heeft aangeleverd.

De richtlijnen voor het opstellen van de verantwoording per categorie zoals opgenomen in artikel 4.2.2 lid 1 zijn verder uitgewerkt in de bijlage 2 – formulier huisspecifieke toelichting O&I en TRF 2025.

5 Accountantsrapport

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

De accountant rapporteert zijn bevindingen via een Rapport van feitelijke bevindingen gericht aan de NZa. Het accountantsprotocol is opgenomen als bijlage bij de nadere regel in bijlage 3 – accountant-sprotocol vaste deel bbaz compartiment 1.

6 Intrekken en vervallen oude regeling

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de Regeling Verantwoording bbaz 2024 compartiment 1, met kenmerk NR/REG-2423, ingetrokken.

7 Toepasselijkheid voorgaande regeling, bekendmaking, inwerkingtreding en citeertitel

Toepasselijkheid voorgaande regeling

De regeling Verantwoording bbaz 2024 compartiment 1, met kenmerk NR/REG-2423, 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.

Inwerkingtreding/bekendmaking

Deze regeling treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin de regeling ingevolge artikel 5, aanhef en onder d, van de Bekendmakingswet wordt geplaatst.

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

Citeertitel

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling Verantwoording bbaz 2025 compartiment 1.

*De Nederlandse Zorgautoriteit,
G.J.C.M. Engwirda-Kromwijk
voorzitter Raad van Bestuur*

Bijlage 1 Functionele omschrijving labelsystematiek
Bijlage 2 Lijst unieke dbc-zorgproducten
Bijlage 3 DRG tabel
Bijlage 4 Formulier verantwoording OI en TRF 2025
Bijlage 5 Detailinstructie OI-verantwoording
Bijlage 6 Accountantsprotocol BB academische zorg compartiment 1
Bijlage 5 ligt ter inzage bij de NZa en is te raadplegen op www.nza.nl



BIJLAGE 1 – FUNCTIONELE BESCHRIJVING LABELSYSTEMATIEK

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 basisvoorwaarden. 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 teruggeven 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 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 huidige 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 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-vvergunningen 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 het centraal bureau van de statistiek (CBS). De tabel die we hiervoor gebruiken ligt ter inzage bij de NZa.
- **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 is opvraagbaar bij de NZa. In verband met fusies en andere wijzigingen aan de juridische structuur van organisaties kan de tabel gedurende het jaar wijzigen.
- **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 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 poortspecialisten. 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 poortspecialisten.

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 verwijzercriterium en een BSN-criterium. Bij het BSN-criterium moet een instelling boven een bepaalde drempelwaarde scoren. In de volgende alinea's worden de verschillende methodes uitgelegd:

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.

Om het BSN-criterium te bepalen worden de volgende stappen doorlopen:

Stap 1: Vaststellen van relevante landelijke verwijfspatronen:

- Vaststellen van landelijke verwijfspatronen tussen specialismen
Allereerst gaan we op zoek naar zorg die aan elkaar gelieerd zijn. Hiervoor baseren we ons op bestaande verwijzingen van 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 instellingen, of indien het een van de belangrijkste DRG's betreft bij de doorverwijzing.
- Vaststellen van belangrijkste landelijke verwijspatronen.
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 verwijfspatronen. De DRG's: KGEN-01 en 'GEEN' worden uitgesloten.

Stap 2: Het bepalen van drempelwaarde voor instellingen.

Een ziekenhuis met een sterk derdelijns karakter voor een bepaalde DRG/diagnose zal naar verwachting relatief veel tertiaire verwijzingen hebben. Om een onderscheid te maken tussen een tertiaire verwijzing en een terugverwijzing (voor niet-tertiaire zorg), wordt gebruik gemaakt voor een drempelwaarde op basis van het aandeel verwijzingen op basis van het 06-criterium. Bij het bepalen van de drempelwaarde worden de volgende stappen doorlopen:

- Het aandeel derdelijnsverwijzingen (via 06-criterium) per DRG/diagnose voor alle nieuw binnenkomende patiënten (zorgtype 11) wordt bepaald per jaar en instelling. Dit is exclusief patiënten die verwezen zijn vanuit dezelfde instelling (code zelfverwijzer='07') en patiënten die binnenkomen via de SEH (code zelfverwijzer = '01' en '03').
- Er wordt één drempelwaarde bepaald voor alle DRG's per jaar door een mediaan over alle aandelen derdelijnsverwijzingen te berekenen. Met het berekenen van één centrummaat over alle



DRG's wordt er recht gedaan aan de complexiteit van zorg waarbij minder complexe zorg eerder onder de drempelwaarde zal liggen.

Stap 3: Het toepassen van de drempelwaarde per instelling

Alle doorverwijzingen die zijn geïdentificeerd door het BSN-criterium zijn pas geldig als de instelling met zijn derdelijnsverwijzingen voor de desbetreffende DRG ook boven de drempelwaarde ligt. Bij bepaling van de labelscore worden 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'.



TOELICHTING

Voor de toelating tot, verdeling van en verantwoording over de bbaz geldt vanaf 2020 nieuw beleid. De behoefte aan nieuw beleid kwam 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. In deze nadere regeling ligt vast hoe ontvangers uit het eerste compartiment zich over de ontvangen bbaz-vergoeding moeten verantwoorden. Voor de ontvangers uit het tweede compartiment geldt een separate nadere regel. De toelatingseisen en de verdelingssystematiek zijn vastgesteld middels de Beleidsregel beschikbaarheidsbijdrage Academische Zorg 2024.

De bbaz wordt vooraf aan het kalenderjaar ($t-1$) verleend en achteraf ($t+1$) vastgesteld. De bbaz bestaat uit een vast en een variabel deel; ieder met een eigen verplichte verantwoordingsmethodiek. Het variabele deel is bedoeld voor de zorg aan academische patiënten voor zover de kosten daarvan niet vergoed wordt middels tarieven. 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.

In deze nadere regel zijn zeven labels opgenomen op basis waarvan academische patiënten gescoord kunnen worden.

De omvang van het variabele deel per ontvanger is afhankelijk van het relatieve aandeel academische patiënten in het totaal aantal academische patiënten voor alle ontvangers in hetzelfde compartiment. Bij de verantwoording wordt gekeken hoeveel duurder de betreffende patiënten zijn ten opzichte van een referentiekostprijs. Het verschil ten opzichte van de referentie kostprijs wordt per individuele academische patiënt bepaald, waarbij niet alleen meerkosten worden meegenomen maar ook eventuele lagere kosten ofwel minderkosten. De referentie kostprijs wordt door de NZa bepaald op basis van kostprijzen van algemene én academische ziekenhuizen.

De NZa verstrekt de referentiekostprijzen aan de ontvangers rekening houdend met het ACM-criteria (minimaal 5 instellingen met een volume van minimaal 10). De ontvangers zijn verplicht hun kostprijs hiermee te vergelijken.

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. Voor de verdeling van het vaste deel wordt gekeken hoe groot het relatieve aandeel is van de academische zorgomzet in het totaal van de academische zorgomzet van alle ontvangers. Voor de verantwoording over dit deel wordt niet naar omzet gekeken maar naar de relevante gerealiseerde kosten voor Ontwikkeling en Innovatie.

Het is bij de verantwoording toegestaan om te substitueren tussen het vaste en het variabele deel. Dit kan alleen wanneer in hetzelfde jaar meer kosten zijn gemaakt voor het variabele deel en tegelijkertijd minder kosten zijn gemaakt voor het vaste deel of andersom. Indien voor een jaar meer kosten worden verantwoord dan vastgesteld zou worden geldt dat deze meerkosten niet in aanmerking komen voor vergoeding.