

Vergaderjaar 2018–2019

32 864

Academische zorg

Nr. 6

Ontvangen ter Griffie op 29 april 2019.
Het besluit tot het doen van een aanwijzing kan niet eerder worden genomen dan op 29 mei 2019.

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 april 2019

Met deze brief informeer ik u over de hervorming van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg (BBAZ) vanaf 2020. Deze brief bevat tevens de zakelijke inhoud van de aanwijzing die ik van plan ben op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) te geven in verband met deze hervorming. Met die aanwijzing wordt de NZa opgedragen beleidsregel(s) op te stellen voor de herziening van de BBAZ.

Wat was de aanleiding voor de hervorming van de BBAZ?

In 2012 is een interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) ingesteld om te onderzoeken of de huidige manier van financiering van de universitaire medische centra (umc's) nog doelmatig en wenselijk is. Het IBO concludeerde dat transparantie en verantwoording van de BBAZ onvoldoende is. Naar aanleiding van deze conclusie zijn de toenmalige rechthebbenden op de BBAZ, de NZa en het Ministerie van VWS gezamenlijk het ROBIJN traject gestart.

Het ROBIJN traject had als oorspronkelijk doel het scherper definiëren en het transparant maken van de kosten en de opbrengsten van de toppreferente functie in de umc's en het Antoni van Leeuwenhoek. Gaandeweg het traject is deze doelstelling doorvertaald in de concrete opdracht: Het ontwikkelen van een objectief en transparant model voor de toelating tot, verdeling en verantwoording van de BBAZ. De definitie van de toppreferente functie is nader uitgewerkt in de positioneringsnota umc's¹ en is ook beschreven in onderstaand kader.

Uw Kamer is eerder over ROBIJN en de hervorming van de BBAZ geïnformeerd via het Bestuurlijk Akkoord Plan van Aanpak ROBIJN². Hierin werden de hoofdlijnen van een nieuwe manier van verlenen,

¹ Positioneringsnota umc's (Kamerstuk 33 278, nr. 4)

² Bestuurlijk Akkoord Plan van Aanpak ROBIJN (Kamerstuk 32 864, nr. 5)

verdelen en verantwoorden van de BBAZ geschetst. De hoofdlijnen zijn nu verder uitgewerkt. In deze brief worden de zes onderwerpen beschreven waarover verdere besluitvorming heeft plaatsgevonden waardoor de hervorming van de BBAZ vanaf 2020 ingevoerd kan worden. Bij de hervorming wordt uitgegaan van het niveau van de huidige beschikbare middelen.

Definitie topreferente functie

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

De topreferente functie heeft dus de volgende kenmerken:

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

1. Wat zijn de kenmerken van een topreferente patiënt?

De BBAZ is bedoeld om de topreferente functie en de ontwikkeling van nieuwe vormen van diagnostiek en behandeling beschikbaar te houden. Hiervoor is een beschikbaarheidsbijdrage mogelijk via welke topreferente patiëntenzorg en de bijbehorende infrastructuur, de kenniscomponent, en de ontwikkeling & innovatie die nodig is voor het behandelen van deze topreferente patiënten bekostigd kan worden. Om hier een objectief en transparant beeld over te ontwikkelen was het nodig om het begrip «topreferente patiënt» te definiëren. Hiervoor is de zogeheten labelsystematiek ontwikkeld. De specifieke kenmerken van patiëntenpopulaties in umc's zijn vergeleken met die in niet-umc's. Vervolgens zijn de onderstaande acht labels gedefinieerd. Een patiënt wordt als topreferente

patiënt geclassificeerd als zijn of haar patiëntkenmerken minimaal met één van de labels overeenkomt.

De labels van de ROBIJN labelsystematiek:

1. Patiënten met een hoge **behandelintensiteit**; het betreft patiënten in een fase in het ziekteproces die vereist dat veel intensiever dan gebruikelijk moet worden behandeld.
2. Patiënten voor wie de zorg nauw verweven is met het **wetenschappelijk onderzoek** en de ontwikkeling van zorginnovaties bij de betreffende zorgaanbieder.
3. Patiënten die een **uniek zorgaanbod** nodig hebben vanwege de complexiteit van de zorgvraag of de benodigde infrastructuur.
4. Patiënten die **multispecialistische zorg** nodig hebben, gedefinieerd als zorg waarvoor tenminste drie poortspecialismen nauw met elkaar moeten samenwerken.
5. Patiënten die een **complexe ingreep** nodig hebben; operaties die gemiddeld op jaarbasis voor minder dan 1 op 100.000 patiënten worden gedaan.
6. Patiënten met een **zeldzame diagnose** die gemiddeld op jaarbasis bij minder dan 1 op de 100.000 mensen wordt gesteld.
7. Patiënten die door medisch specialisten worden doorverwezen (**tertiaire verwijzing**). Patiënten die zorg nodig hebben die in een algemeen ziekenhuis niet wordt aangeboden kunnen altijd worden doorverwezen naar een gespecialiseerde zorgaanbieder.
8. **Multimorbide** patiënten, jonger dan 50 jaar, die meer dan drie aandoeningen tegelijkertijd hebben. Bij de verschillende behandelingen moet steeds rekening worden gehouden met de effecten op de andere aandoeningen. Dat maakt de behandeling soms zeer complex.

2. Welke zorgaanbieders komen in aanmerking voor de BBAZ?

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

De toegangscriteria:

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

3. Hoe wordt een BBAZ opgebouwd voor rechthebbenden?

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

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

Uitgaande van de nieuwe opbouw van de totale BBAZ vindt nieuwe verlening plaats aan rechthebbenden. Voor beide delen wordt een eigen verdelingssystematiek gebruikt. Het topreferente zorg deel wordt vanaf 2020 verdeeld over de rechthebbenden op basis van het aantal topreferente patiënten per zorgaanbieder volgens de labelsystematiek. Het O&I deel wordt in 2020 verdeeld over de rechthebbenden op basis van de academische zorgomzet³ aangezien de kennisinfrastructuur een relatie heeft met de totale omvang van een zorgaanbieder. Vervolgens muteert het topreferente deel jaarlijks mee op geleide van het aantal topreferente patiënten en muteert het O&I deel jaarlijks mee op geleide van de academische zorgomzet.

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

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

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

³ Academische zorgomzet wordt gedefinieerd als zorgomzet in de enkelvoudige jaarrekening inclusief het opleidingsfonds en de beschikbaarheidsbijdragen maar exclusief de BBAZ

de verantwoording geen betrekking mag hebben op activiteiten die al op een andere wijze bekostigd worden.

1. innovatie, onder andere gekoppeld aan de innovatiekalender van VWS (sustainable health);
2. ongedekte investeringen ten bate van innovatieve apparatuur en IT;
3. (nog) niet vergoede zorg (nog geen DBC);
4. randvoorwaardelijke voorzieningen in verband met klinisch onderzoek (niet elders of anders vergoed);
5. beschikbaarheid kennis en voorzieningen bij rampen, infecties en epidemieën;
6. kennisdeling en consultatie (regio, 1e en 2e lijn, public health);
7. ontwikkeling kwaliteitsbeleid, richtlijnen en normeringen;
8. databankfunctie en big data ontwikkeling.

Als een individuele zorgaanbieder minder verantwoordt dan het bedrag op basis van de toekenningsmethodiek onder de rechthebbenden dan zal de BBAZ lager vastgesteld worden.

5. Wat zijn de overeenkomsten en verschillen tussen de rechthebbenden op de BBAZ?

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

Eén compartiment is bedoeld voor academische ziekenhuizen⁴ waarbij de topreferente zorg niet volledig wordt bekostigd via prestaties en tarieven. Alle zorgaanbieders in dit compartiment hebben voor de periode tot en met 2022 onderling bestuurlijke afspraken gemaakt met elkaar waarbij er sprake is van een ingroei of afbouwtraject om de herverdelingseffecten geleidelijk op te kunnen vangen. In 2023 wordt voor alle zorgaanbieders in dit compartiment de situatie bereikt zoals bepaald op basis van de ROBIJN systematiek.

Eén compartiment is bedoeld voor zorgaanbieders, niet zijnde academische ziekenhuizen, waarbij de topreferente zorg niet volledig wordt bekostigd via prestaties en tarieven.

Eén compartiment is bedoeld voor zorgaanbieders waarbij de topreferente zorg volledig wordt bekostigd via prestaties en tarieven. De BBAZ wordt hier gebruikt voor het financieren van de infrastructuur, kennisontwikkeling en innovatie die nodig is voor zorggerelateerde research in het kader van de topreferente functie.

6. Welke vervolgstappen worden er genomen?

Tot en met 2019 wordt geoefend met de nieuwe systematiek van verlenen, vaststellen en verantwoorden. Hierbij maakt de NZa jaarlijks aan de individuele rechthebbenden inzichtelijk wat de gevolgen van de nieuwe BBAZ systematiek zouden zijn geweest zonder dat dit financiële gevolgen heeft. De rechthebbenden zullen zich moeten verantwoorden over de bedragen die ze zouden hebben ontvangen in het nieuwe systeem als ware het systeem van kracht. De ervaringen die we in deze periode opdoen worden gebruikt om het systeem van verlenen, verantwoorden en

⁴ Academische ziekenhuizen als bedoeld in de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek

vaststellen te verfijnen. Hierbij wordt onderzocht hoe onder andere kwantitatieve en op kostengegevens gebaseerde elementen aan de verantwoording kunnen worden toegevoegd en de labelsystematiek kan worden doorontwikkeld.

In het najaar van 2019 zal de NZa voor de eerste keer verleningsbeschikkingen voor 2020 afgeven op basis van de nieuwe systematiek. In 2020 zal voor de eerste keer volgens de nieuwe systematiek gewerkt worden en ondervinden de huidige rechthebbenden hiervan de (financiële) gevolgen. De verantwoordingen van de rechthebbenden zullen dan meegenomen worden door de NZa bij de vaststellingen in 2021.

Voorhang zakelijke inhoud aanwijzing aan NZa

Deze paragraaf bevat de zakelijke inhoud van de aanwijzing die ik op grond van artikel 7 van de Wmg aan de NZa van plan ben te geven over de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg. Met de aanwijzing geef ik de NZa de opdracht de beschikbaarheidsbijdrage voor academische zorg vast te stellen conform de ROBIJN systematiek. Daarbij hanteert de NZa een variabele component voor topreferente zorg en een vaste component voor ontwikkeling en innovatie.

Overeenkomstig artikel 8 van de Wmg ga ik tot het geven van de aanwijzing niet eerder over dan nadat dertig dagen zijn verstreken na verzending van deze brief. Van de vaststelling van de aanwijzing wordt mededeling gedaan in de Staatscourant.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins