

Notitie Financiering hoogspecialistische ggz

Van: NVvP, NIP, P3NL, VN&N, MIND, GGZ Nederland

Ter bespreking

Er is al enige tijd overleg met diverse partijen zoals VWS, NZa, MIND, Zorgverzekeraars Nederland, de beroepsverenigingen en GGZ Nederland over de bekostigingsproblematiek van de hoogspecialistische ggz. Het voorstel is om te zoeken naar een duurzame en structurele oplossing, analoog aan de somatische zorg, om de infrastructuur van hoogspecialistische ggz te financieren met een regeling zodat dit voor alle patiënten die dit nodig hebben beschikbaar is en blijft.

Dit voorstel wordt door een groot aantal branchepartijen ondersteund en door hen ingebracht in het Hoofdlijnenakkoord GGZ (namens o.a. NVvP, GGZ Nederland, NIP, P3NL, VN&N en MIND). Het directeurenoverleg HLA adviseert u om de in deze notitie geschetste route voor de korte en lange termijn in de komende tijd verder uit te werken.

Vraag aan het BO:

Op korte termijn een verkenning te doen naar een regeling voor structurele bekostiging van de infrastructuur van hoogspecialistische ggz:

- **Een structurele, duurzame oplossing analoog aan de BBAZ regeling, zodat de hoogspecialistische functies op lange termijn stevig geborgd worden. Implementatie zou per 2022 van kracht moeten zijn en onderdeel uitmaken van een nieuw HLA.**
- **Overgangsregeling van 2020-2022: Ten laste van het makrokader ggz een overgangsregeling instellen, waarbij de middelen via een subsidieregeling van VWS door een onafhankelijke partij worden verdeeld over de afdelingen die aantoonbaar voldoen aan de gestelde criteria voor hoogspecialistische ggz.**

Leeswijzer:

Eerst wordt het voorstel voor bekostiging hoogspecialistische ggz nader uitgewerkt. Dan leest u wat hoogspecialistische ggz kan betekenen voor de doelen uit het Hoofdlijnenakkoord. Tenslotte is de probleemdefinitie meer in detail uitgewerkt en wordt de analogie gezocht met de MSZ. In de bijlage worden als toelichting de TOPGGz-criteria vergeleken met de BBAZ-criteria.

1. Voorstel bekostiging hoogspecialistische ggz

Het voorstel is om een structurele bijdrage te koppelen aan een **afdeling**¹ die aantoonbaar hoogspecialistische zorg levert voor een **specifieke doelgroep**. Bij de certificering voor het TOPGGz keurmerk wordt een afdeling iedere vier jaar opnieuw beoordeeld en ook tussentijds moeten zij blijven voldoen aan de criteria. Zij zijn transparant over wat zij in vier jaar opleveren en wat hun resultaten en effecten zijn. Veel van deze afdelingen voeren inmiddels al jarenlang deze taken uit, zonder dat hier passende bekostiging tegenover staat. Het recent teruggeven van keurmerken (vanwege financiële problemen) geeft aan hoe nijpend de situatie is.

a. Raming van de benodigde kosten

De benodigde bijdrage is geschat op ca € 250.000 per afdeling per jaar. Deze eerste voorlopige schatting betreft de infrastructurele kosten die nodig zijn om ervoor te zorgen dat alle topklinische taken uitgevoerd kunnen worden conform de criteria voor hoogspecialistische ggz.

Ieder jaar wordt er door de Stichting Topklinische GGz een analyse gedaan van de **concentratie en spreiding** van de TOPGGz-afdelingen en hun specialisaties over het land. Zo worden lacunes qua doelgroepen in kaart gebracht en gekeken of er sprake is van een overconcentratie.

Uitgangspunt hierbij is de schatting dat **5 %** van alle patiënten die in zorg zijn in de ggz een hoogspecialistische zorgvraag heeft. Bij de laatste analyse (september 2019) bleek het aantal patiënten dat in zorg is bij TOPGGz-afdelingen slechts **2%** is. Op dit moment zijn er 46 afdelingen met een TOPGGz-keurmerk. Een net uitgevoerde inventarisatie onder *alle* ggz-instellingen leert dat dit aantal de komende jaren (tot en met 2023) zal groeien naar 55 à 58 afdelingen, waardoor er een betere spreiding over het land komt en lacunes worden opgevuld. Er vallen daarnaast ook afdelingen af die niet meer voldoen aan de criteria of omdat afdelingen worden samengevoegd of bijv. door fusie of overname. **Een eerste raming van de totale kosten variëren van : € 11.5 mln (2020) oplopend tot maximaal € 14.5 mln (2023).**

b. Voorstel Governance:

- Vastgesteld zou moeten worden *welke onafhankelijke organisatie* de bijdragen zouden kunnen toebedelen. Gedacht kan worden aan ZonMw of een stichting als TOP-opleidingsplaatsen.
- Er zou een *onafhankelijk commissie* kunnen worden ingesteld die toeziet op de voor de ggz gewenste concentratie en spreiding van hoogspecialistische afdelingen. Die commissie kan zowel een initiërende rol hebben (opvullen lacunes) als het afremmen van overconcentratie. Zij zouden een aanwijzing kunnen geven aan de *certificeerder* om de criteria indien nodig te verzwaren of anderszins aan te passen. Ook om te voorkomen dat het beschikbare budget niet verder verdund wordt dan gepland en zo effectief mogelijk besteed kan worden. Tevens zouden zij een lange termijn plan kunnen maken voor de ontwikkeling een *optimale* concentratie en spreiding van hoogspecialistische ggz. Deze commissie zou ook specifieke voorwaarden kunnen stellen aan de toekenning van de bijdrage, bijvoorbeeld het in kaart brengen wat zij elke vier jaar bereiken en ontwikkelen.
- De verantwoording kan primair worden gekoppeld aan het TOPGGz-Keurmerk en/of een variant waarbij eveneens aantoonbaar aan de criteria voor hoogspecialistische ggz wordt voldaan. De Stichting Topklinische GGz is op dit moment de *certificeerder* van het TOPGGz-keurmerk die zorgdraagt voor een professionele en transparante toetsing, Deze rol zouden zij kunnen blijven uitvoeren gezien de uitgebreide ervaring die zij hiermee inmiddels hebben opgedaan en de hoge mate van professionaliteit die deze certificering kenmerkt.

2. Hoogspecialistische ggz en het Hoofdlijnenakkoord

Refererend aan het vigerende **Hoofdlijnenakkoord** dat loopt van 2019 t/m 2022 en de Agenda voor Gepast gebruik en Transparantie vervult de hoogspecialistische ggz een belangrijke rol in het realiseren van een aantal doelstellingen hieruit:

- **Zorg op de juiste plek en het terugdringen/ voorkomen van wachtlijsten:** hoogspecialistische afdelingen bieden een flexibel pakket en ze hebben allemaal een landelijke functie: ze kunnen een eenmalige *second opinion* uitvoeren of consultatie en advies geven aan de behandelaar/verwijzer, zodat patiënten toch kunnen profiteren van deze hoogspecialistische kennis zonder er naar verwezen te worden. Dit zijn belangrijke functies om wachtlijsten te voorkomen of te beperken. Patiënten kunnen soms tijdelijk naar een dergelijke

¹ Hiermee wordt bedoeld: de gevisiteerde eenheid. Dit kan ook een zorglijn, team, programma of samenwerkingsverband zijn. De TOPGGz-criteria stellen duidelijke eisen aan wat deze eenheid kan zijn.

afdeling om te profiteren van een innovatieve behandeling of hoogspecialistische diagnostiek. De door deze afdelingen, samen met het iMTA (Erasmus Universiteit) ontwikkelde en gevalideerde Decision Tools (<https://www.topggz.nl/decision-tools-de-juiste-zorg-op-de-juiste-plaats>) helpen om de meest geschikte behandelsetting te kiezen (matched care), zodat de kans dat de patiënt op de juiste plek terecht komt met het beste resultaat het grootst is, maar ook alleen hoogspecialistische zorg te bieden aan patiënten die dat echt nodig hebben. Daarnaast verspreiden deze afdelingen aantoonbaar hun kennis aan vakgenoten, zodat ook elders men hier gebruik van kan maken. Dat betekent voor het wachtlijstprobleem dat zo steeds meer afdelingen door deze kennisverspreiding ook zelf in staat worden gesteld meer gespecialiseerde zorg te bieden (eventueel met behulp van de consultatiefunctie van TOPGGz-afdelingen). Ten slotte zijn innovaties er altijd op gericht om zo vroeg mogelijk ernstige symptomen of een chronisch beloop te signaleren dan wel te voorkomen of een perspectief te bieden bij situaties waar sprake is van zeer ernstige en complexe problemen en waarbij eerdere specialistische ggz niet geholpen heeft. Afdelingen ontwikkelen intensieve, maar vaak zeer compacte en effectieve behandelingen, zoals bijv. bij persoonlijkheidsstoornissen of bij PTSS, om de wachtlijstproblemen te verminderen en doorstroom te bevorderen.

- **De professional en de problematiek van de arbeidsmarkt:** veel ggz-instellingen zetten het TOPGGz-keurmerk in als een middel voor een goed werkgeverschap. Het motiveert professionals om (betere) kwaliteit van zorg te verbeteren, het sluit aan bij ambitie en het blijkt dat bij verschillende instellingen die dit onderzocht hebben de arbeidstevredenheid op een TOPGGz-afdeling significant hoger is dan op andere afdelingen. Deze afdelingen tonen zich aantrekkelijk in het aantrekken en vooral behouden van gemotiveerde en gedreven professionals (er is een hoge 'blijf-factor'). Juist door de combinatie van patiëntenzorg en onderzoek, innovatie en kennisverspreiding wordt voor hen een aantrekkelijk werkklimaat gecreëerd, waarvan de uitkomsten direct ten goede komen aan de patiënt.
- **Kwaliteit van zorg:** hoogspecialistische ggz draagt actief bij aan het verbeteren van kwaliteit van zorg. Zij participeren in richtlijncommissies, doen onderzoek naar oorzaak en beloop van aandoeningen, ontwikkelen innovaties en verspreiden kennis hierover naar het veld.
- **Gepast gebruik en transparantie:** de afdelingen met het TOPGGz-keurmerk maken allemaal conform een uniform sjabloon inzichtelijk wie deze hoogspecialistische zorg in Nederland leveren voor welke doelgroep, hoe zij hun resultaten en effecten meten en vooral wat zij bereiken en hoe zij hun uitkomsten verbeteren. Zodat patiënten en verwijzers hier optimaal zicht op krijgen en een beroep op kunnen doen.

3. Probleemdefinitie bekostiging hoogspecialistische ggz:

Om de kwaliteit en effectiviteit van de geestelijke gezondheidzorg te blijven ontwikkelen is hoogspecialistische ggz van groot belang. Zowel voor de individuele patiënt en diens naasten, de ontwikkeling van het vakgebied, als voor de maatschappij als geheel. Dit vraagt om een structurele bekostiging net zoals dat in de somatiek ook is geregeld. Binnen afdelingen die hoogspecialistische ggz bieden wordt aantoonbaar immers al jarenlang geïnvesteerd in kennisontwikkeling, experimenteren, innoveren, patiëntgebonden wetenschappelijk onderzoek en kennisoverdracht. De afgelopen 13 jaar is er hard gewerkt aan het (door)ontwikkelen van een keurmerk voor deze hoogspecialistische ggz, om zo objectief mogelijk vast te stellen aan welke onderscheidende criteria zij voldoen en in welke doelgroepen zij gespecialiseerd zijn. Dit heeft op dit moment geleid tot een 46-tal TOPGGz-afdelingen met specialisaties over alle doelgroepen en door het hele land. De toetsing wordt uitgevoerd door een landelijke commissie met een onafhankelijk voorzitter. Alle gecertificeerde afdelingen presenteren hun zorgaanbod en hun resultaten en effecten op transparante wijze op www.topggz.nl zodat dit zowel voor patiënten en naasten, als voor verwijzers en het veld goed te vinden is!

In tegenstelling tot de somatische zorg is er voor deze koplopers, die de topklinische/ hoogspecialistische taken in de ggz uitvoeren, geen duurzame bekostiging geregeld.

De afgelopen jaren hebben instellingen deze afdelingen minimaal financieel kunnen ondersteunen bij deze taken, maar alle bezuinigingsrondes hebben er toe geleid dat hier geen geld meer voor is. Daarom moeten er op korte termijn oplossingen komen voor deze afdelingen, om te voorkomen dat zij hun hoogspecialistische functie moeten ontmantelen.

Een deel van de kosten voor hoogspecialistische patiëntenzorg wordt gefinancierd middels de budgetten uit o.a de ZVW , door goede tariefafspraken te maken voor de DBC's, door de (vernieuwde) bekostiging van medische vervolgopleidingen en door het binnenhalen van onderzoeksubsidies.

Er zijn echter kosten voor de infrastructuur voor de hoogspecialistische GGZ waarvoor geen dekking bestaat.

Om de problematiek uiteen te rafelen maken we onderscheid in a. de individuele patiëntenzorg die duurder is in de hoogspecialistische ggz en b. de infrastructuur die nodig is voor de uitvoering van de hoogspecialistische/topklinische functies.

a. Individuele patiëntenzorg in de hoogspecialistische ggz is duurder:

- Hogere loonkosten door de inzet van experts uit het veld die hoger worden ingeschaald dan gemiddeld
- Er wordt permanent geïnvesteerd in het deskundigheidsniveau van medewerkers om hen bekwaam te maken en houden om complexe problematiek te diagnosticeren en behandelen. Dit resulteert in hogere kosten dan gemiddeld voor de scholing van nieuwe medewerkers en bijscholing van medewerkers in onder andere toepassing van nieuwe protocollen, van innovaties en het delen van kennis over nieuwe wetenschappelijke inzichten.
- Inzet van arbeidsintensieve diagnostiek en behandeling van patiënten met ernstige en complexe problemen. Behandeling is vaak een mix van interventies. Naast individuele behandeling en groepsbehandeling is vaak ook intensieve individuele begeleiding nodig. Gericht op de verschillende comorbiditeit, om toch te kunnen profiteren van geprotocolleerde behandeling, het risico op decompensatie te monitoren. Daarmee beïnvloeden deze trajecten de contractafspraken die veelal zijn gemaakt op basis van gemiddelde kosten per cliënt voor de gehele organisatie
- De huidige dbc systematiek is gebaseerd op een functiemix. Door de inzet van meer psychiaters, klinisch psychologen, psychotherapeuten dan gemiddeld is de functiemix anders en duurder. Bij het zorgtype second opinion is dit bij uitstek een probleem, omdat hier enkel de duurere beroepen worden ingezet. Dit is een probleem in de dbc systematiek die uitgaat van een gemiddelde functiemix. Met het zorgprestatie model wordt dit probleem opgelost.

b. Kosten voor de infrastructuur voor structurele kennisontwikkeling, experimenteren en innoveren van het veld worden niet vergoed vanuit de dbc's

- Structurele kosten die zijn gemoeid met de *infrastructuur* om te innoveren en gedegen wetenschappelijk patiëntgebonden onderzoek te doen. Het gaat hier om de inzet en bekostiging van hoogleraren, onderzoekers, projectleiders, data-analisten, licenties en fondsenwerving. Het gaat hierbij dus niet om de kosten van het onderzoek zelf. Hiervoor wordt weliswaar een beroep gedaan op fondsen en derde geldstromen, maar met de kanttekening dat dit geen structurele oplossing is en kwetsbaar is. Zo is de kans op subsidies vaak erg klein en wordt er bij de meeste onderzoeken nog een bijdrage van de instelling zelf gevraagd. Bijvoorbeeld de inzet van onderzoeksverpleegkundigen, training van hulpverleners, een eigen financiële bijdrage etc.
- Bij stagnerende behandeling op zoek te gaan naar *alternatieven* door literatuuronderzoek of collega's buiten de eigen organisatie (landelijk en/of internationaal) te raadplegen met als doel te leren van de casuïstiek en hiermee het perspectief op een succesvolle behandeling te vergroten.
- *Kennisverspreiding*: Het is essentieel dat de ontwikkelde kennis ten goede komt aan het hele vakgebied, zodat dit bijdraagt aan de verbetering van de totale ggz-zorg. Het gaat om:
 - **Consultatie en advies** aan ggz-behandelaren, zowel in de zorgketen, als ook landelijk, soms ook aan specialisten in de somatische zorg of aan huisartsen
 - **Kennis delen** en ontwikkelen door o.a.
 - Bijdragen aan- en organisatie van symposia, congressen en nascholing
 - Publiceren in wetenschappelijke tijdschriften en leerboeken
 - Participeren in opleidingen voor de relevante BIG beroepen
 - Deelname aan de commissies die de Zorgstandaarden ontwikkelen en actualiseren en participatie in kenniscentra en samenwerkingsverbanden

4. Analogie met de Medisch Specialistische Zorg

In de Medisch Specialistische Zorg is er voor de bekostiging van hoogspecialistische en topklinische taken sprake van de **BBAZ-regeling (Beschikbaarheids Bijdrage Academische Zorg)**. Deze is specifiek bestemd voor academische ziekenhuizen en het AvL ziekenhuis. Het betreft een beleidsregel die wordt uitgevoerd door de NZA. Het budget is onderdeel van het financiële makro-kader MSZ. Met deze beschikbaarheidsbijdrage wordt de topreferente patiëntenzorg én de bijbehorende infrastructuur, de kenniscomponent, en de ontwikkeling & innovatie die nodig is voor het behandelen van deze topreferente patiënten bekostigd.

In bijlage I is een vergelijking gemaakt tussen de certificeringscriteria van TOPGGz en de toelatingscriteria voor de BBAZ, waaruit blijkt dat deze zeer vergelijkbaar zijn.

Ook geldt voor algemene ziekenhuizen de regeling **Toegepaste Topklinische Zorg en Onderzoek (TTZO)** waar specialistische topklinische zorg gecombineerd met toegepast klinisch wetenschappelijk onderzoek en onderwijs (de topklinische functie) een tijdelijke subsidie –via ZonMw- kan krijgen, als wordt voldaan aan strenge criteria.

De ggz heeft op vergelijkbare wijze ook dergelijke koplopers die ook via structurele kennisontwikkeling, experimenteren en innoveren een belangrijke bijdrage leveren aan duurzame en breed inzetbare verbeteringen in de ggz. Zij hebben zich gespecialiseerd in hoogspecialistische diagnostiek en behandeling van een specifieke patiëntengroepen die vanwege (zeer) ernstige, complexe, en soms zeldzame aandoeningen onvoldoende baat hebben bij reguliere specialistische ggz. Deze groep is vaak ten einde raad en al jarenlang op zoek naar een perspectief op herstel. Naast hoogspecialistische patiëntenzorg, dragen de afdelingen bij aan de ontwikkeling van het vakgebied van de ggz door innovatie, onderzoek en kennisoverdracht.

Hier heeft de maatschappij als geheel profijt van!!

Samengevat:

Het BO wordt gevraagd op korte termijn een verkenning te doen naar een regeling voor structurele bekostiging van de infrastructuur van hoogspecialistische ggz:

- Een structurele, duurzame oplossing analoog aan de **BBAZ** regeling, zodat de hoogspecialistische functies op lange termijn stevig geborgd worden. Implementatie zou per **2022** van kracht moeten zijn en onderdeel uitmaken van een nieuw **HLA**.
- **Overgangsregeling van 2020-2022:** Ten laste van het makro-kader ggz een overgangsregeling instellen, waarbij de middelen via een subsidieregeling van **VWS** door een onafhankelijke partij worden verdeeld over de afdelingen die aantoonbaar voldoen aan de gestelde criteria voor hoogspecialistische ggz. Deze overgangsregeling is nodig om de tussenliggende periode te overbruggen om te voorkomen dat afdelingen hun hoogspecialistische taken niet meer uit kunnen voeren.

Bijlage I: Vergelijking beoordelingscriteria BBAZ en TOPGGz

Beoordelingscriteria	BBAZ	TOPGGz	
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	Criterium 2: de afdeling moet aantonen dat tenminste 50% van de patiënten een hsggz zorgvraag heeft (onderbouwd met een wetenschappelijk gevalideerde Decision Tool of overtuigende instroomcriteria).
	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	Criterium 8: de afdeling moet aantonen dat er minimaal 1 hoogleraar verbonden is aan de afdeling en er minimaal 1 formeel samenwerkingsverband met een universiteit of UMC is.
	3	Zorgaanbieders moeten voldoen aan de kenmerken uit de huidige definitie van de topreferente functie <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	Criterium 1d: de afdeling moet aantonen/beschrijven waaruit hun hoogspecialistische behandelaanbod bestaat (voorbij de richtlijn) Criterium 1g: de afdeling moet aantonen dat het multidisciplinair behandelt (overzicht van zorginhoudelijke medewerkers). Criterium 9: de afdeling moet aantonen dat er structureel patiëntgebonden onderzoek wordt gedaan. Criterium 5: de afdeling moet aantonen tenminste 2 innovaties te bieden, die ook onderzocht worden op effectiviteit Criterium 4: de afdeling moet beschikken over tenminste 1 boegbeeld (landelijk erkend expert) die tenminste 16 uur beschikbaar is voor patiëntenzorg
Topreferente patiënten	<i>De ROBIJN labelsystematiek</i>		
	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.	Criterium 1d: de afdeling moet aantonen/beschrijven waaruit hun hoogspecialistische behandelaanbod bestaat (voorbij de richtlijn) Criterium 1g: de afdeling moet aantonen dat het multidisciplinair behandelt (overzicht van zorginhoudelijke medewerkers) Criterium 2: de afdeling moet aantonen patiënten met ernstige complexe problematiek te behandelen (vaak eerder in zorg en multimorbiditeit)
	2	Patiënten voor wie de zorg nauw verweven is met het wetenschappelijk onderzoek en de ontwikkeling van zorginnovaties bij de	Criterium 2: de afdeling moet aantonen patiënten met ernstige complexe problematiek te behandelen (vaak eerder

Beoordelingscriteria	BBAZ	TOPGGz
	betreffende zorgaanbieder.	in zorg en sprake van multimorbiditeit)
	3 Patiënten die een uniek zorgaanbod nodig hebben vanwege de complexiteit van de zorgvraag of de benodigde infrastructuur.	Criterium 2: de afdeling moet aantonen patiënten met ernstige complexe problematiek te behandelen (vaak eerder in zorg en sprake van multimorbiditeit of therapieresistentie)
	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.	Criterium 2: de afdeling moet aantonen patiënten met ernstige complexe problematiek te behandelen (vaak eerder in zorg en sprake van multimorbiditeit)
	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.	Criterium 2: de afdeling moet aantonen patiënten met ernstige complexe problematiek te behandelen (vaak eerder in zorg en sprake van multimorbiditeit)
O&I kostencategorieën	1 innovatie, onder andere gekoppeld aan de innovatiekalender van VWS (sustainable health);	Criterium 5: de afdeling moet aantonen tenminste 2 innovaties te bieden, die ook onderzocht worden op effectiviteit
	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);	Criterium 7: de afdeling moet aantonen over tenminste 2 gepromoveerde onderzoekers te beschikken Criterium 8: de afdeling moet aantonen dat er minimaal 1 hoogleraar verbonden is aan de afdeling en er minimaal 1 formeel samenwerkingsverband met een universiteit of UMC is.
	5 beschikbaarheid kennis en voorzieningen bij rampen, infecties en epidemieën;	
	6 kennisdeling en consultatie (regio, 1e en 2e lijn, public health);	Criterium 3: De afdeling moet aantonen en illustreren dat zij hoogspecialistische consultatie & advies en Second opinions bieden Criterium 11: de afdeling moet aantonen haar kennis over te dragen, waaronder participatie in richtlijncommissies, bijdragen aan vakboeken, congressen etc.

	7	ontwikkeling kwaliteitsbeleid, richtlijnen en normeringen;	Criterium II: de afdeling moet aantonen haar kennis over te dragen, waaronder participatie in richtlijncommissies, bijdragen aan vakboeken, congressen etc.
	8	databankfunctie en big data ontwikkeling.	