



Beleidsregel beschikbaarheidsbijdrage academische zorg 2027

Vastgesteld op 30 juni 2026

BR/REG-27146

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 2023 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 2 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 2024 als instelling, waarvan onderzoekers subsidie kunnen aanvragen.

Labelscore:

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

Labelssystematiek:

De labelssystematiek 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 2027 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), heelkunde/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 2025 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 op grond van een van de volgende 5 redenen:

- (1) als producten voor 95% of meer door BBAZ-ontvangers worden uitgevoerd in de periode van 2022 tot en met 2025.
- (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 2025 en bij de voorgaande bepaling van de unieke zorgproducten 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 zorgproducten als uniek werden beschouwd op basis van criterium (1).
- (5) Op inhoudelijke argumenten kunnen de unieke zorgproducten aangepast worden op basis van expert opinie.

De producten die we als uniek definiëren behorende bij deze Beleidsregel zijn in bijlage 2 opgenomen.

Variabel deel BBAZ:

Deel van de beschikbaarheidsbijdrage dat de meerkosten van de behandelde topreferente patiënten dekt indien de behandelende instelling voldoet aan de toegangscriteria van de BBAZ.

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 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. Dit heeft ook betrekking op onderdelen van de academische zorg.



Het doel van deze beleidsregel betreft het vergoeden van de kosten voor 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-27145 omschrijft de procedure die gehanteerd wordt ten aanzien van de verlening en de vaststelling van de beschikbaarheidsbijdrage door de NZa.

In artikel 9 van het Uniform Kader wordt een afbouwperiode beschreven in geval van beëindiging van een beschikbaarheidsbijdrage. In het geval dat tot een dergelijke afbouwperiode wordt overgegaan zal dit bekostigd worden uit het financiële kader van de beschikbaarheidsbijdrage zoals beschreven is in artikel 5 lid 3 sub b.

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 zorgfunctie-specifieke 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 het voorlopige prijspeil 2027. Dat houdt in dat bij de verlening van de beschikbaarheidsbijdrage rekening wordt gehouden met de voorlopige indexen 2027. Bij de vaststelling van de beschikbaarheidsbijdrage wordt rekening gehouden met de definitieve indexen 2027.

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:

- a. 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
- b. 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
- c. 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, 2022, 2023 en 2024. 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 weten-

schappelijk 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 de onderdelen compartiment 1, compartiment 2 en histocompatibiliteit. De hoogte van de vergoeding voor ieder onderdeel is in de tabel hieronder opgenomen. Voor compartiment 1 is het bedrag exclusief het deel histocompatibiliteit.

Onderdeel	Bedrag in €
Compartiment 1	€ 1.086.318.260
Compartiment 2	€ 15.605.450
Vergoeding histocompatibiliteit	€ 643.2722
Totaal	€ 1.102.566.983

De bedragen zijn afgerond op hele euro's.

- b. Het in lid a benoemde bedrag voor histocompatibiliteit is 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 compartiment 1

Voor het jaar 2026 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	€ 380.211.391
Variabel deel	€ 706.106.869
Totaal (excl. histocompatibiliteit)	€ 1.086.318.260

De bedragen zijn afgerond op hele euro's.

5. Verlening binnen compartimenten

- a. Het variabele deel wordt verdeeld op basis van het aantal topreferente patiënten over het jaar 2024 per zorgaanbieder volgens de labelsystematiek exclusief patiënten die uitsluitend unieke zorgproducten ontvangen.

Hiervoor maken we gebruik van DIS data die is aangeleverd tot oktober 2026.

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.

- b. 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. Indien de academische zorgomzet niet direct uit de jaarrekeningen volgt vragen we deze informatie aanvullend op bij de aanbieder en behoudt de NZa zich het recht voor om deze aanvullende informatie te onderzoeken en toetsen.
- c. In afwijking op het uniform kader kan de aanvraag tot verlening tot en met 31 oktober van jaar t-1 worden ingediend.
- d. In het geval van een juridische fusie tussen BBAZ-ontvangers is er ten aanzien van de hoogte van het subsidiebedrag een gefaseerde overgang om schokeffecten te voorkomen. Dit is alleen het geval indien als gevolg van de fusie de totale BBAZ-subsidie van de fuserende BBAZ-ontvangers meer dan 1% daalt. Om die daling te berekenen wordt daartoe het subsidiebedrag voor 2027 van de nieuwe gefuseerde instelling vergeleken met het de opgetelde subsidiebedragen van de afzonderlijke fusiepartners voor 2027 (berekend op basis van deze beleidsregel) als er geen fusie zou zijn, dit gebaseerd op de DIS-cijfers die gehanteerd worden voor de verlening, en volgens de berekeningswijze van deze beleidsregel.

Het verschil tussen deze twee berekeningen, als het een daling is, noemen we het overgangsbetrag en wordt bij de verlening in het eerste jaar waarin de fusie een feit is berekend en later niet meer herrekend als gevolg van recentere DIS-gegevens. Het overgangsbetrag wordt wel aangepast door indexatie op dezelfde wijze als dat gebeurt met de andere BBAZ-subsidiebedragen.

Op het totaal beschikbare variabele deel wordt in het eerste subsidiejaar waarin de fusie een feit is 75 procent van het overgangsbetrag in mindering gebracht, in het daaropvolgende jaar 50 procent en in het daar weer op volgende jaar 25 procent. Het restant van het beschikbare variabele deel wordt verdeeld volgens deze beleidsregel. Het op het variabele deel gekorte deel van het overgangsbetrag wordt elk jaar, ná de verdeling van het restant van het beschikbare variabele budget, toegekend aan de nieuwe gefuseerde instelling in aanvulling op het bedrag waar de nieuwe gefuseerde instelling in dat jaar volgens de verdeling op basis van deze beleidsregel recht op heeft.

6. Verantwoording

a. Vaste deel

De bijdrage voor het vaste deel wordt verantwoord aan de hand van negen kostencategorieën op basis van het jaar 2027:

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. Variabele deel

De bijdrage voor het variabele deel wordt verantwoord aan de hand van de meerkosten voor de topreferente patiënten op basis van de labelsystematiek. Deze worden berekend door de kosten voor de academische patiënten af te zetten tegen de referentiekostprijs voor de door de topreferente patiënten ontvangen zorg.

Ten behoeve van de verantwoording levert de NZa uiterlijk 4 maart 2028 een concept berekening uit voor de verdeling van het variabele deel van compartiment 1. Dit bestand dient te worden gebruikt als basis voor de verantwoording voor het variabele deel.

Een instelling waarvoor als gevolg van een fusie artikel 5 lid 5 sub d van toepassing is, dient ook de daar berekende additionele subsidie te verantwoorden.

c. Algemeen

De verantwoording door de zorgaanbieder wordt gedaan op basis van de nadere regel en 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 kostentoerekening moet zijn gebaseerd op een bestendige gedraglijn 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 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 nooit 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.

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

7. Vaststelling

- a. In de vaststelling worden patiënten die uitsluitend unieke dbc-zorgproducten ontvangen niet meegeteld.
- b. Het variabele deel wordt vastgesteld op basis van het van aantal topreferente patiënten in 2025 per zorgaanbieder volgens de labelsystematiek. Hiervoor wordt de DIS data tot februari 2028 gebruikt.
- c. Bij de vaststelling wordt bij de verdeling bij een fusie de methodiek als beschreven in artikel 5 lid 5 sub d toegepast.
- d. Mocht een van de labels ten tijde van de verlening onvoldoende zijn uitontwikkeld dan wordt dit label ook niet gebruikt bij de vaststelling.
- e. Het vaste deel wordt vastgesteld op basis van de academische zorgomzet 2026.
- f. Tussentijdse berekening. De NZa zal uiterlijk in het tweede kwartaal van 2027 aan de ontvangers uit het 1e compartiment inzicht geven in de labelscores per instelling over het jaar 2025. De NZa zal zodra dit beschikbaar is tevens inzicht geven in de verdeling op basis van de academische zorgomzet 2026.
- g. Het variabele deel wordt vastgesteld op basis van het van aantal topreferente patiënten in 2025 per zorgaanbieder volgens de labelsystematiek. Hiervoor wordt de DIS data tot februari 2028 gebruikt.

Artikel 6 Intrekken en vervallen oude beleidsregels

De Beleidsregel beschikbaarheidsbijdrage academische zorg 2026, met kenmerk BR/REG-26142, die een geldigheidsduur had tot en met 31 december 2026, 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 2026', met kenmerk BR/REG 26142, 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 2027 en vervalt met ingang van 1 januari 2028.



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 beschikbaarheidbijdrage academische zorg 2027.

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.

Artikelsgewijs

Artikel 1

Unieke dbc -zorgproducten

De bepalingen in deze definitie zijn bedoeld om te beperken dat de samenstelling van de groep unieke producten teveel wijzigt van jaar tot jaar. Door het gebruik van harde afkappunten in de berekening kan er een situatie ontstaan waarbij producten het ene jaar wel en het volgende jaar niet als uniek worden beschouwd terwijl dit onterecht is. Dit zou leiden tot instabiliteit ten aanzien van kostprijzen en kunnen ook de BBAZ verdeling op een ongewenste manier beïnvloeden.

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.

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 samenwer-

king 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 1

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 toeleppen.

De BBAZ is bedoeld voor zorgaanbieders die zich blijvend in hoge mate toeleppen op de topreferente functie en die daarvoor de benodigde voorzieningen in stand houden. Om aan te tonen dat men zich in hoge mate toelegt 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.

Artikel 5 lid 3

De totaal beschikbare middelen voor de BBAZ met het definitieve prijspeil 2026 bedragen per onderdeel:

Onderdeel	Bedrag in €
Compartiment 1	€ 1.043.927.698
Compartiment 2	€ 14.996.490
Histocompatibiliteit	€ 618.171

De bedragen zijn afgerond op hele euro's.

Op basis van de voorlopige indexcijfers 2027 is de index BBAZ 2027 als volgt¹:

Aandeel	Index	2027 gewogen
Personeel (72%)	3,96%	2,83%
Materieel (28%)	1,77%	0,50%
Subtotaal		3,34%
Demografische groei (100% van geïndexeerd bedrag)	0,7%	0,7%
Totaal		4,06%

Artikel 5 lid 5.

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 unieke 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. Deze dbc-zorgproducten dienen in de verantwoording te worden uitgesloten óf de meerkosten daarvan dienen op 0 te worden gesteld.

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.

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.

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 validatie bij de verwijzende instelling. Hierdoor waarborgen we dat instellingen niet worden benadeeld indien partijen de DIS niet voldoende hebben aangeleverd.

Artikel 6 lid 5 sub d

Met een juridische fusie wordt bedoeld een fusie zoals omschreven in artikel 2:309 Burgerlijk Wetboek.

Juridische fusies kunnen als gevolg van de technische uitwerking van de labelsystematiek effecten hebben voor op de labelscores van een instelling. Bijvoorbeeld doordat patiënten per instelling slechts een keer als academische patiënt kunnen tellen en door onderlinge verwijzingen. Een schoksgewijze aanpassing van het subsidiebedrag door een fusie kan tot ongewenste gevolgen leiden indien sprake is van een substantieel effect. Dit kan bijvoorbeeld leiden tot stopzetten van gestarte projecten bij de instelling, terwijl instellingen die er door de verdeelmethode op vooruit gaan hier onvoldoende rekening mee kunnen houden. Om die reden is een overgangsregeling opgenomen. Het overgangseffect moet meer dan 1% negatief zijn om de overgangsregeling in werking te zetten waarbij er geen drempel is. Dit percentage is laag maar gezien de grote bedragen van deze subsidieregeling gaat het om materieel aanzienlijke bedragen.

Artikel 5 lid 6 sub d

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 een verantwoordingsprobleem heeft, zal NZA in overleg met desbetreffende ontvanger treden, waarbij de kostprijzen t worden meegewogen om te beoordelen of aan verantwoording wordt voldaan.

Onderstaand wordt verder ingegaan op punt 2 en 3. Punt 1 (substitutie) wordt hieronder verder uitgewerkt.

Mocht er bij de verantwoording over het subsidiejaar 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.

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.

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 mln 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.

Artikel 5 lid 7 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 beheers aspect voor een instelling. De tweede is het risico op onzekerheden in de jaarrekeningcontrole.

Om het risico op het beheers aspect van de organisatie te beperken geeft de NZa in het tweede kwartaal van 2027 inzicht in de labelscores per instelling met als basisjaar 2025.

Om de risico's voor de jaarrekeningcontrole te beperken bepaalt de NZa de labelscores per instelling op 1 maart 2027. Deze labelscores dienen gebruikt te worden voor de verantwoording en betreffen tevens de labelscores waar de vaststelling op gebaseerd zal worden. De labelscores betreffen een informatief product dat wordt afgegeven ten behoeve van de beheersing van de BBAZ en in het kader van de jaarrekeningcontrole. Dit betreft geen tussentijdse beschikking.

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 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 velden:

- **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 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 zorgproducten**

In artikel 1 staat beschreven hoe de unieke producten zijn bepaald. In bijlage 2 is een lijst opgenomen met de unieke producten over 2025. 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 deze 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 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 subtraject 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 CBS. De scores die door het CBS 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 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').

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 verwijs patronen:

- Vaststellen van landelijke verwijs patronen 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 verwijs patroon. Verwijs patronen 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 verwijs patronen.
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 verwijs patronen. 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 binnenko-



mende 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 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'.