

Tussenrapportage

**TOpzorg VERzilveren (TOVER).
Evaluatieonderzoek topspecialistische
Zorg en Onderzoek**

Prof. Dr. Patrick Jeurissen

Dr. Simone van Dulmen

Eva Veerman MSc.

Dr. Niek Stadhouders

Prof. Dr. Roland Bal

Nijmegen, februari 2023

Tussenrapportage

**TOPzorg VERzilveren (TOVER).
Evaluatieonderzoek topspecialistische
Zorg en Onderzoek**

Prof. Dr. Patrick Jeurissen

Dr. Simone van Dulmen

Eva Veerman MSc.

Dr. Niek Stadhouders

Prof. Dr. Roland Bal

Dit onderzoek is uitgevoerd met subsidie van de ZonMw. Citeren van delen uit dit rapport is toegestaan met bronvermelding (Jeurissen PPT, Dulmen van SA, Veerman E, Stadhouders N en Bal RA. Tussenrapportage TOPzorg VERzilveren (TOVER). Evaluatieonderzoek topspecialistische Zorg en Onderzoek. Nijmegen: IQ healthcare, februari 2023).

Inhoud

Samenvatting	4
1. Achtergrond	7
2. Aanpak	9
3. Werkpakket 1. Inventarisatie bekostigingsmodellen en criteria topspecialistische functies.....	10
3.1 Literatuuronderzoek criteria	10
3.2 Resultaten literatuuronderzoek.....	11
3.3 Methode inventarisatie bekostigingsmodellen	15
3.4 Resultaten bekostigingsmodellen	15
4. Werkpakket 2: Ontwikkelen criteria en bekostigingsscenario's	17
4.1 Methode	17
4.2 Resultaten	18
4.2.1 Definitie van Topspecialistische functies	19
4.2.2 Activiteiten, doelen en knelpunten TZO-projecten	21
4.3.3 Bekostigingsopties	24
4.3.4 Criteria voor de bekostiging van topspecialistische functies.....	27
5. Werkpakket 3: Empirisch kostenonderzoek	33
5.1 Bekostiging van topspecialistische functies in niet-academische centra	33
5.2 Onderscheiden van categorieën van kosten.....	34
5.3 Ontwikkeling van bekostigingsmodellen	37
5.4 Uitvraag van uitgaven topspecialistische functies binnen TZO-projecten.....	39
5.5 Overzicht en simulaties van verschillende bekostigingsvormen	40
6. Beschouwing	46
6.1 Inhoudelijke reflectie	46
6.2 Methodologische reflectie	48
6.3 Vervolg	49
7. Referenties.....	51
Bijlage 1. Zoekstring Medline en Embase	52
Bijlage 2. Beschrijving van de geïnccludeerde studies	53
Bijlage 3. Interviewguides	57
Bijlage 4. Kenmerken respondenten interviews	63
Bijlage 5. Criteria/randvoorwaarden van topspecialistische zorg (gerelateerde) onderwerpen	64
Bijlage 6. Invulsheet kostenonderzoek	66
Bijlage 7. Feedback op kostprijsonderzoek.....	75

Samenvatting

Het project TOVER (TOPzorg VERzilveren) is onderdeel van het programma TZO (Topspecialistische Zorg en Onderzoek). Het programma TZO is een vervolg op het programma TopZorg. Binnen het programma TopZorg werd voor een periode van 4 jaar (2014 - 2018) zeer specialistische zorg gecombineerd met wetenschappelijk onderzoek in drie niet-universitair medische centra (umc's) bekostigd. In het vervolg, het programma TZO, hebben tien projecten in acht niet-umc's een subsidie van 32 miljoen euro gekregen. Topspecialistische zorg is door ZonMw gedefinieerd als een combinatie van topspecialistische zorg, onderwijs en toegepast (klinisch) wetenschappelijk onderzoek.

In de eindrapportage TopZorg is de maatschappelijke meerwaarde van deze topspecialistische functies aangetoond (1). Het project TOVER richt zich op het verkennen en organiseren van mogelijkheden voor structurele bekostiging van deze topspecialistische functies in niet-umc's. De centrale vraagstelling is *'Hoe kan, binnen de kaders van het huidige stelsel, de combinatie van topspecialistische zorg met toegepast klinisch wetenschappelijk onderzoek en O&O duurzaam worden georganiseerd en structureel bekostigd worden na afronding van het TZO-programma?'* Hierbij is het doel om te komen tot duurzame structurele bekostiging en organisatie. Het project bestaat uit twee fases.

Fase I (2021 - 2022) is gericht op de verkenning van de mogelijke strategieën voor financiële borging van topspecialistische functies. Deze fase bestaat uit drie werkpakketten. Werkpakket 1 bestaande uit een literatuuronderzoek voor inventarisatie van bestaande bekostigingsmodellen en mogelijke criteria voor topspecialistische functies. Werkpakket 2 betreft een kwalitatief onderzoek om de mogelijke criteria voor het bekostigen van topspecialistische functies vast te stellen. Werkpakket 3 bevat een empirisch kostenonderzoek om op basis van verschillende bedrijfseconomische methodieken en invalshoeken de kosten van de verschillende topspecialistische functies te onderzoeken. Daarbij wordt ook gekeken in hoeverre deze nu al zijn opgenomen in en gedekt met de huidige bekostiging. Dit rapport beschrijft de resultaten van fase I.

Literatuuronderzoek

In de literatuurstudie hebben we gezocht naar Engelstalige artikelen, gepubliceerd tussen 2005 en april 2021. Via snowballing zijn nog aanvullende artikelen geselecteerd. Hieruit volgen uiteindelijk 21 artikelen voor de analyse. Dit heeft geleid tot zeven conceptcriteria (zie ook hierna).

Interviews

Werkpakket 2 heeft als doel inzicht te krijgen in mogelijke criteria voor het bekostigen van topspecialistische functies en bekostigingsscenario's. Om inzicht te krijgen in de visie van verschillende stakeholdergroepen op de criteria en opties voor bekostiging van de topspecialistische functie hebben we een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. We hebben we 45 personen geïnterviewd en hen gevraagd naar de definitie van topspecialistische functies, knelpunten bij de huidige bekostiging, criteria voor bekostiging en ideeën voor duurzame bekostiging. Dit waren zowel betrokkenen van de centra die een TZO-subsidie hebben ontvangen als andere stakeholdergroepen.

Uit de interviews blijkt dat er veel variatie is wat betreft de definitie, inzet van de middelen van de TZO-subsidie en de knelpunten waar zij tegen aan lopen. Wat ze gemeen hebben is het gebrek aan

continuïteit door het ontbreken van een structurele vergoeding. Daarom heeft een bekostiging van de topspecialistische functie met een substantiële lumpsumvergoeding vooralsnog de voorkeur. Op basis van de resultaten van het literatuuronderzoek en de interviews zijn criteria voor de bekostiging van topspecialistische functies opgesteld. Deze zijn in een werkconferentie nogmaals besproken met de geïnterviewden en dit heeft geleid tot 7 criteria:

1. Toegepast wetenschappelijk onderzoek: Het centrum evalueert, innoveert en verbetert zorg met toegepast wetenschappelijk onderzoek. Daarbij zorgt het centrum voor een onderbouwing van de hypothese waarom de topspecialistische functie bij de patiëntengroep/interventie aantoonbaar meerwaarde kan hebben.
2. Complexe zorg: Het betreft een complexe patiëntengroep in het centrum. De patiëntengroep is complex wanneer er sprake is van een zeldzame/complexe interventie, tertiaire verwijzing of multimorbide patiënt.
3. Coördinerende rol: Het centrum heeft een coördinerende rol binnen de gehele keten voor de specifieke functie.
4. Beleid en strategie: Binnen het centrum is de gehele topspecialistische functie meegenomen in het beleid en de strategie.
5. Capaciteit: Het centrum borgt de capaciteit van zorg, onderwijs en onderzoek, zodat de topspecialistische functie duurzaam verleend wordt.
6. Kennisoverdracht: Het centrum draagt zorg voor opleiding en overdracht van kennis naar experts van multidisciplinaire team, voorlichting en deskundigheidsbevordering van externen
7. Samenwerking met patiëntenorganisaties: Het centrum werkt samen met patiënten(organisaties) binnen zorg en onderzoek.

Kostprijsonderzoek

We hebben de kostenstructuur van de huidige TZO-projecten onderzocht. Hierbij zijn drie stappen doorlopen: 1) Verschillende categorieën van kosten van topspecialistische functies identificeren; 2) TZO-projecten inventariseren per categorie welke uitgaven door de TZO-subsidie worden gedekt en welke uitgaven niet worden gedekt door bestaande bekostiging; 3) Per categorie worden gemiddelde uitgaven van de tien TZO-projecten weergegeven en wordt gesimuleerd in welke mate de verschillende bekostigingsvormen deze kosten dekken. Uit het kostprijsonderzoek blijkt dat er een grote variatie te zien is in de uitgavenpatronen tussen centra. Waarbij sommige centra relatief veel uitgeven aan onderzoek, andere centra relatief veel ter dekking van de vaste onderzoeksinfrastructuur en andere centra relatief veel ter dekking van levering van niet-vergoede topspecialistische zorg. Daarnaast stellen alle centra nog eigen middelen ter beschikking om de kosten te dekken die niet worden vergoed door de subsidie of door de reguliere bekostiging. De TZO-subsidie dekt 39% tot 68% van de niet-vergoede kosten van topspecialistische functies.

Voor een duurzame bekostiging lijkt een combinatie van bekostigingsvormen wenselijk omdat één bekostigingsvorm de kosten niet kan dekken. Hierbij gaat het om een combinatie van de volgende bekostigingsvormen: 1) een substantiele lumpsumvergoeding die een vaste onderzoeksinfrastructuur dekt; 2) onderzoekssubsidies waarmee onderzoeksprojecten bekostigd worden; en 3) een vergoeding van topspecialistische zorgverlening vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Hierbij kan ook nog een keuze gemaakt worden tussen specifieke of generieke bekostiging. De hoogte van de drie vormen van

bekostiging kan generiek zijn, waarbij het gemiddelde van de centra wordt aangehouden, of specifiek, waarbij de daadwerkelijke hoogte per centrum wordt genomen.

Beschouwing

Er is veel variatie in belangen en zienswijzen van stakeholders in definitie en afbakening van topspecialistische functies, variatie in de inzet van de TZO-subsidie en variatie in de bekostigingsopties van topspecialistische functies. De criteria zijn een eerste stap in het specifiekere afbakenen van topspecialistische functies voor duurzame bekostiging. De scenario's worden in de volgende fase van het project nader getoetst. Gezien de grote variatie ligt een combinatie van bekostigingsopties voor de hand. Daarbij lijkt specifieke bekostiging voor het toekennen van topspecialistische subsidie en een add-on in het DBC-B segment het meest logische. Hierbij moeten hoge uitvoeringskosten en het risico op perverse prikkels in ogenschouw worden genomen. Een periodieke evaluatie door een onafhankelijke commissie zou zich moeten richten op de toegang tot, de hoogte en verantwoording van de bekostiging van topspecialistische functies en de criteria.

Vervolg

Fase II (2023 - 2024) richt zich op de evaluatie van de maatschappelijke meerwaarde van de al eerder via TopZorg toegelaten functies op de langere termijn in relatie met de haalbaarheid en consequenties van mogelijke bekostigingsmodellen in de praktijk. Deze fase bestaat uit nog drie werkpakketten. Werkpakket 4 bestaat uit de evaluatie van de op lange termijn maatschappelijke meerwaarde van TopZorg-functies. Door een mixed-methods methodiek wordt het al eerder ontwikkelde evaluatiekader van de maatschappelijke meerwaarde (ontwikkeld door Rotterdam University, TopZorg programma, 2018) op lange termijn vereenvoudigd. Werkpakket 5 bestaat uit testbeds met schaduwbekostiging. Op basis van de ontwikkelde scenario's en de inzichten in de kosten worden enkele testbeds opgestart. Bekostigingsmodellen worden getest door pseudo-experimenten uit te voeren met schaduwbekostiging. Werkpakket 6 bestaat uit toetsing, disseminatie en rapportage. TOVER organiseert twee interactieve werkconferenties waarin de ervaringen met de mogelijke nieuwe bekostigingsmodellen vanuit de testbeds, de resultaten van de lange termijn evaluatie van de TopZorg domeinen en de integrale bevindingen uit het hele project worden gepresenteerd. Het doel van deze twee conferenties is het formuleren van een finale toetsing en van daaruit samen te werken aan een toekomstige agenda voor implementatie. Tevens wordt een afsluitend symposium georganiseerd voor een breder publiek om de bevindingen, de opgedane kennis en ervaringen te verspreiden. Ook leveren we een eindrapportage op.

1. Achtergrond

In Nederland wordt zeer specialistische zorg met name in de universitair medische centra (umc's) geleverd. Andere centra, zoals topklinische ziekenhuizen, leveren echter ook zeer specialistische zorg. Deze zorg wordt vaak gecombineerd met activiteiten van (toegepast) wetenschappelijk onderzoek, in combinatie met specifieke opleidingen en trainingen. ZonMw startte in 2014 het programma TopZorg voor de periode 2014 – 2018 om de maatschappelijke meerwaarde van de topspecialistische functies in topklinische ziekenhuizen te onderzoeken. Binnen het programma TopZorg zijn specifieke combinaties van zeer specialistische zorg en onderwijs en onderzoek (O&O) bekostigd voor diverse niet-umc's in diverse projecten. Het huidige lopende programma Topspecialistische Zorg en Onderzoek (TZO) is een vervolg op het eerdere topzorgprogramma. TZO richt zich ook op de vraag hoe geselecteerde topspecialistische functies in niet-umc's duurzaam kunnen worden bekostigd en ingebed binnen de gegeven kaders van het zorgstelsel. Het overkoepelende doel van het project TOPzorg VERzilveren (TOVER) richt zich op het verkennen en organiseren van mogelijkheden voor structurele bekostiging van een aantal specifieke functies binnen topklinische ziekenhuizen en andere centra voor het kunnen leveren van topspecialistische zorg. Er worden verschillende definities gehanteerd voor topspecialistische zorg. In meer algemene zin wordt topspecialistische zorg beschouwd als complexe, bovenregionale zorg die bijzondere kennis en ervaring vereist. In de loop der jaren zijn er bovendien verschillende formele definities ontstaan van topspecialistische zorg die deze zorg deels bekostigen en een eigen bekostiging kennen. Zo is er topklinische zorg op basis van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV), die alleen mag worden uitgevoerd door aangewezen centra op basis van kwaliteitscriteria. De umc's en enkele gelieerde centra kunnen gebruik maken van speciale middelen om topreferente zorg te leveren en academische functies uit te voeren. Deze kennen een eigen budgettaire systematiek (ROBIJN), waarbij doorverwijzingen vanuit andere ziekenhuizen een belangrijke rol spelen. Tot slot bestaan er ook allerlei samenwerkingsverbanden met als doel om de kwaliteit van zorg te verbeteren door het werk beter te verdelen. We kunnen bijvoorbeeld denken aan het samenwerkingsverband Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ), expertisecentra aangewezen door VWS, Europese expertisecentra en bovenregionale netwerken zoals de oncologienetwerken. Voor specifieke dure gespecialiseerde behandelingen (IC zorg, dure geneesmiddelen) en voorzieningen is er daarnaast de mogelijkheid tot budgettaire opslagen op de reguliere prijzen (add-ons) of de aanvraag van een beschikbaarheidsbijdrage.

De subsidies die zijn verstrekt in het eerdere TopZorg programma en het TZO-programma voegen een nieuwe formele definitie toe aan dit spectrum van derdelijnszorg: topspecialistische zorg. Deze subsidies zijn gebruikt voor zowel het bekostigen van bovengemiddeld complexe en dure patiënten als voor specifieke zorgactiviteiten die niet in de reguliere bekostiging passen en worden uitgevoerd binnen niet-umc's. De definitie van een topspecialistische functie, zoals geformuleerd door ZonMw, is als volgt: de combinatie van topspecialistische zorg met toegepast (klinisch) wetenschappelijk onderzoek en daaraan gerelateerd onderwijs in een niet-umc. Het is belangrijk om ons te realiseren dat dit een formele definitie is die een topspecialistische functie afbakt van andere formele definities met doorwerking in de bekostiging van de derdelijnszorg zoals topklinische zorg en topreferente zorg. In het algemene spraakgebruik hebben stakeholders de neiging om deze verschillen te laten vervagen (STZ-ziekenhuizen die vinden dat men soms net zo'n complexe zorg levert als de

umc's en daar dus ook naar behoren voor moeten worden gecompenseerd) of deze juist aan te scherpen (umc's die hun academische zorg echt anders vinden dan topklinische zorg). Tijdens interviews met diverse stakeholders is gevraagd om te reflecteren op de definitie van topspecialistische functies. Gedurende het project is de definitie getoetst op draagvlak en verder aangescherpt.

2. Aanpak

TOVER duurt vier jaar, bevat zes werkpakketten (WP's) en is opgedeeld in twee fasen met ieder een eigen focus, die inhoudelijk op elkaar aansluiten en in elkaar overlopen. In fase I (2021-2022) ligt de nadruk op het verzamelen van informatie en op de verkenning van de mogelijke strategieën voor financiële borging van topspecialistische functies. Fase II (2023-2024) richt zich op de evaluatie van de maatschappelijke meerwaarde van de al eerder via TopZorg toegelaten functies op de langere termijn in relatie met de haalbaarheid en consequenties van mogelijke bekostigingsmodellen in de praktijk. De zes werkpakketten zijn:

1. Literatuuronderzoek voor inventarisatie van bestaande bekostigingsmodellen en mogelijke criteria voor topspecialistische functies. Ook wordt een stakeholderanalyse uitgevoerd voor identificatie van potentiële betrokkenen voor afstemming bij het project;
2. Kwalitatief onderzoek om de mogelijke criteria voor het bekostigen van topspecialistische functies vast te stellen, te preciseren en te ordenen in bekostigingsscenario's;
3. Empirisch kostenonderzoek om op basis van verschillende bedrijfseconomische methodieken en invalshoeken de kosten van de verschillende topspecialistische functies te onderzoeken en in hoeverre deze nu al zijn opgenomen en gedekt uit de huidige bekostiging.
4. Evaluatie van de op lange termijn maatschappelijke meerwaarde TopZorg-functies. Door een mixed-methods methodiek wordt het al eerder ontwikkelde evaluatiekader van de maatschappelijke meerwaarde (ontwikkeld door Rotterdam University, TopZorg programma, 2018) op lange termijn vereenvoudigd.
5. Testbeds met schaduwbekostiging. Op basis van de ontwikkelde scenario's en de inzichten in de kosten worden enkele testbeds opgestart. Bekostigingsmodellen worden getest door pseudo-experimenten uit te voeren met schaduwbekostiging.
6. Toetsing, disseminatie en rapportage. TOVER organiseert twee interactieve werkconferenties waarin de ervaringen met de mogelijke nieuwe bekostigingsmodellen vanuit de testbeds, de resultaten van de lange termijn evaluatie van de TopZorg domeinen en de integrale bevindingen uit het hele project worden gepresenteerd. Het doel van deze twee conferenties is het formuleren van een finale toetsing en van daaruit samen te werken aan een toekomstige agenda voor implementatie. Ook wordt een afsluitend symposium georganiseerd voor een breder publiek om de bevindingen, de opgedane kennis en ervaringen te verspreiden en leveren we een eindrapportage op.

3. Werkpakket 1. Inventarisatie bekostigingsmodellen en criteria topspecialistische functies

Werkpakket 1 richt zich op het inventariseren middels literatuuronderzoek van criteria en randvoorwaarden voor topspecialistische functies en mogelijke structurele bekostigingsmodellen. Deze informatie geeft directe input voor de stakeholderanalyse met de verdere identificatie van potentieel betrokken partijen.

Kernboodschappen

In het literatuuronderzoek hebben we 21 artikelen geselecteerd, waaruit 7 conceptcriteria zijn opgesteld. Naast de criteria hebben we ook in kaart gebracht welke mogelijke bekostigingsmodellen hiervoor in aanmerking komen. Hieruit zijn verschillende scenario's naar voren gekomen voor mogelijke bekostiging van deze functies, zoals een lumpsumvergoeding, subsidies, specifieke DBC in het A-segment, generieke DBC/add-on (B-segment) en combinaties.

3.1 Literatuuronderzoek criteria

We hebben gezocht naar Engelstalige artikelen, gepubliceerd tussen 2005 en april 2021. Daarbij zijn de databases Medline en Embase geraadpleegd en hebben we ondersteuning gehad van de expertise van de informatiespecialist van de bibliotheek van het Radboudumc. De zoekstring is opgenomen in Bijlage 1. Via snowballing zijn nog aanvullende artikelen geselecteerd. De gevonden studies zijn vervolgens onafhankelijk beoordeeld door twee reviewers op basis van titel en abstract. Vervolgens zijn de geïncludeerde artikelen beoordeeld op basis van de fulltext. Inclusiecriteria waren: het gaat om een bekostigingsmodel en om zorg die wordt geleverd in een teaching/academic/tertiary ziekenhuis (en de effecten daarvan). De artikelen waarvan geen fulltext beschikbaar was zijn geëxcludeerd. Studies zijn daarnaast ook geëxcludeerd indien het een kosteneffectiviteitsstudie betrof, als het andere zorg dan zorg in ziekenhuizen betrof, of evaluaties van bestaande zorgmodellen die zich niet richten op topspecialistische zorg, studies met een beoogd effect op de zorgverzekering (bijv. Medicare uit de USA), studies die zich alleen richten op kwaliteit van zorg of patiënttevredenheid, studies over de rol/positie van umc's of studies die zich richten op productiviteit. De data-extractie van de geïncludeerde studies is door drie onderzoekers uitgevoerd, de discussiepunten zijn door de reviewers besproken.

Data-extractie

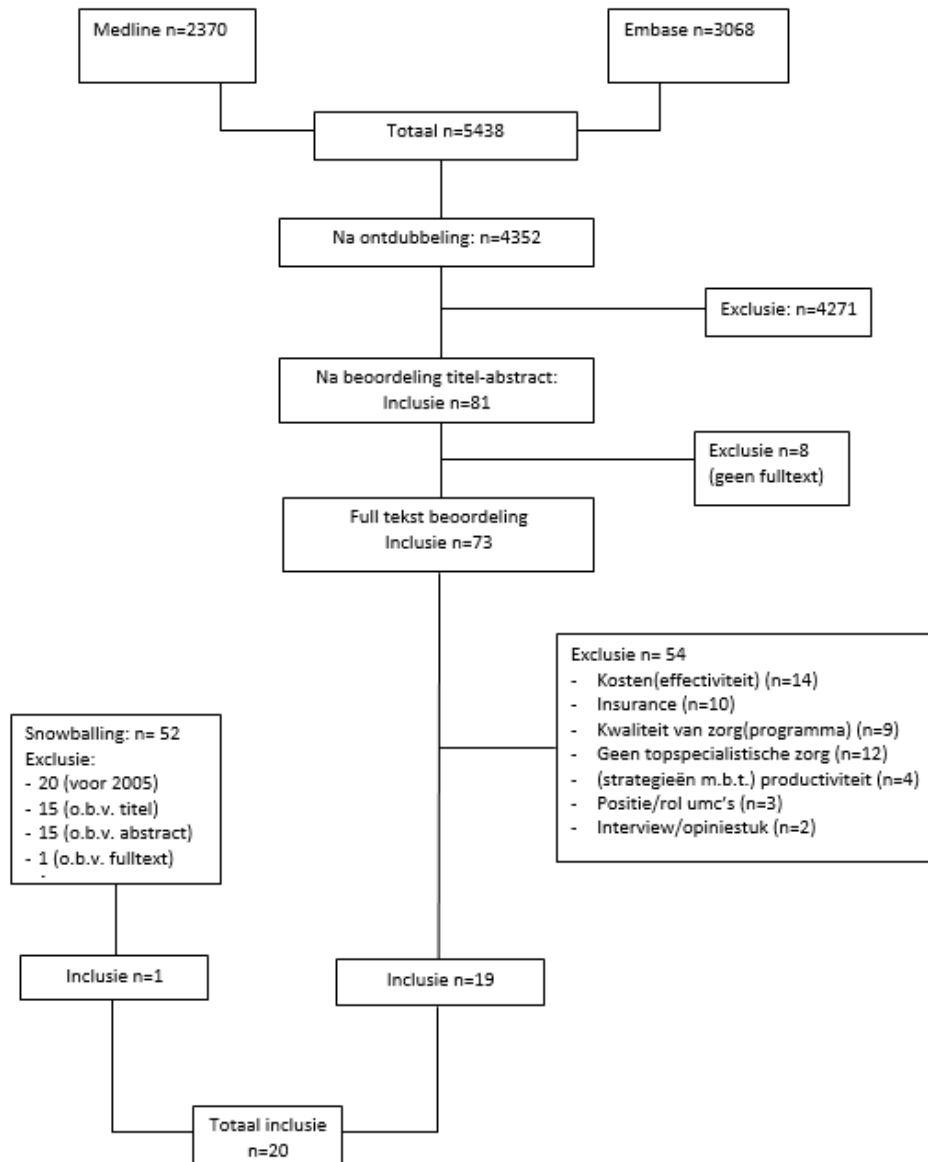
Elk artikel dat aan de studiecriteriën voldeed is onafhankelijk door drie onderzoekers samengevat. Daarbij werd een data-extractie tabel gebruikt met de volgende kenmerken: Land van herkomst, type ziekenhuis, type studie (studie design), doelgroep (ziekte/patiënten), specifieke interventies, soort bekostigingsmodel, doel van de studie, periode dataverzameling, aantal patiënten in de controle- en/of interventiegroep, type analyse (bijv. kwalitatief, kwantitatief), uitkomstmaten, conclusie(s)/bevindingen.

Vervolgens werden de artikelen nader beoordeeld aan de hand van nadere criteria/domeinen. Voor de ontwikkeling van deze domeinen en criteria is gebruik gemaakt van bestaande documenten, zoals het evaluatierapport TopZorg (1, 2) de leidraad nieuwe interventies in de klinische praktijk (3) en afstemming in de projectgroep. Dit heeft geleid tot een negental domeinen met criteria:

1. *Kwaliteit*: Expliciete beschrijving van (bijdrage van) het bekostigingsmodelsysteem aan kwaliteit of aan doel van de interventie;
2. *Houdbaar en duurzaam*: Hoe breed is het bekostigingsmodel (binnen de organisatie of sector) geïmplementeerd;
3. *Eenvoudig en hanteerbaar*: Is het bekostigingsmodel eenvoudig en hanteerbaar (administratieve lasten);
4. *Transparant*: Is het bekostigingsmodel geschikt om verantwoording af te leggen;
5. *Redelijkheid en draagvlak*: Is er draagvlak van stakeholders, ziet men de bekostiging als redelijk;
6. *Flexibiliteit*: Bestaat binnen het bekostigingsmodel ruimte om af te wijken indien noodzakelijk;
7. *Uniek*: Is de interventie uniek/nieuw of wordt deze al in andere ziekenhuizen uitgevoerd;
8. *Externe effecten*: Heeft het bekostigingsmodel bijvoorbeeld invloed op de zorginkoop in andere ziekenhuizen;
9. *Duurzaam*: Wordt er iets vermeld over de invloed op duurzaamheid/bestending.

3.2 Resultaten literatuuronderzoek

Na het verwijderen van dubbele studies in beide databases zijn 4352 artikelen door 2 onderzoekers onafhankelijk beoordeeld op basis van titel en abstract. Hieruit zijn 73 artikelen geselecteerd, waarvan 19 studies zijn geïncludeerd. Via snowballing is vervolgens nog één studie geïncludeerd. In figuur 1 is een flowchart te zien van het proces. Van de 20 geïncludeerde studies beschreven zes studies een evaluatie van een alternatief bekostigingsmodel, zeven studies betroffen *perspectives* of *commentaries* over bekostiging van topspecialistische zorg, vier studies betroffen vragenlijsten over bekostiging van topspecialistische zorg en drie studies beschreven ervaringen of andere experimenten rondom alternatieve bekostigingsmodellen. Bijlage 2 beschrijft de kenmerken van de 20 geïncludeerde studies.



Figuur 1: flowchart literatuuronderzoek

Op basis van de narratieve analyse van de 20 studies zijn er zeven conceptcriteria opgesteld. Deze conceptcriteria konden we scoren op zes domeinen. Tabel 1 beschrijft de conceptcriteria, waarin naast de verschillende domeinen ook de operationalisering beschreven staat.

Op basis van de bijeenkomsten met de kwaliteitscommissie van ZonMw is vervolgens expliciet weergegeven of het hier een randvoorwaarde betrof of een criterium. Onder een randvoorwaarde verstaan we een binaire uitkomst waaraan expliciet voldaan moet zijn om toegelaten te worden (tot een vorm van bekostiging). Onder criteria verstaan we een of meerdere aspecten van een bekostigingsmodel waaraan voldaan kan worden en waarbij vervolgens een weging kan plaatsvinden (ordinale schaal). Hiervoor is een eerste aanzet gedaan in tabel 1. Gedurende de interviews zijn deze voorwaarden en criteria nader uitgevraagd en verder gespecificeerd.

Tabel 1: conceptcriteria literatuuronderzoek

nr.	Domein	Niveau	Conceptcriterium	Randvoorwaarde/criterium	Operationalisering
1	<i>Kwaliteit</i>	Interventie	Er is concreet wetenschappelijk bewijs dat deze topspecialistische zorg bij deze patiëntengroep aantoonbaar meerwaarde heeft en dat het bijdraagt aan de effectiviteit (inclusief mortaliteit en morbiditeit) en eventueel een of meer van de volgende dimensies (efficiëntie, tijdigheid, toegankelijkheid (en veiligheid en patiëntgerichtheid). Hierbij dienen patiëntengroep, aandoening en interventie goed (meetbaar) afgebakend te zijn	<u>Randvoorwaarde:</u> er moet concreet wetenschappelijk bewijs zijn dat deze topspecialistische zorg bij deze patiëntengroep aantoonbaar meerwaarde heeft	Zorggebruik dat aansluit op belangrijkste kostendrijvers van deze patiëntengroepen en cruciaal is voor de kwaliteit. Dit zijn bijvoorbeeld bepaalde operaties of therapieën
2	<i>Houdbaar en duurzaam</i>	Bekostigingsmodel	Zorg dat het externe bekostigingsmodel niet leidt tot (prikkel voor) over/onderbehandeling	<u>Randvoorwaarde:</u> er is geen prikkel tot verdere verspreiding van deze zorg binnen de (niet geselecteerde) algemene centra	Beperkte relatie met productie. Een substantieel deel van de bekostiging is gericht op topspecialistische functie en infrastructuur
3	<i>Houdbaar en duurzaam</i>	Ziekenhuis	Laat zien dat de zorginstelling voldoende capaciteit (menskracht en fysieke infrastructuur) heeft om de taken onderwijs-onderzoek-patiëntenzorg rondom de betreffende interventie duurzaam te kunnen verlenen (of een plan dat dit gerealiseerd wordt)	<u>Criterium:</u> op basis van verschillende parameters rondom capaciteit, onderwijsactiviteiten dient te worden bepaald of hieraan is voldaan	Minimumschaal onderwijs-onderzoek-patiëntenzorg is gegarandeerd Aanwezige hoeveelheid onderzoek, onderwijs en patiëntenzorg
4	<i>Eenvoudig en hanteerbaar</i>	Bekostigingsmodel	Zorg dat de interventie zodanig ingebed kan worden in de (reguliere) bekostigingsstructuur dat de administratieve lastendruk beperkt is	<u>Randvoorwaarde:</u> de interventie dient ingebed te worden in bestaande bekostigingsstructuur of een eenvoudig alternatief	Eenduidige parameters, substantieel deel vaste bekostiging, verantwoordingslasten
5	<i>Transparantie</i>	Bekostigingsmodel	Externe en interne bekostigingsmodellen dienen betrouwbaar inzicht te geven in de (additionele)	<u>Randvoorwaarde:</u> er zijn betrouwbare indicatoren over	Bekostiging is representatief voor de werkelijke kosten. Beperkte kruissubsidiëringen

			kosten van de interventie voor de specifieke patiëntengroep	de kosten en baten van de interventies/ activiteiten. <u>Criterium:</u> op verschillende vormen dient inzicht gegeven te kunnen worden in de kosten voor uitvoeren van de interventie (zowel intern als extern)	
6	<i>Flexibiliteit</i>	Bekostigingsmodel	Het bekostigingsmodel dient de ruimte te bieden om nieuwe ontwikkelingen of 'routinisering' van deze zorg te accommoderen	<u>Randvoorwaarde:</u> bekostigingsmodel kan makkelijk worden aangepast en eventueel afgeschaft. <u>Criterium:</u> op basis van verschillende criteria moet duidelijk worden hoe de interventie kan worden doorontwikkeld en hoe de activiteiten van onderwijs en onderzoek hierin een rol spelen	Marginale opbrengsten zijn voldoende om de marginale kosten te dekken bij stijging productie. Mogelijkheid voor verdere doorontwikkeling bij verbetering van de infrastructuur zorg-onderwijs-onderzoek
7	<i>Externe effecten</i>	Zorgstelsel	Het bekostigingsmodel borgt dat het uitvoeren van de interventie niet leidt tot ongewenste verschuivingen van interventies en marktaandeel tussen centra en andere zorgaanbieders.	<u>Randvoorwaarde:</u> Stelsel wordt niet aangetast. Bekostiging blijft beperkt tot de geselecteerde topspecialistische functies <u>Criterium:</u> voorafgaand dient hiervoor een analyse te zijn gemaakt en daarnaast moet ook later een analyse kunnen worden gemaakt of er ook geen ongewenste verschuivingen hebben plaatsgevonden	Beperkt/geen kruissubsidiëring met andere functies die in competitie worden uitgevoerd. Beperken 'verzamelen' topspecialistische functies.

3.3 Methode inventarisatie bekostigingsmodellen

Naast de criteria hebben we ook in kaart gebracht welke mogelijke bekostigingsmodellen mogelijk zijn. Hiervoor hebben we een analyse uitgevoerd op verschillende niveaus:

1. De bekostigingsmodellen van de geïncludeerde studies uit het hierboven beschreven literatuuronderzoek
2. Grijze literatuur over bekostigingsstructuren in de huidige Nederlandse zorg
3. Verkennende interviews met projectleiders van de huidige TZO-projecten.

3.4 Resultaten bekostigingsmodellen

In de geïncludeerde studies van het literatuuronderzoek worden verschillende bekostigingsvormen benoemd, zowel voor het uitvoeren van de topspecialistische zorg als onderzoek en onderwijs. Onder andere worden genoemd: betaling per verrichting (FFS); bundeling per diagnose (DBC/DRG); bundeling per patiënt (capitatie); bundeling per tijdseenheid (budget). Deze bekostigingsvormen zijn niet exclusief voor topspecialistische zorg, maar worden breed binnen de ziekenhuiscare toegepast. Tabel 2 beschrijft de conceptuele parameters van verschillende bekostigingsmodellen, inclusief de mogelijke prikkels die van invloed zijn op deze bekostigingsvorm.

Tabel 2: Parameters van verschillende bekostigingsmodellen

Parameter	Toelichting	Range	Prikkels
Mate van bundeling	In welke mate worden verschillende verrichtingen gebundeld binnen de bekostiging?	Betaling per verrichting (FFS); bundeling per diagnose (DBC/DRG); bundeling per patiënt (captatie); bundeling per tijdseenheid (budget)	Overbehandeling door meer bekostigingseenheden (FFS) – onderbehandeling binnen een bekostigingseenheid (capitatie, budget)
Hoogte van betaling	Wat is de hoogte van de betaling?	Onder de kostprijs – de kostprijs – boven de kostprijs	Overbehandeling/ onderbehandeling, kwaliteitsinvestering en kruissubsidiëring
Manier van bepaling vergoedingen	Hoe wordt de vergoeding van de betaling vastgesteld?	Vaststelling vooraf – in onderlinge onderhandeling – vergoeding achteraf	Efficiëntieprikkels, concurrentieprikkels en verschillen in hoogte tussen ziekenhuizen
Betaler	Wie bepaalt de hoogte van de vergoeding?	Overheid/NZa – collectieve onderhandeling – individuele verzekeraars	Marktmacht, onderdeel van budgetafspraken, freeriderprobleem tussen verzekeraars
Uitkomstbekostiging	Hangt de betaling af van uitkomsten?	Onafhankelijk van uitkomst – afhankelijk van uitkomst (P4P/OBP)	Cherry picking, gaming, lighthousing (focus op gemeten uitkomsten), administratieve lasten
Duur van de bekostiging	Hoe lang is de looptijd van de bekostiging?	Per verrichting/dag – per episode – per jaar – meerjarig	Investeringen en risico om deze niet terug te verdienen
Afbakening van bekostiging	Welke aanbieders/zorgvormen komen in aanmerking voor de bekostiging?	Individuele afweging zorginkoper – aanbesteding – nationale regelgeving – voorstel beroepsgroep	Overschrijdingen bij hoge vraag, subjectieve keuzes of hoge administratieve lasten bij afbakenen van vraag

Op basis van onderzoeksrapporten, overige grijze literatuur en de gesprekken met de projectleiders zijn er verschillende specifieke scenario's opgesteld, die aansluiten bij de vigerende bekostigingssystemen.

1. Volledig lumpsumvergoeding (beschikbaarheidsbijdrage), bekostiging/afbakening/uitvoering door onafhankelijk orgaan
2. Volledig subsidiematig vanuit een vooraf beschikbaar gesteld fonds/budget, onderzoek op inschrijving, beoordeling door onafhankelijk orgaan
3. Volledig specifieke DBC in het A segment (c.q. WBMV): maximumtarief bepaald door de NZa
4. Volledig generieke DBC/add-on (DBC B segment): de tarieven worden vastgesteld door onderhandeling tussen verzekeraar en ziekenhuis
5. Combinaties

4. Werkpakket 2: Ontwikkelen criteria en bekostigingsscenario's

Werkpakket 2 heeft als doel de mogelijke criteria voor het bekostigen van topspecialistische functies vast te stellen en te ordenen in bekostigingsscenario's. De visie van verschillende stakeholdergroepen op het opstellen van de criteria, bepalen van de afbakening en manier van bekostiging is relevant vanwege de verschillende belangen die spelen.

Tijdens verkennende gesprekken met de betrokkenen hebben we een eerste beeld gekregen van de beïnvloedende factoren voor de duurzame voortzetting en bekostiging van de door ZonMw geselecteerde projecten. Men is veelal al volop bezig met hoe deze projecten kunnen worden voortgezet na afloop van de huidige TZO-subsidies. De projecten zijn divers waarbij de visies en mogelijkheden voor duurzame voortzetting voor bekostiging (sterk) uiteenlopen.

Kernboodschappen

We hebben 45 personen geïnterviewd en hen bevraagd naar de definitie van topspecialistische functies, knelpunten bij de huidige bekostiging, criteria voor bekostiging en ideeën voor duurzame bekostiging. Hieruit bleek dat er veel variatie is tussen de geïnterviewden wat betreft de definitie, inzet van de middelen van de TZO-subsidie en de knelpunten waar zij tegen aan lopen. Wat ze gemeen hebben is het gebrek aan continuïteit door het ontbreken van een structurele vergoeding. Daarom heeft een bekostiging van de topspecialistische functie met een substantiële lumpsumvergoeding de voorkeur. Op basis van de interviews en de literatuur zijn criteria voor de bekostiging van topspecialistische functies opgesteld. Deze zijn in een werkconferentie nogmaals besproken met de geïnterviewden.

4.1 Methode

Er zijn twee verschillende groepen stakeholders geïnterviewd. De eerste groep bestaat uit stakeholders die betrokken zijn bij de TZO-projecten en de tweede groep uit externe stakeholders. Hiervoor zijn twee interviewguides gebruikt, welke te vinden zijn in Bijlage 3.

Deze bevatten vragen over de volgende onderwerpen:

1. Algemene vragen over uw functie en rol (binnen TZO)
2. Definiëring van Topspecialistische functies
3. Afbakening van Topspecialistische functies (criteria)
4. Knelpunten bij bekostiging van Topspecialistische functies
5. Vormgeving van nieuwe bekostiging
6. Stakeholders die zijn betrokken bij de implementatie
7. Randvoorwaarden en contextuele factoren bij implementatie

We zijn gestart met interviews met de projectbetrokkenen en vervolgens hebben we interviews afgenomen bij andere stakeholdergroepen. In de uitnodigingsmail en tijdens de interviews hebben we gevraagd of er nog aanvullende personen of stakeholdergroepen zijn die we kunnen interviewen. Dit heeft geleid tot 6 aanvullende geïnterviewde personen. De interviews zijn opgenomen,

getranscribeerd en geanalyseerd. De getranscribeerde interviews zijn open gecodeerd met het programma ATLAS.ti en vervolgens thematisch gestructureerd.

4.2 Resultaten

We hebben 45 stakeholders geïnterviewd, verdeeld over 25 interviews. Het gaat om 24 stakeholders die betrokken zijn bij TZO-projecten en 21 externe stakeholders, dit wordt weergegeven in tabel 3. In Bijlage 4 zijn meer kenmerken van de stakeholders gegeven, hierin staan de functies, de gemiddelde leeftijd en de man-vrouw verhouding.

Tabel 3: Respondenten interviews

Stakeholder	Aantal personen geïnterviewd
Project 1. Nieuwe technologieën en beslissingsondersteuning voor verbetering van patiëntwaarde bij drie veelvoorkomende hartaandoeningen. <i>Catharina Ziekenhuis</i> Eindhoven.	2
Project 2. De multidisciplinaire behandeling van het complexe rectumcarcinoom. <i>Catharina Ziekenhuis</i> Eindhoven	3
Project 3. Loopexpertisecentrum: Behandeling van patiënten met complexe loopproblemen. <i>St. Maartenskliniek</i> Nijmegen.	3
Project 4. TSF Hart: een uitgebalanceerde koers voor duurzame, kwalitatief hoogstaande cardiale interventies. <i>St. Antonius Ziekenhuis</i> Nieuwegein.	1
Project 5. Expertisecentrum Interstitiële Longziekten. <i>St. Antonius Ziekenhuis</i> Nieuwegein.	3
Project 6. Een gepersonaliseerd zorgpad voor iedere hersentumorpatiënt. <i>Elizabeth-TweeSteden Ziekenhuis</i> Tilburg	1
Project 7. De Topspecialistische functie Radiotherapie verduurzamen. <i>Maastricht Clinic</i> Maastricht.	4
Project 8. Topspecialistische Brandwondenzorg: Doelmatige zorg op maat. <i>Rode Kruis Ziekenhuis</i> (Beverwijk), <i>Maasstad ziekenhuis</i> (Rotterdam) en <i>Martini ziekenhuis</i> (Groningen)	2
Project 9. Birthscreen: Doelmatige en veiligere geboortezorg door betere monitoring middels elektrofysiologische cardiotocografie. <i>Maxima Medisch Centrum</i> Veldhoven.	2
Project 10. Maatwerk voor de topspecialistische oogheekkundige patiënt. <i>Oogziekenhuis</i> Rotterdam.	3
Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)	2
Zorginstituut Nederland (ZINL)	2
Zorgverzekeraars Nederland	3
Zorgverzekeraars (CZ, VGZ)	3
Vereniging Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen (STZ)	2
Ministerie van Volksgezondheid, Wetenschap en Sport (VWS)	2
Patiëntvertegenwoordiger (Patiëntenfederatie Nederland)	1
Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)	1
Zorgevaluatie & Gepast Gebruik (ZE&GG)	1
Federatie van Medisch Specialisten (FMS)	2
Elizabeth-Tweesteden Ziekenhuis	1
Isala Ziekenhuis	1

Hieronder beschrijven we de resultaten van de interviews. De interviews zijn anoniem getranscribeerd, gecodeerd en vervolgens geanalyseerd. We beschrijven de resultaten aan de hand van de volgende thema's: 1) Definitie topspecialistische functies, 2) Activiteiten, doelen en knelpunten TZO-projecten, 3) Bekostigingsopties en 4) Criteria voor de bekostiging van topspecialistische functies.

4.2.1 Definitie van Topspecialistische functies

De tussenrapportage van het voorgaande TopZorg experiment(2) beschrijft dat de discussie in de zorgsector over de definitie en afbakening van zeer specialistische zorg al jaren speelt. In dit voorgaande rapport werd gesproken over zeer specialistische functies, als overkoepelende term van “topklinische zorg”, “toppreferente zorg” en “zorg voor patiënten met zeldzame aandoeningen”. Hierbij werden zowel umc’s als niet-umc’s geïnccludeerd. De doelstelling van het voorgaande TopZorg experiment was het inzichtelijk maken van de mogelijke meerwaarde van de bekostiging van de combinatie van zeer specialistische zorg en onderzoek in niet-academische ziekenhuizen.

In dit TOVER project spreken we van topspecialistische functies die in niet-umc’s geleverd worden. Dit onderscheidt, exclusie van umc’s, maakt dat er een nieuwe definitie gebruikt wordt. De definitie van een Topspecialistische functie die ZonMw op dit moment gebruikt luidt als volgt: de combinatie van topspecialistische zorg met toegepast (klinisch) wetenschappelijk onderzoek en daaraan gerelateerd onderwijs in een niet-universitair ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

We hebben respondenten gevraagd wat volgens hen de definitie is van topspecialistische functies.

Zorg

Er bestaat veel variatie in wat respondenten beschouwen als topspecialistische zorg. Het gaat hierbij om de complexiteit, de vorm van zorg en het niveau van de zorg.

Ten eerste de variatie in wie of wat complex is. Respondenten noemen een complexe patiënt, een complex(e) zorg(vraagstukken). *“Er is een verschil tussen complexe zorg en complexe patiënten. Mijn beeld van TZO is, dat gaat om complexe zorg en niet per se om complexe patiënten. Dat vind ik ergens ook wel jammer omdat we ook steeds meer complexe patiënten krijgen en daar zou ook aandacht voor moeten zijn in de ziekenhuiszorg. Dus die hele focus op de “fancy” apparatuur en de spannende ingrepen dat moet er ook zijn, maar we moeten vooral ook niet vergeten dat er nog andere zorg nodig is”* (Respondent 15, extern).

Ten tweede bestaat er variatie in de vorm van zorg. Respondenten benoemen dat het gaat om diagnostiek of behandeling. *“Innovatieve vormen van behandeling of diagnosestelling”* (Respondent 4, TZO-project). *“Operatieve behandelingen”* (Respondent 9, TZO-project). Nieuwe diagnostiek en behandeling. Operatie, behandeling, diagnose, interventie. *“Het gaat over interventies die je ergens concentreert maar dat doet in een omgeving waarin je ook reguliere ingrepen kunt doen”* (Respondent 23, extern).

Ten derde bestaat er variatie in het niveau van zorg. Hierbij zit er verschil tussen de TZO-projecten, want bij het ene project bestaat de zorg uit verwijzingen naar de derdelijnszorg terwijl het bij een ander project niet gaat om verwijzingen. Hiermee bedoelen we dat in sommige centra zowel de tweede- en derdelijnszorg geleverd wordt voor dezelfde patiënt. *“We hebben patiënten die proberen wij de best mogelijke zorg te bieden en bij bepaalde functies of iets dergelijks betekent dat dat wij heel erg investeren in het onderzoek en de zorg voor die patiënt, maar de patiënt zelf volgt maar één lijn”* (Respondent 8, TZO-project). Volgens sommige respondenten is topspecialistische zorg derdelijnszorg in een regulier ziekenhuis waarvoor patiënten vaak als *last-resort* naartoe worden verwezen.

Bovenal gaat het om een zekere expertise die aanwezig is. *“Wij hebben hier specialisten in huis die speciale zorg kunnen leveren die niet overal is, dus die vaak geconcentreerd en heel specifiek is”*

(Respondent 5, TZO-project). Expertise die aanwezig kan zijn in tweede- of derdelijnszorg. Ook gaat het om expertise waarvoor vaak verwezen wordt naar een TZO-project. *“We krijgen vaak patiënten verwezen uit umc’s, omdat hiervan oudsher de meeste expertise zit op dit specifieke vakgebied”* (Respondent 7, TZO-project).

Onderzoek

Volgens respondenten gaat topspecialistische zorg altijd samen met onderzoek. *“Dat betekent dat je naast het leveren van excellente zorg, dat je ook onderzoek en innovatie doet op dat deel van de zorg, want jij bent daar koploper in”* (Respondent 5, TZO-project). Onderzoek betreft toegepast klinisch wetenschappelijk onderzoek wat verschilt van het meer fundamentele onderzoek dat gedaan wordt in de academische centra.

Ten eerste gaat het om het onderzoeken van interventies of innovaties. *“Wetenschappelijk onderzoek gericht op het vinden van nieuwe, innovatieve vormen van behandeling of diagnosestelling”* (Respondent 4, TZO-project).

Vervolgens gaat het om het doen van implementatieonderzoek. *“Dat je niet naar één behandeling kijkt, maar kijkt naar ben je een centrum dat highlevel onderzoek doet en dat ook aantoonbaar kan maken en die onderzoeksresultaten implementeert in de praktijk, waardoor de patiënten worden behandeld volgens de allerlaatste inzichten en niet volgens de gewone reguliere protocollen”* (Respondent 7, TZO-project).

Tenslotte gaat het om evaluatieonderzoek van al bestaande interventies. *“Voorlopen in onderzoek doen en ook nieuwe behandelingen aanbieden en kijken hoe behandelingen beter kunnen”* (Respondent 8, TZO-project).

Onderwijs

Alle respondenten benoemen dat topspecialistische zorg en onderzoek met elkaar verbonden zijn. *“Aan al die topspecialistische functies zit wetenschappelijk onderzoek vast en ook een aanstelling als buitengewoon hoogleraar”* (Respondent 6, TZO-project). Onderwijs wordt door respondenten vaak genoemd in combinatie met onderzoek en werd verder niet expliciet gemaakt tijdens de interviews. Daarbij geldt ook dat de TZO-projecten het bekostigen van onderwijs op verschillende manieren hebben ingevuld. *“Volgens mij moet dat (onderwijs) onderdeel zijn van de cultuur, en of dat hele specifieke stuk TopZorg nou een enorme impact op onderwijs heeft, dat hangt denk ik heel erg af van het onderwerp, de breedte en de relevantie”* (Respondent 18, extern).

Wel wordt benoemd dat onderwijs onderdeel is van de kennisdisseminatie. Centra met een topspecialistische functie zijn verantwoordelijk voor het bijscholen en adviseren van zorgverleners in Nederland op hun expertisegebied. *“Zonder onderwijs, dat kan niet, red je het denk ik ook niet, want je moet de kennis hooghouden in de wereld”* (Respondent 4, TZO-project).

Conclusie

Op basis van de interviews hebben we de definitie van een topspecialistische functies aangescherpt, we spreken in het vervolg over de topspecialistische functie die als volgt gedefinieerd is: **zorg voor een specifiek afgebakende complexe patiëntengroep/interventie in een niet-umc, in combinatie met toegepast (klinisch) wetenschappelijk onderzoek en onderwijs.**

Het is moeilijk om een scherpe definitie neer te zetten omdat deze veranderlijk en politiek is. Daarbij heeft ZonMw een ruime definitie gegeven aan topspecialistische functies in het TZO-programma.

Hierdoor is er veel variatie tussen de TZO-projecten. Op het moment dat je de definitie meer afbakt vallen er naar alle waarschijnlijkheid een aantal TZO-projecten buiten de definitie. Wel is het voor beleid nodig dat het mogelijk wordt om functies aan te wijzen als zijnde topspecialistisch, om deze te kunnen koppelen aan de voorwaarden van de bekostiging van deze functies. Om vast te stellen of er sprake is van een topspecialistische functie zijn de criteria van belang. Deze criteria volgen in paragraaf 4.3.

4.2.2 Activiteiten, doelen en knelpunten TZO-projecten

Uit de projectaanvragen blijkt dat er veel variatie zit tussen de activiteiten waar de TZO-projecten de subsidie voor gebruiken. De een besteedt veel aan fysieke infrastructuur, bijvoorbeeld het aanschaffen van apparatuur om patiëntonderzoek te doen, terwijl de ander juist meer besteedt aan personele infrastructuur, het bekostigen van onderzoekspersoneel. Uit de projectaanvragen valt daarnaast op te maken dat de subsidie ook gebruikt zou worden om de meerkosten van zorg te compenseren, onderwijs & ontwikkeling (O&O) te bekostigen en zowel implementatieonderzoek als implementatieactiviteiten te faciliteren. Tijdens de interviews hebben de geïnterviewden de variatie bevestigd. Daarnaast wordt met het kostprijsonderzoek (Werkpakket 3) op basis van aangeleverde data van de projecten de kosten inzichtelijk gemaakt van: 1) onderwijs en kennisdisseminatie; 2) onvergoede beschikbaarheidsfunctie voor verlening topspecialistische zorg; 3) onvergoede meerkosten van verlening topspecialistische zorg; 4) implementatiekosten; 5) onderzoeksprojecten TZO; en 6) structurele kosten onderzoeksinfrastructuur.

Variatie activiteiten en doelen

Sommige TZO-projecten gebruikten de subsidie voor het doen van onderzoek op een hoger niveau en op grotere schaal. Hier zit variatie in het soort onderzoek.

En vindt er implementatieonderzoek plaats. *“Het invoeren van dat soort protocollen nadat je er goed over nagedacht hebt, dat zorgt dan uiteindelijk dat de zorg gewoon beter wordt. Minder complicaties en kortere opnameduur. Kleeft ook vast aan dit project”* (Respondent 7, TZO-project).

Daarnaast wordt er o.a. ook doelmatigheidsonderzoek gedaan, *“het is eigenlijk een onderzoek om de kliniek te verbeteren ... Dat kan tot gevolg hebben dat de afdeling zelf ook doelmatiger gaat functioneren met misschien minder verpleegkundigen die we dan elders kunnen inzetten, dat is een enorme winst”* (Respondent 5, TZO-project).

“Eigenlijk is topzorg meer een soort bevestiging van de bijzondere rol die we hebben maar niet voor ons middel is geweest om die ineens te gaan ontwikkelen. We proberen natuurlijk wel om met de middelen die we via TZO krijgen om rondom die ingrepen die we doen ook onderzoek te doen en goed te kijken wat de effecten van die ingrepen zijn. En dat deden we vroeger ook wel maar met topzorg is het wel zo dat je daar meer gestructureerd naar kan kijken, ook onderzoekers op kan aanstellen en ook goed kan kijken naar meer eindpunten, naar meer dingen wat het uiteindelijk voor de patiënt oplevert. En daar ook beter gestructureerd onderzoek naar kan doen omdat je gewoon meer middelen en menskracht hebt en dat is wat TZO voor ons mogelijk maakt” (Respondent 3, TZO-project).

Sommige projecten gebruiken de TZO-subsidie voor netwerkinfrastructuur. Hierbij wordt geïnvesteerd in nationale samenwerkingen, met expertisecentra en met umc's, en in internationale samenwerkingen. De TZO-subsidie maakt het mogelijk dat projecten *“internationaal een grote rol spelen in de ontwikkeling van deze zorg maar ook van het onderzoek”* (Respondent 4, TZO-project).

Andere projecten gebruiken de TZO-subsidie voor de overhead. *“Met de subsidie is het research affairs bureau uitgebreid om betere ondersteuning te geven aan de onderzoekers”* (Respondent 8, TZO-project). Dit zou kunnen zorgen voor continuïteit in de toekomst. *“Als we nu zorgen dat we via de TZO-subsidie methodieken innovaties bekostigd krijgen en we hebben een sterk research affairs bureau en we hebben een implementatiestrategie die uitgekristalliseerd is, dan worden wij ook sustainabler van onszelf”* (Respondent 8, TZO-project).

Knelpunten

Naast de TZO-subsidie leggen de centra waarin de TZO-projecten plaatsvinden ook een grote eigen bijdrage in. Dit leidt tot verschillende knelpunten.

De tussenrapportage TopZorg heeft eerder onderzoek gedaan naar het bekostigen van topspecialistische functies (2). Destijds werd duidelijk dat de reguliere DOT-systematiek ontoereikend is voor de bekostiging van topspecialistische functies en dat een alternatieve wijze van bekostiging ontbreekt. Dit had er mee te maken dat de Lokale Productiegebonden Toeslag (LPT) werd afgeschaft in 2012. Waarmee het niet langer mogelijk was voor ziekenhuizen om 1 tot 2% van hun omzet te gebruiken als experimenteerruimte. Daarnaast verdwenen volgens de TopZorg-ziekenhuizen de mogelijkheden tot kruissubsidiëring¹ door toenemende transparantie, druk op de tarieven en verdere aanscherping van de DOT's. Andere knelpunten waren de afhankelijkheid van incidentele subsidies, afhankelijkheid van een eigen onderzoeksfonds, artsen die onderzoek doen in hun vrije tijd en artsen in opleiding die een bijdrage leveren.

Ook nieuwe mogelijkheden, zoals innovatiefondsen van zorgverzekeraars, de beleidsregel innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties vanuit de NZa en mogelijkheden van verzekeraars, beroepsverenigingen en ziekenhuizen om bij de NZa een voorstel te kunnen doen voor het aanpassen van DOT's, bleken onvoldoende om topspecialistische functies te blijven bekostigen.

Voor dit project hebben we respondenten gevraagd wat de huidige knelpunten zijn bij het uitvoeren van topspecialistische functies. De reacties van de respondenten hebben we gecategoriseerd in twee onderwerpen: algemene knelpunten en TZO-knelpunten. De algemene knelpunten zijn belangrijk, maar niet specifiek voor de TZO-projecten. Het zijn knelpunten die overal spelen. De TZO-knelpunten zijn wel specifiek voor de centra waarin de TZO-projecten plaatsvinden.

Het grootste en overkoepelende knelpunt is het gebrek aan continuïteit. Het ontbreken van een structurele vergoeding leidt tot onzekerheid. *“Het is een vereiste dat je in onderzoek blijft investeren, omdat anders de erkenning en daarmee het hele kaartenhuis in elkaar zal storten. Het is lastig om onderzoek te financieren op het moment dat je geen financieringsbronnen hebt. En dat is in een notendop de kern waar het wringt”* (Respondent 4, TZO-project). Het gebrek aan structurele bekostiging kan leiden tot onbenut potentieel. *“Dus daarmee minder maatschappelijke waarde creëert dan dat je misschien eruit zou kunnen halen”* (Respondent 18, extern). Verschillende respondenten van TZO-projecten geven aan dat zij de topspecialistische activiteiten waar zij nu mee

¹ Met kruissubsidiëring kon een overschot op de ene behandeling ingezet worden om extra zorg en onderzoek bij een andere behandeling te bekostigen.

bezig zijn mogelijk niet kunnen voortzetten wanneer er geen bekostiging voor is. Er zijn ook externe stakeholders die dit niet zien zitten. *“Ze zijn ook echt naar hun status toegegroeid zonder die hele subsidie. Dus nu zouden ze dat plotseling niet meer kunnen doen omdat ze die subsidie niet krijgen. Dat weiger ik echt te geloven”* (Respondent 22, extern).

Algemene knelpunten

Het binnenhalen van geld voor het doen van onderzoek kost veel mankracht en gebeurt vaak in eigen tijd.

Subsidies zijn tijdelijk, *“Wat ik over de financiering nu vind is inderdaad wel dat ik heel graag naar structurele financiering wil. Want hé, ik spreek nu even vanuit de wetenschap, wat ik gewoon heel veel zie is dat heel veel mooie projecten niet verankerd zijn in het systeem omdat ze toch iets extra’s bieden. Dus het past dan niet in de normale financiering en dan loop je gewoon een groot risico dat er gaten ontstaan, zoals promovendi die dan voor vier jaar zijn aangesteld, zo lang het traject loopt en daarna is er gewoon geen geld meer. Dan spreek ik even uit de breedte, over onderzoeksland in Nederland. Dan zie je toch gewoon dat het heel erg stukt waardoor eigenlijk heel veel mooie projecten geen vervolg krijgen”* (Respondent 13, extern).

Bekostiging vanuit de industrie is een kwetsbare activiteit *“waarvan de scheidslijnen tussen een adequate praktijk en een bedenkelijke praktijk soms ook wel heel dun zijn. Dus dat is eigenlijk vervelend dat je die geldstroom nodig hebt”* (Respondent 20, extern). Het is een goede bron van inkomsten die je kunt gebruiken voor het doen van investigated initiated studies, maar het is in niet altijd wenselijk. *“We hebben natuurlijk best veel implantaatpartijen, of technische innovatiepartijen, die ook weleens onderzoek willen betalen, maar dan is het een hoekje, specifiek voor hun toepassing”* (Respondent 9, TZO-project).

Respondenten benoemen de beperktere mogelijkheid voor het aanvragen van onderzoekssubsidies als niet-umc waardoor je afhankelijk bent van andere organisaties. Dit geeft geen gelijk speelveld met de umc’s. Respondenten geven aan dat het vervelend is om zo afhankelijk te zijn. *“Het gaat mij niet om het geld, maar het gaat me om het feit dat we we gaan nu drie promovendi en een postdoc aanvragen. Een daarvan is een arts-onderzoeker. Die moet dan bij de technische universiteit aangesteld worden, wat heel onlogisch is. Die moet dan vervolgens bij ons komen werken. Dus een van de knelpunten is dat wij als vakgroep deze aanvraag niet zelf mogen doen en dat dit geld dus nooit bij ons binnenkomt. Dat is wel een rem op alles. Dat werkt ook niet altijd heel motiverend. Je kunt je voorstellen dat dat gewoon lastig is. Je bent afhankelijk van anderen, hoe goed onze samenwerking ook is met de technische universiteit”* (Respondent 1, TZO-project). *“Je bent een nationaal erkend expertisecentrum, je zit in internationale netwerken, ik mag alles beoordelen van het *fonds, ik krijg ook elk jaar meerdere voorstellen, beoordeel ik allemaal, maar ik ben geen umc. Dus ik beoordeel of het umc mag uitvoeren”* (Respondent 4, TZO-project).

TZO-knelpunten

Infrastructuur

Sommige respondenten geven aan dat de bekostiging gebruikt wordt voor de personele infrastructuur waar zorgpaden mee strak getrokken worden. *“Hiermee kun je de zorgpaden helemaal strak trekken en dat in je eigen ziekenhuis helemaal zo uitrolt en je er mensen voor hebt om het ook zo te doen. Doordat wij het zo goed voor elkaar hebben nu kunnen we het ook goed uitrollen in andere ziekenhuizen in Nederland”* (Respondent 7, TZO-project). Anderen benoemen dat ze het bekostigen

van personele infrastructuur als een knelpunt ervaren omdat deze oneigenlijk uit de Zvw bekostigd wordt. *“We willen echt een instituut zijn voor de functies die wij hebben dus alles op dat niveau krijgen. Dat krijgen we eigenlijk niet bekostigd door subsidies uit de markt te trekken. Zeker die stafleden etc. worden dan niet bekostigd. Die bekostigen wij dan “stiekem” uit de Zvw waar dat eigenlijk niet de bedoeling is. We hebben hogere prijzen dan gemiddeld maar informeel zal dat er best wel inzitten want we doen die activiteiten wel. Als ze niet uit de andere bekostiging komen worden ze uiteindelijk uit de Zvw betaald. Dat is natuurlijk eigenlijk niet de bedoeling van een Zvw-financiering”* (Respondent 9, TZO-project).

Zorg

“Verzekerde zorg is niet zo’n probleem, daar is geld voor. Alleen als je er onderzoek omheen wilt doen daar is nul budget voor in een niet-umc” (Respondent 3, TZO-project). Waar een aantal TZO-projecten tegen de bekostiging van de meerkosten van topspecialistische zorg aanloopt ervaren andere TZO-projecten hier geen knelpunten in. *“Die kan je niet kwijt in een DBC dus die schiet gewoon tekort. Dus feitelijk betaalt de basiszorg specialistische zorg”* (Respondent 13, extern). Wanneer de bekostiging van topspecialistische zorg tekortschiet betekent dat dit gecompenseerd wordt op een andere manier. *“Deze zorg moet voor ons ziekenhuis gewoon gefinancierd worden uit de grote pot zal ik maar zeggen. Het budget wat wij krijgen voor de medisch specialistische zorg die wij leveren. Dat betekent dat die altijd concurreert met de reguliere tweedelijnszorg”* (Respondent 5, TZO-project).

Onderzoek

“Zorgverzekeraars, dat is in feite de enige structurele financieringsbron van een ziekenhuis, zorgverzekeraars zeggen ja wij mogen niet rechtmatig onderzoek financieren wat niet aan individuele patiënten te koppelen is” (Respondent 3, TZO-project). Voor het bekostigen van onderzoek zijn geen structurele middelen beschikbaar. Het bekostigen van toegepast wetenschappelijk onderzoek gebeurt vanuit subsidies, de industrie en marges van de centra zelf. Doordat een structurele bekostiging voor onderzoek ontbreekt, is het moeilijk om een vaste onderzoeksinfrastructuur op te bouwen.

Onderwijs en opleiding

Het bekostigen van onderwijs en opleiding gebeurt op dit moment nauwelijks. Doordat een bekostiging ontbreekt, wordt onderwijs en opleiding vooral gefaciliteerd met eigen tijd. *“Er zijn echt heel veel dingen die nu echt door de zorgverleners wel gedaan worden in onderwijs en opleiding, maar het is echt heel veel eigen tijd”* (Respondent 2, TZO-project).

4.3.3 Bekostigingsopties

We hebben respondenten gevraagd hoe topspecialistische functies bekostigd zouden kunnen worden. Om de gewenste continuïteit te behalen is structurele bekostiging gewenst. Dit kan met een lumpsumvergoeding of vergoeding vanuit de Zvw. Onderzoekssubsidies zijn onzeker maar zouden wel in combinatie met een andere bekostigingsoptie gebruikt kunnen worden. Per bekostigingsoptie lichten we toe wat er door respondenten over gezegd is.

Lumpsumvergoeding

De meeste stakeholders van de TZO-projecten en ook een aantal externe stakeholders geven aan dat zij het liefst een lumpsumvergoeding zouden willen zien die los staat van de hoeveelheid zorg die geleverd wordt, vergelijkbaar met de huidige beschikbaarheidsbijdrage voor academische centra. *“Ik zou heel sterk willen pleiten voor een beschikbaarheidsbijdrage en een component. Dus af van de*

projectfinanciering omdat dat toch elke keer weer een onzekerheid brengt van: hé, mogen we wel weer verder? Dus ook zeg maar het menselijk aspect voor de promovendi, voor de opleiders. Dus ik zou heel graag willen naar een structurele financiering en ik zou er dan aan denken om daar een beschikbaarheidsbijdrage of een component voor te organiseren” (Respondent 13, extern).

“Ik denk dat het uiteindelijk het meest behulpzaam zou zijn voor zo’n centrum als je ook zou kunnen beschikken over een soort van beschikbaarheidsfinanciering die niet te relateren is aan individuele patiënten. Eigenlijk gewoon bijna vergelijkbaar met hoe die beschikbaarheidsbijdrage voor academische ziekenhuizen uitpakt. In feite vind ik dit gewoon academische zorg die dan toevallig van oudsher is gepland in een niet-academisch ziekenhuis” (Respondent 4, TZO-project).

De respondenten die een voorkeur voor een lumpsumvergoeding hebben geven aan dat een lumpsumvergoeding niet alle kosten hoeft te dekken. *“We hoeven niet alles vergoed te krijgen, maar steel dat je structureel een miljoen of anderhalf miljoen nodig hebt op jaarbasis en je zou uit een soort beschikbaarheidsfonds een half miljoen of driekwart miljoen krijgen, daarmee kun je wel weer vooruit”* (Respondent 7, TZO-project). Wel kan met deze lumpsumvergoeding vaste onderzoeks- en opleidingsinfrastructuur bekostigd worden. Hierbij gaat het om een vaste fysieke infrastructuur, zoals labs; personele infrastructuur, onderzoekers die vast in dienst zijn; netwerkinfrastructuur, multicenter overleggen; en overhead, administratieve taken die zorgen *“dat het ook wat breder in het huis land”* (Respondent 18, extern). *“Dat niet alleen je administratieve lasten maar ook je O&O kosten gedekt worden, dat je in ieder geval weet dat dat stukje opgepakt kan worden en dat je niet steeds tijdelijke medewerkers hebt die steeds vervangen worden”* (Respondent 8, TZO-project).

Er zijn respondenten, externe stakeholders, die vinden dat een lumpsumvergoeding minder geschikt is. *“Het is eigenlijk een soort last-resort-manier die je wilt doen. Eigenlijk wil je gewoon dat het via de reguliere gang gaat en dat zou gewoon zijn via de zorgverzekeraars. Als dat niet lukt dan heb je volgens mij nog een paar andere mogelijkheden. Als dat dan niet lukt, dan is eventueel een beschikbaarheidsbijdrage iets waaraan gedacht kan worden. Nou daar moeten we echt hele goede redenen voor zijn wil je dat doen. Gewoon dat het veel werk is en je geeft gewoon een vast soort bedrag. Dat bedrag haal je eigenlijk uit de markt, dus dat wil je eigenlijk het liefst gewoon niet doen”* (Respondent 14, extern). Ook wordt benoemd dat een onderzoeksinfrastructuur hoort bij de umc’s en dat niet-umc’s eerder moeten samenwerken met umc’s dan dat ze een eigen bekostiging krijgen. *“Als je zegt van dat je echt een samenhangende onderzoeksinfrastructuur wilt hebben in Nederland, waarbij we gewoon umc’s hebben die deze taak hebben, dan moet je ook die bekostiging in samenhang zien”* (Respondent 22, extern).

Vergoeding van topspecialistische zorgverlening vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw)

Respondenten benoemen dat het moeilijk is om topspecialistische functies vanuit de Zvw te bekostigen. Vanuit de Zvw kan enkel zorg bekostigd worden die bewezen effectief is. Een van de respondenten benoemt dat hier het verschil tussen de TZO-projecten weer naar voren komt. Sommige TZO-projecten zijn al ‘bewezen’, *“dat is anders dan bij een aantal andere TZO-projecten waar je misschien nog veel meer een early adapter probleem hebt of een innovators probleem hebt op het moment dat het gaat over zorg die nog niet de stand van wetenschap en praktijk heeft getoetst en nog niet in een declaratie of in ieder geval een DBC-systeem is opgenomen”* (Respondent 4, TZO-project). Daarnaast is het met de huidige wetgeving niet mogelijk om onderzoek en onderwijs vanuit de Zvw te bekostigen.

Ook om de hogere kosten van een complexe patiënt te dekken zouden de DBC-DOT's verruimd kunnen worden. *“Je zou je kunnen afvragen of je voor een *patiënt in een tweedelijns setting dezelfde DBC moet hanteren als een patiënt in een tertiaire setting, want de zorgvraag is dermate veel complexer dat je een bovengemiddelde tijdsinspanning nodig hebt om die patiënt te kunnen behandelen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft dat nu in een prestatie gegoten. Nou, dat kun je pragmatisch oplossen door te zeggen, nou, op het moment die patiënt in een *centrum wordt behandeld dan spreken we daar een bovengemiddeld hoog tarief af”* (Respondent 4, TZO-project). Sommige respondenten betwijfelen of dat zinvol is, omdat volgens hen de DBC-DOT-financiering per ziekenhuis in financiële zin geen voordelen biedt. Wanneer de DBC-DOT voor een bepaalde zorggroep verruimd zou worden kan dat ten koste gaan van financiering van een andere zorggroep.

Daarnaast is dit een lang proces. *“Voordat er nu eindelijk een richtlijn komt en voordat het in een DBC versleuteld is, dat duurt heel lang. Wij zijn nu alweer met nieuwe dingen bezig, maar die zitten natuurlijk nog niet in een DBC. Die nieuwe dingen, die komen misschien over vijf, zes, zeven jaar een beetje in beeld en gaan dan langzamerhand in de zorg worden versleuteld. Ja, hoe zorg je er dan voor dat je de afdelingen die vooruitlopen op de troepen toch een bekostiging geeft om te zorgen dat die zorg efficiënter en beter wordt. Ja, dan denk ik als je het in DBC versleutelt, dat je eerder zegt oké, het is nu inderdaad zorg geworden uiteraard gaan we dan vergoeden, maar hoe vergoed je dan de partijen die eerder daar hun tijd en energie in hebben gestoken”* (Respondent 1, TZO-project).

Subsidies

Zoals respondenten aangaven is het gebrek aan continuïteit het grootste knelpunt. Subsidies zijn tijdelijk en zorgen voor onzekerheid. *“Alleen het allerlastigste van subsidies is dat het tijdelijk is, dus je kan niet investeren in de toekomst. Dat is waar je nu wel tegenaan loopt, maar als je kijkt naar wat we voor een subsidie krijgen en wat voor een activiteiten, tijd en investering het heeft gekost dan is het financieel niet die oplossing”* (Respondent 10, TZO-project).

Voor gedegen onderzoek is een goede onderzoeksinfrastructuur nodig en is het belangrijk om de eenmaal ontwikkelde kennis te behouden. Volgens de respondenten is er met tijdelijke subsidies een risico dat deze infrastructuur en kennis op den duur verloren gaan. Aan de andere kant vinden respondenten het ook belangrijk dat er met het verstrekken van bekostiging voor topspecialistische functies kritisch naar de projectvoorstellen gekeken kan worden, er onderwerpen gekozen kunnen worden die maatschappelijk gezien belangrijk zijn en dat de bekostiging regelmatig geëvalueerd wordt op een goede besteding en gewenste resultaten. Met een subsidieregeling kan in beginsel in deze wensen goed voorzien worden. De voorkeur van de respondenten ligt dan wel bij vormen van langlopende subsidies die toch voor een bepaalde continuïteit zorgen en daarmee het aantrekken en behouden van personeel bevorderen.

Meerdere respondenten schetsen een oplossing van een beschikbaarheidsbijdrage voor topspecialistische functies met subsidie-achtige voorwaarden. Dus niet een redelijk vrij te besteden beschikbaarheidsbijdrage zoals de umc's ontvangen, maar een bekostiging voor een bepaalde onderzoekslijn of een bepaald type patiënt.

Combinatie

Eenzijds benoemen respondenten dat topspecialistische zorg, onderzoek en onderwijs onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Anderzijds kan elk van de drie punten ook apart bekostigd worden. *“Of je gaat inderdaad op zoek naar een mix, dat je een bepaalde ondergrens nodig hebt om continuïteit te*

hebben en dat je dat in een beschikbaarheidsbijdrage doet en dat je daarnaast iets met subsidies of DBC-opslagen doet om inderdaad wel die zekerheid in te bouwen dat er ook echt iets gebeurt en dat je ook resultaten ziet van de financiële bijdrage die je vanuit de overheid doet” (Respondent 8, TZO-project).

De complexe zorg zou bekostigd kunnen worden met een verruiming van de DBC-DOT's. Het uitvoeren van tijdelijk onderzoek, projecten, zou bekostigd kunnen worden met subsidies. Waarbij subsidies het doen van sterk toegepast wetenschappelijk onderzoek juist zouden stimuleren omdat dit uitdaagt om een goed voorstel te doen. Hierdoor worden goede en maatschappelijk relevante voorstellen geselecteerd, gemonitord en geëvalueerd. Het onderwijs en de infrastructuur voor het onderzoek zouden bekostigd kunnen worden met een lumpsumvergoeding. Deze kan besteed worden aan het aanstellen en behouden van fysieke en personele infrastructuur met daarbij het borgen van kennis disseminatie.

4.3.4 Criteria voor de bekostiging van topspecialistische functies

Op basis van de interviews, tussentijdse feedback van respondenten en de literatuurstudie hebben we een aantal criteria opgesteld voor de bekostiging van topspecialistische functies. Zoals in paragraaf 4.3.1 beschreven is een set van criteria nodig voor beleid. Aan de hand van deze criteria kan worden vastgesteld welke centra topspecialistische functies in huis hebben die bekostigd dienen te worden. We lichten in verschillende stappen toe hoe we tot de criteria zijn gekomen.

Stap 1: Criteria op basis van de literatuur, werkpakket 1

Uit de literatuurstudie van werkpakket 1 zijn een aantal criteria en (rand)voorwaarden van topspecialistische functies naar voren gekomen. Deze zijn te vinden in tabel 1, paragraaf 3.2. Deze nemen we verder mee om de criteria voor de bekostiging van topspecialistische functies op te stellen.

Stap 2: Vergelijken van criteria met al bestaande sets van criteria

Verschillende respondenten gaven aan dat we eerst eens naar bestaande criteria moeten kijken voordat er nieuwe criteria opgesteld worden. Hierbij wordt gesuggereerd dat het speelveld, en daarmee de criteria, gelijktrekken een optie is. Sets van criteria die genoemd werden zijn: de criteria van ZonMw die voor de huidige TZO-projecten gebruikt werden, de criteria voor de Beleidsregel Beschikbaarheidsbijdrage Academische Zorg (BBAZ), de criteria van de Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen (STZ) en de criteria van de ExpertiseCentra voor Zeldzame Aandoeningen (ECZA). We hebben deze criteria naast de criteria uit de literatuur gelegd en met elkaar vergeleken. Deze criteria worden weergegeven in Bijlage 5.

Aan enkel de BBAZ- & ZonMw zit bekostiging verbonden. De reden dat niet aan al deze criteria een bekostiging vast zit maakt dat we een nieuwe set van criteria voor de bekostiging van topspecialistische functies hebben opgesteld, waarbij sommige criteria overeenkomen met reeds bestaande criteria. Overeenkomsten zijn onder andere dat de zorg complex en multidisciplinair is, het doen van toegepast wetenschappelijk onderzoek essentieel is en het betrekken van de patiënt bij het proces belangrijk is.

Stap 3: Criteria op basis van de interviews

We hebben respondenten de vraag gesteld aan welke criteria topspecialistische functies moeten voldoen voordat ze bekostigd worden. De criteria kunnen op het niveau van het centrum of de patiëntengroep/interventie liggen. Respondenten hebben een aantal criteria benoemd binnen de onderwerpen zorg, onderzoek, onderwijs en organisatie.

Zorg

Respondenten geven aan dat er sprake moet zijn van zorg die complex, zeldzaam of multidisciplinair is. *“Wij hebben hier specialisten in huis die speciale zorg kunnen leveren die niet overal is, dus die (vaak) geconcentreerd is en die heel specifiek is ...Ik denk dat je dat kan ophangen aan de kwaliteit van expertise die je hebt en aan de ernst van de aandoening, of de frequentie van de ernst van de aandoening, als het een zeldzame ziekte is”* (Respondent 5, TZO-project).

Daarnaast wordt door verschillende respondenten aangegeven dat er sprake moet zijn van een bovenregionale of landelijke taak omdat het centrum de expertise heeft voor deze unieke zorg. *“Dus dat is superspecialistische zorg waar mensen eigenlijk vanuit heel Nederland voor komen hé, omdat je dat hier hebt, dus is eigenlijk een superregionale zorg die je levert”* (Respondent 5, TZO-project).

Ook wordt aangegeven dat het betrekken van patiënten, patiëntenorganisaties bij de zorg belangrijk is. *“Heb regelmatig contact met een patiëntenorganisatie over de zorg en liefst ook aantoonbaar maken. Dus is er een verslag van het gesprek en wat verander je dan naar aanleiding van het gesprek dat je hebt met de patiëntenorganisatie”* (Respondent 21, extern).

Verschillende respondenten geven daarnaast aan dat deze zorg altijd beschikbaar moet zijn en niet aan één arts moet mogen hangen. *“Dat het team van artsen vierentwintig uur per dag, zeven dagen in de week die zorg kunnen leveren, ten alle tijden”* (Respondent 5, TZO-project).

Ten slotte wordt door één respondent benoemd dat er sprake moet zijn van zorg die kan renderen. *“Misschien is dat ook wel een aardig criterium, om eens te kijken naar industrieën. In hoeverre de industrie zegt van ‘Nou, zo’n proces kan ik optimaliseren’, of de devices of infrastructuur die daar gebruikt wordt is interessant voor industrieën omdat ze zeggen van ‘Dat kunnen we vergroten, daar kan een verdienmodel van gemaakt worden’”* (Respondent 23, extern).

Onderzoek

Respondenten geven aan dat er sprake moet zijn van gedegen onderzoek. *“Dat als je aan onderzoek geld besteedt dat het internationaal moet, het moet relevant zijn en het moet ook dusdanig kwalitatief goed opgezet zijn dat het ook duurzaam is. Dat niet halverwege zo’n project strandt omdat het houtje-touwtje in elkaar zit”* (Respondent 19, extern). Het onderzoek moet gaan over maatschappelijke impact, maar *“ook de verbetering van de kwaliteit van de zorg, versterken van innovatie en wetenschappelijk output”* (Respondent 18, extern).

Voor het doen van gedegen onderzoek noemen verschillende respondenten een minimaal patiëntvolume waar sprake van moet zijn. *“Je hebt wel een bepaalde expertise nodig maar ook een bepaald patiëntvolume om bepaald onderzoek te doen. Zeker klinisch toepasbaar wetenschappelijk onderzoek moet je op een bepaalde schaal kunnen doen wil je daar goede antwoorden op krijgen”* (Respondent 3, TZO-project). Uit de interviews komt niet naar voren hoe groot dit patiëntvolume dan precies moet zijn.

Ook vinden verschillende respondenten dat er onderzoek gedaan moet worden naar patiëntervaringen. *“Dat criterium van patiëntervaringen structureel meten, vaste momenten met een vaste lijst onder het grootste deel van de populatie, dat is een hard criterium”* (Respondent 21, extern).

Ten slotte vinden veel respondenten dat de wetenschappelijke output gemeten moet worden. *“Dat je een aantoonbaar wetenschappelijk trackrecord hebt, dat je aantoonbaar daarin innovaties*

doorvoert" (Respondent 6, externe stakeholder). Dat kan via *"klassieke parameters, in termen van citaties of de impact van een publicatie"* (Respondent 20, extern).

Onderwijs

Voor bekostiging van topspecialistische functies moet er ook bijgedragen worden aan de verspreiding van kennis vinden veel respondenten. *"Ik vind dat je een taak hebt, net als de academie, om je kennis niet voor je te houden en niet te zeggen, ik ga zorgen dat ik een topcentrum word. Nee, je moet die kennis delen, dus dat vind ik echt ook een criterium"* (Respondent 8, TZO-project).

Deze verspreiding van kennis kan zowel binnenshuis, interdisciplinaire opleiding als buitenshuis zoals op nationale en internationale congressen.

Onderwijs wordt door respondenten vaak in één zin genoemd met onderzoek. *"Artsen die geen onderzoek doen en geen onderwijs geven, dat zijn voor zeldzame ziekten geen goede artsen omdat daar nog zoveel te ontwikkelen is. Omdat je daar zo'n goed internationaal netwerk voor nodig hebt dat dat eigenlijk alleen maar gebeurt als je ook onderwijs en onderzoek doet, want anders dan kom je dat netwerk niet in. Dan kan je alleen maar een vraag stellen aan iemand waar je iets van gelezen hebt, maar als je zelf niet publiceert en zelf geen lezingen houdt, dan zit je niet in het juiste netwerk om deze juiste zorg te geven"* (Respondent 4, TZO-project).

Organisatie

Als vierde benoemen we organisatie, waarmee bedoeld wordt dat bepaalde zaken aanwezig dienen te zijn in het centrum waar de topspecialistische functie present is.

Respondenten geven aan dat het centrum al geïnvesteerd moet hebben in o.a. de infrastructuur voor de topspecialistische functie voordat deze bekostigd wordt. *"Die infrastructuur moet er op de een of andere manier al zijn, zoals reguliere financiën dat moet je niet met incidentele middelen dekken. Daar zijn die ziekenhuizen zelf ook verantwoordelijk voor om geld vrij te maken of de afspraak te maken met zorgverzekeraars of daar ruimte voor aanwezig is"* (Respondent 23, extern).

Daarnaast moet de organisatie processen voor innovatie inrichten en moet de organisatie op ontwikkeling zijn ingesteld. *"Dus het moet onderdeel worden van een cultuur zodat de tijd en ruimte ook intern wordt geregeld"* (Respondent 12, extern).

Tenslotte moet de topspecialistisch functie in het centrum geborgd worden door de organisatie. *"Het moet ook wel een beetje in de haarvaten van het ziekenhuis zitten om op die manier te werken, denk ik dan uiteindelijk. Want dan mag zo'n traject natuurlijk ook niet hangen op het aanwezig zijn en vervolgens vertrekken van één zo'n iemand die de drive heeft om dit soort dingen te doen"* (Respondent 18, extern).

Stap 4: Criteria toetsen tijdens de werkconferentie

De criteria die respondenten noemden tijdens de interviews zijn vergeleken met de criteria van de literatuurstudie en reeds bestaande criteria. Op basis hiervan hebben we een eerste versie opgesteld voor de criteria. Deze conceptcriteria hebben we gepresenteerd tijdens een werkconferentie waar de respondenten voor waren uitgenodigd. Naar aanleiding van de discussie tijdens de werkconferentie zijn de criteria verder aangescherpt. Vervolgens hebben we deze conceptcriteria opnieuw aan de deelnemers van de werkconferentie voorgelegd waarbij zij opnieuw de mogelijkheid hadden om hun feedback te geven. Deze feedback is verwerkt tot een herziene set. Niet alle punten hebben we

kunnen verwerken aangezien ze tegenstrijdig waren met andere punten. Hieronder lichten we een aantal van de punten toe die niet zijn meegenomen in de set van criteria.

Tijdens de interviews is de 'bovenregionale functie' ook genoemd als mogelijke criterium. We hebben naar aanleiding van de discussies tijdens de werkconferentie besloten dit criterium niet mee te nemen in de lijst. Het aantonen van een bovenregionale functie is ondoenlijk doordat het lastig is om bovenregionaal te definiëren en te meten. Daarnaast werd tijdens de werkconferentie aangegeven dat een centrum ook zonder bovenregionale functie topspecialistisch kan zijn. Wel is het aantoonbaar bestaan van 'tertiaire verwijzingen' opgenomen als criterium.

Daarnaast hebben we de criteria deels gebaseerd op bestaande criteria, zoals de BBAZ-criteria en de ECZA-criteria. Deze bestaande criteria zijn niet één op één over te nemen omdat ze niet passen bij de huidige TZO-projecten. De BBAZ-criteria zijn specifiek voor de umc's en met name het criterium complexe zorg is te streng voor de huidige TZO-projecten. Voor de ECZA-criteria geldt dat hier momenteel geen financiering aan vast hangt, terwijl dit voor de te ontwikkelen criteria in de projecten wel het geval is.

Tijdens de werkconferentie is de coördinerende rol die het centrum heeft vanuit de topspecialistische functie besproken. In een eerste versie van criteria werd gesteld dat het centrum moet kunnen aantonen dat zij het zorgaanbod binnen de gehele keten voor de specifieke aandoening coördineert. Tijdens de werkconferentie kwam naar voren dat dit onmogelijk is omdat er vaak meerdere aanbieders zijn in het gebied van deze specifieke aandoening. Ditzelfde geldt voor invloed op het aanpassen van landelijke richtlijnen. Daarom is de keuze gemaakt om dit criterium te richten op het aantonen van een bijdrage aan het professionele netwerk en samenwerkingsverbanden voor deze specifieke functie.

De criteria

In tabel 4 worden de criteria voor de bekostiging van topspecialistische functies weergegeven die we op basis van bovenstaande stappen hebben opgesteld. In kolom staan de criteria, aan elk van deze criteria moet voldaan worden. In kolom 2 volgt de toelichting. In kolom 3 staat beschreven hoe de criteria geoperationaliseerd kunnen worden

Tabel 4: Criteria voor de bekostiging van topspecialistische functies

criterium	Niveau van beoordeling	Toelichting	Operationalisatie
1) Toegepast wetenschappelijk onderzoek	Patiënten-groep	Het centrum evalueert, innoveert en verbetert zorg met toegepast wetenschappelijk onderzoek. Daarbij zorgt het centrum voor een onderbouwing van de hypothese waarom de topspecialistische functie bij de patiëntengroep/interventie aantoonbaar meerwaarde kan hebben	Het centrum richt zich op de ontwikkeling van betere interventies, het centrum zet toegepast wetenschappelijk onderzoek in om topspecialistische zorg te evalueren, te innoveren en te verbeteren. En voor de onderzoeksvragen een onderbouwing van de hypothese waarom de topspecialistische functie bij deze patiëntengroep/interventie aantoonbaar meerwaarde kan hebben. Bijvoorbeeld dat dit bijdraagt aan de effectiviteit (inclusief mortaliteit en morbiditeit) en eventueel aan een of meer van de volgende dimensies (efficiëntie, tijdigheid, toegankelijkheid (en veiligheid en patiëntgerichtheid)
2) Complexe zorg	Patiënten-groep	Het betreft een complexe patiëntengroep in het centrum. De patiëntengroep is complex wanneer er sprake is van een zeldzame/complexere interventie, tertiaire verwijzing of multimorbide patiënt	<u>Sub-criteria</u> <ul style="list-style-type: none"> • Zeldzame/complexere interventie of multimorbide patiënt (3 of meer poortspecialismen) • Tertiaire verwijzing
3) Coördinerende rol	Centrum/Vakgroep	Het centrum heeft een coördinerende rol binnen de gehele keten voor de specifieke functie	<u>Sub-criteria:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Aantoonbare bijdrage aan professioneel netwerk binnen de gehele keten voor de specifieke functie • Bovenregionale rol: samenwerken met andere zorgaanbieders (landelijk of regionaal)
4) Beleid en strategie	Centrum	Binnen het centrum is de gehele topspecialistische functie meegenomen in het beleid en de strategie	Het centrum moet kunnen aantonen dat de gehele topspecialistische functie (domeinen zorg, onderzoek en onderwijs) opgenomen is in het beleid en de strategie van het centrum. Dit beleid uit zich in erkenning van RvB/medische staf middels concrete beschrijving in strategische beleidsplannen, budget dat wordt gereserveerd of (structurele) investering in infrastructuur voor de topspecialistische functie. Daarnaast heeft het centrum aantoonbare investeringen gedaan voor de infrastructuur voor onderzoek en behandeling van de topspecialistische functie in de afgelopen 5 jaar
5) Capaciteit	Centrum	Het centrum borgt de capaciteit van zorg, onderwijs en onderzoek, zodat de topspecialistische functie duurzaam verleend wordt	<u>Sub-criteria:</u> <i>Zorg:</i> Aantoonbare continuïteit van de topspecialistische zorg op het gebied van menskracht en infrastructuur <ul style="list-style-type: none"> • Er zijn minimaal twee medisch specialisten betrokken bij de topspecialistische functie.

			<p><i>Onderwijs:</i> Aantoonbare continuïteit van het topspecialistische onderwijs op het gebied van menskracht en infrastructuur hetgeen zich uit in:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tenminste één hoogleraar dient verbonden te zijn aan de topspecialistische functie <p><i>Onderzoek:</i> Aantoonbare continuïteit van het topspecialistische onderzoek op het gebied van menskracht en infrastructuur hetgeen zich uit in:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minimaal 3 PubMed vermeldingen in een periode van 5 jaar van onderzoek naar de topspecialistische functie • Aantoonbare continuïteit van het topspecialistische onderzoek op het gebied van menskracht en infrastructuur
6) Kennisoverdracht	Centrum	Het centrum draagt zorg voor opleiding en overdracht van kennis naar experts van multidisciplinaire team, voorlichting en deskundigheidsbevordering van externen	<p>Intern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opleiden (nieuwe) experts multidisciplinaire team <p>Extern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkeling zorgstandaarden en verspreiding hiervan op het gebied van de topspecialistische functie • Het centrum is betrokken bij of vertegenwoordigd in de richtlijnencommissie of andere relevante commissie waarin medisch beleid wordt bepaald van de betreffende Nederlandse of Europese beroepsvereniging • Voorlichting en deskundigheidsbevordering op het gebied van de topspecialistische functie • Het centrum organiseert minimaal één (inter)nationaal congres/symposium op het gebied van de topspecialistische functie per 2 jaar • Samenwerking met een opleider buiten het centrum
7) Samenwerking met patiënten-organisaties	Centrum	Het centrum werkt samen met patiënten(organisaties) binnen zorg en onderzoek	<p>Het centrum moet aantonen dat er voor de domeinen zorg en onderzoek samengewerkt wordt met patiënten.Hetgeen zich uit in:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Periodiek overleg en afstemming met patiëntenorganisatie • Achterban- en info bijeenkomsten met patiëntenorganisatie

5. Werkpakket 3: Empirisch kostenonderzoek

Werkpakket 3 heeft als doel om de kosten van topspecialistische functies te analyseren en om aanbevelingen te doen over structurele bekostiging van topspecialistische functies. Hiervoor is nodig om te inventariseren welke kosten horen bij een topspecialistisch functie en welke bekostigingsvorm daarbij past.

Kernboodschappen

Het kostprijsonderzoek laat een grote variatie zien in de uitgavenpatronen tussen centra, waarbij sommige centra relatief veel uitgeven aan onderzoek, andere centra relatief veel ter dekking van de vaste onderzoeksinfrastructuur, en andere centra relatief veel ter dekking van niet-vergoede topspecialistische zorglevering. Daarnaast leggen alle centra nog eigen middelen in om de kosten te dekken die niet worden vergoed door reguliere bekostiging of door bekostiging vanuit de subsidie, hierbij is ook een grote variatie tussen de centra. De verschillende categorieën van kosten vragen om verschillende manieren van bekostiging.

Volgend uit het kostprijsonderzoek lijkt, voor een duurzame bekostiging, een combinatie van bekostigingsvormen wenselijk omdat één bekostigingsvorm niet alle verschillende kostenvormen tegelijkertijd kan dekken. Hierbij gaat het om een combinatie van de volgende complementaire bekostigingsvormen: 1) een substantiële lumpsumvergoeding die een vaste onderzoeksinfrastructuur dekt; 2) onderzoekssubsidies waarmee onderzoeksprojecten bekostigd worden; en 3) een vergoeding van topspecialistische zorgverlening vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Hierbij kan ook nog een keuze gemaakt worden tussen specifieke of generieke bekostiging. De hoogte van de subsidie of vergoeding kan generiek zijn, waarbij het gemiddelde van de centra wordt aangehouden, of specifiek, waarbij de daadwerkelijke hoogte per centrum wordt genomen.

5.1 Bekostiging van topspecialistische functies in niet-academische centra

Zorg in niet-academische centra wordt vrijwel volledig vergoed door DBC-DOTs (Diagnose-behandelcombinaties (DBC) op weg naar transparantie). Er zijn ongeveer 4000 verschillende DBC-DOTs voor de medisch-specialistische zorg gedefinieerd op basis van de gestelde diagnose en bepaalde verrichtingen. De DBC-DOT is vrij generiek; verschillende soorten behandeltrajecten van verschillende patiënten vallen onder één DBC. Centra die een relatief 'zware' patiëntpopulatie hebben met ernstige klachten, waarbij relatief veel of dure verrichtingen nodig zijn, maken meer kosten per DBC-DOT. Binnen de DBC-systematiek zijn twee segmenten te onderscheiden: DBC-A en DBC-B. DBC-A betreft specifieke verrichtingen waar vaak een aanwijzing voor nodig is onder de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV). Niet alle centra mogen DBC-A verrichtingen uitvoeren. De NZa stelt de maximumtarieven voor deze verrichtingen vast. In theorie mogen zorgverzekeraars onderhandelen over de tarieven, maar in de praktijk is het prijsverschil beperkt. Mogelijk dat verzekeraars wel afspraken maken over de jaarlijkse volumes binnen het DBC-A segment. De prijzen van een DBC in het B-segment zijn vrij onderhandelbaar; centra onderhandelen met zorgverzekeraars over de prijzen van een verrichting en vaak ook over de hoogte van het jaarlijks budget. De DBC-vergoedingen zijn formeel bedoeld voor het leveren van zorg in het kader van de zorgverzekeringswet (Zvw); in de praktijk wordt het overgrote deel van de ziekenhuisuitgaven uit de Zvw vergoed, inclusief de gebouwen, facilitaire diensten, en eventueel topklinisch onderzoek. Naast vergoedingen vanuit het DBC-A- en B-segment, kunnen niet-academische centra in sommige gevallen aanspraak maken op specifieke subsidies en

beschikbaarheidsbijdragen vanuit de Zvw, bijvoorbeeld een beschikbaarheidsbijdrage voor spoedeisende hulp in afgelegen gebieden of een beschikbaarheidsbijdrage voor brandwondenzorg.

Verschil tussen bekostiging en financiering

Een adequaat bekostigingssysteem leidt niet noodzakelijk tot adequate financiering van topspecialistische functies. De financiering is bijvoorbeeld ook afhankelijk van de budgetonderhandelingen met zorgverzekeraars. Als een nieuwe bekostigingsvorm door zorgverzekeraars wordt gecompenseerd door kortingen op het totaalbudget, dan blijft een financieringsprobleem op macroniveau bestaan. Dit effect is het grootst voor DBC's in het B-segment, waar veel centra plafondafspraken hebben gemaakt met zorgverzekeraars (omzetplafond of aanneemsom). Indien deze plafondafspraken niet worden aangepast aan additionele declaraties van een topspecialistische-DBC, dan komen er geen extra middelen voor topspecialistische zorg vrij en blijft het centrum met een financieringsprobleem zitten. Bij een DBC in het A-segment is dit probleem iets minder groot, omdat hier doorgaans minder prijsafspraken over worden gemaakt. In veel gevallen vallen deze uitgaven echter nog steeds onder de plafondafpraak. Voor add-ons dure geneesmiddelen worden doorgaans aparte budgetten afgesproken met nacalculatie, waardoor hierbij minder sprake is van verdringing van budget. Geldstromen buiten de Zvw om, zoals onderzoekssubsidies of de beoogde lumpsumvergoeding van vaste onderzoeksinfrastructuur hebben minder kans op verdringing binnen het budget. Deze verdringingseffecten vallen buiten WP3, maar worden meegenomen bij de afwegingen rondom implementatie. In theorie kunnen centra een deel van de verdringingseffecten compenseren op het moment dat aanwijzing van centra met topspecialistische functies de relatieve marktmacht van centra in onderhandelingen met zorgverzekeraars vergroot, met een positief effect op het budgetplafond. Dit effect valt echter buiten deze analyses.

Ook kunnen interne budgetverdelingen een wig slaan tussen bekostiging en financiering. Extra (topspecialistische) declaraties leiden namelijk niet direct tot meer geld op afdelingsniveau. Dit wordt gemedieerd door onderhandelingen op afdelingsniveau van de centra. In theorie kunnen extra inkomsten door topspecialistische functies worden afgeroomd door het ziekenhuis en ingezet voor bijvoorbeeld zorglevering in andere afdelingen. Deze mogelijkheid wordt onderzocht rondom implementatie van bekostigingssystemen, maar valt buiten de analyses van WP3.

In de literatuur zijn geen bruikbare eerdere onderzoeken naar de kostenstructuur van topspecialistische functies gevonden en bestaande methodieken rondom kostprijsonderzoek zijn niet goed bruikbaar voor deze complexe vraagstelling. Daarom is een nieuwe methode ontwikkeld die recht doet aan grote variatie tussen de TZO-projecten en verschillende knelpunten die worden ervaren. Hierbij zijn drie stappen doorlopen: 1. Verschillende categorieën van kosten van topspecialistische functies zijn onderscheiden; 2. TZO-projecten inventariseren per categorie welke uitgaven door de TZO-subsidie worden gedekt en welke uitgaven niet worden gedekt door bestaande financiering; 3. Per categorie worden gemiddelde uitgaven van de tien TZO-projecten weergegeven en wordt gesimuleerd in welke mate de verschillende bekostigingsvormen deze kosten dekken. Deze stappen worden hieronder in detail beschreven.

5.2 Onderscheiden van categorieën van kosten

Om meer grip te krijgen op de kosten die worden gemaakt in het kader van topspecialistische functies zijn verkennende gesprekken gevoerd met de betrokkenen van de TZO-projecten. Hiervoor hebben we 29 projectleiders en medewerkers van de zorgadministratie/businessanalisten gesproken van de

tien centra die een TZO-subsidie hebben ontvangen. In de gesprekken is gevraagd wat voor soorten uitgaven de centra maken om topspecialistische functies te leveren die niet worden vergoed in de reguliere bekostiging. De antwoorden zijn verzameld en ingedeeld in verschillende kostencategorieën op basis van gelijkenissen in de functie en kostenstructuur (vast/flexibel). Op basis van de gesprekken zijn zes categorieën van topspecialistische funktiekosten te onderscheiden, die in variërende mate terugkomen in de TZO-projecten (tabel 5).

Tabel 5: Kostenfuncties topspecialistische functies

Kostenfunctie	Beschrijving	Kenmerken	Voorbeelden
Onderzoeks- en opleidings- (O&O) infrastructuur	Kosten voor infrastructuur die nodig is om onderzoek en onderwijs uit te voeren	Vaste kosten, project-overstijgend	O&O-afdeling, Grant support, ICT-infrastructuur, Samenwerking met Universiteiten/ umc's
Uitvoeren van (evaluatie) onderzoek	Kosten voor uitvoering van specifiek klinische trials en (kosten-) effectiviteits-onderzoek	Tijdelijke kosten gedurende de looptijd van het onderzoek	Tijdelijke onderzoeks-aanstellingen (promovendi), postdoc-onderzoekers, medisch specialisten, onderzoeks-ondersteuning, materiële kosten per patiënt
Implementatie van innovaties	Kosten om een innovatie te laten landen in de reguliere zorgverlening	Enmalige kosten	Kosten van dure medische apparatuur, opleiding van specialistisch personeel, netwerkvorming
Topspecialistische zorgverlening	Extra kosten om topspecialistische zorg te leveren, in vergelijking met kosten van 'reguliere' zorg	Patiëntgebonden meerkosten	Inzet van extra gespecialiseerd personeel, inzet van extra tijd en middelen voor complexe casemix, intercollegiale consulten op afstand
Beschikbaarheidsfunctie van topspecialistische zorg	Kosten die centra maken om topspecialistische zorg te leveren die niet direct te koppelen is aan een patiëntepisode	Vaste kosten, niet-patiëntgebonden	24-uurs beschikbaarheid, onderhouden van een biobank
Opleiding en kennis-disseminatie	Kosten om topspecialistische kennis over te dragen aan collega's en medisch specialisten in opleiding	Incidentele of terugkerende kosten	Congressen, opleidingsplaatsen, bijscholingsbijeenkomsten

Kosten van de vaste onderzoeks- en opleidingsinfrastructuur

Dit betreft de kosten van de vaste infrastructuur die nodig is om onderzoek uit te voeren en voor onderwijs en opleidingen. Typisch is dat deze kosten TZO-overstijgend zijn: de infrastructuur kan ook worden gebruikt voor andere onderzoeken en -opleidingen. Binnen deze categorie vallen fysieke infrastructuur, personele infrastructuur, netwerkinfrastructuur en overhead. Voorbeelden van fysieke infrastructuur zijn ICT-onderzoeksinfrastructuur, werkruimten van de onderzoeksafdeling of onderwijsruimten. Personele infrastructuur omvat de personele ondersteuning op een onderzoeksafdeling, bijvoorbeeld postdocs, grant support officers of vaste methodologische ondersteuning. Netwerkinfrastructuur bevat bijvoorbeeld samenwerkingsovereenkomsten met universiteiten en umc's, indien hier kosten mee gemoeid zijn. Overhead bevat administratieve onderzoeksfuncties die niet toe te schrijven zijn aan een specifiek onderzoeksproject. Ook kosten ter voorbereiding van het schrijven van subsidies, inclusief onsuccesvolle subsidies valt hieronder. De

kosten van de vaste onderzoeks- en opleidingsinfrastructuur (O&O) zijn doorgaans relatief beperkt, en bestaan doorgaans vooral uit de kosten voor een vaste postdoc of research officer.

Uitgaven aan evaluatieonderzoek binnen TZO-projecten

Evaluatieonderzoek omvat klinische trials, effectiviteitsonderzoek en kosten-effectiviteitsonderzoek als onderdeel van TZO-projecten. De kosten voor evaluatieonderzoek bestaan uit de personele en materiële kosten die direct te koppelen zijn aan het onderzoek. Voorbeelden zijn de uitvoeringskosten van onderzoekers die volledig op het onderzoek zijn gelabeld, zoals PhD-studenten, extra taken van reguliere zorgverleners in het kader van het onderzoek en de materiële kosten die bij het evaluatieonderzoek worden gebruikt, zoals geneesmiddelen en hulpmiddelen.

Implementatiekosten

Onder implementatiekosten vallen de éénmalige kosten die nodig zijn om succesvolle innovaties in te richten in de reguliere zorgverlening. Dit kunnen kosten zijn die vóór of tijdens het evaluatieonderzoek nodig zijn, of kosten die worden gemaakt om een effectieve innovatie te bestendigen in de praktijk. Voorbeelden van implementatiekosten zijn de scholing van personeel en aanschafkosten van benodigde infrastructuur. Hieronder valt (diagnostische) apparatuur die specifiek is voor het TZO-onderzoek en waarbij de kosten onafhankelijk zijn van het aantal patiënten. Ook de tijd die wordt besteed aan het inrichten van het zorgpad en het betrekken van externe partijen is onderdeel van de implementatiekosten.

Uitgaven aan topspecialistische zorg die niet worden gedekt door de DBC-DOT-tarieven

Onder deze categorie vallen kosten die gemaakt worden bij het leveren van topspecialistische zorg aan patiënten waarbij de reguliere DOT-tarieven tekortschieten. Hierbij gaat het dus om meerkosten boven op een DOT die gerelateerd zijn aan het leveren van topspecialistische zorg. Deze meerkosten ontstaan bijvoorbeeld doordat centra met een topspecialistische functie méér doen dan reguliere centra. Dit kan komen doordat een zwaardere casemix wordt gehanteerd of doordat er extra specialistische zorg wordt geleverd. Ook diensten die mogelijk niet binnen de huidige vergoedingsstructuur vallen of waarbij geen vergoedingsafspraken met verzekeraars zijn gemaakt, zoals intercollegiale consulten of consulten op afstand, horen bij deze categorie. Belangrijk kenmerk van deze kostencategorie is dat de kosten herleidbaar zijn naar een patiënt.

Kosten van de beschikbaarheidsfunctie van topspecialistische zorg

Sommige kosten die specifiek zijn voor topspecialistische zorg kunnen niet eenvoudig toegewezen worden aan specifieke patiënten, bijvoorbeeld omdat deze kosten worden gemaakt onafhankelijk van het aantal patiënten. Voorbeelden zijn meerkosten voor 24-uurs beschikbaarheid indien reguliere centra alleen tijdens kantooruren opereren, of vaste kosten van medische apparatuur/infrastructuur (bijvoorbeeld onderhoud van een biobank) die nodig is voor het reguliere leveren van topspecialistische zorg. Dit betreft kosten die worden gemaakt bij het leveren van patiëntenzorg, in het stadium na afloop van het effectiviteitsonderzoek of onafhankelijk van effectiviteitsonderzoek.

Uitgaven aan onderwijs, opleiding en kennisdisseminatie

De kosten van opleiding en kennisdisseminatie betreffen het verspreiden van de topspecialistische kennis, bijvoorbeeld door het bijwonen van congressen en symposia, het organiseren van training en bijscholing, en het opleiden van nieuwe medisch specialisten, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten, indien de kosten hiervoor niet volledig uit andere bronnen komt (zoals opleidingsgelden).

Opleiden van eigen personeel om topspecialistische zorg te leveren valt hier niet onder, dit valt onder implementatiekosten.

5.3 Ontwikkeling van bekostigingsmodellen

Verschillende kostengroepen zijn het meest gebaat bij verschillende vormen van bekostiging. Op basis van de literatuur, gesprekken met de TZO-projecten en eigen analyse is gekozen om ons binnen TOVER te richten op drie vormen van bekostiging van topspecialistische functies:

- a) Bekostiging van onderzoeksinfrastructuur via een jaarlijkse vaste budgettaire financiering,
- b) Bekostiging van onderzoeksprojecten via een subsidiematige financiering ('topspecialistische-subsidie')
- c) Bekostiging van topspecialistische zorg via een financiering gekoppeld aan patiëntepisodes ('DBC-topspecialistische zorg').

Elk van de bekostigingsopties is specifiek geschikt voor bekostiging van een kostengroep en ongeschikt voor bekostiging van andere groepen. **Het is niet mogelijk om alle kostengroepen onder te brengen in één bekostigingsoptie.** Dit impliceert dat meerdere bekostigingsvormen nodig zijn voor adequate financiering. De meerkosten voor het leveren van topspecialistische zorg dienen te worden gefinancierd vanuit de Zvw, zoals alle andere vormen van ziekenhuiszorg. Het is echter binnen de huidige wetgeving niet toegestaan om niet-patiëntenzorg, zoals onderzoek en onderwijs, expliciet te financieren uit de Zvw. Dit valt in theorie te omzeilen via een wetswijziging of een impliciete financiering door hogere topspecialistische zorg tarieven maar gezien de moeilijkheden rondom implementatie en juridische houdbaarheid kiezen wij ervoor om ons te beperken tot de meest kansrijke opties, die aansluiten bij de huidige context. Dit impliceert een splitsing tussen de bekostiging van topspecialistische zorg en de bekostiging van topspecialistisch onderzoek en onderwijs. Om aan te sluiten bij de huidige infrastructuur rondom de bekostiging van onderzoeksprojecten ligt een structuur van onderzoekssubsidies voor de hand, waarbij topspecialistische onderzoeksprojecten kunnen worden gefinancierd voor een tijdelijke periode. Echter, om het speelveld gelijk te trekken en doelmatige aanvragen en besteding van onderzoeksgelden te faciliteren, is een vaste onderzoeksinfrastructuur nodig, bijvoorbeeld een researchafdeling. Het is niet gewenst om dit via tijdelijke subsidies te financieren, omdat dan de continuïteit in gevaar komt na afloop van een subsidie.

Meer dan drie bekostigingsvormen

In de huidige scenario's worden de kosten voor onderzoeksinfrastructuur en onderwijs/kennisdisseminatie samengenomen in de vaste bekostiging van de onderzoeksinfrastructuur. In een optimale situatie worden deze kostengroepen apart gefinancierd, waarbij een semi-flexibele bekostigingsvorm geschikter is voor onderwijs/kennisdisseminatie, enerzijds omdat de kosten deels samenhangen met de onderzoeksprojecten en anderzijds omdat dit een functie is die mogelijk extra gestimuleerd kan worden om te bewerkstelligen dat topspecialistische centra hun kennis overdragen aan (andere) algemene centra. Om de complexiteit te beperken en aan te sluiten bij de bekostiging van umc's, is gekozen om dit niet uit te splitsen. Idem voor beschikbaarheidskosten van zorg en patiëntgebonden kosten van topspecialistische zorg: deze zou je idealiter uitsplitsen in een patiëntonafhankelijke component en een patiëntafhankelijke component, maar omdat dit in de rest van de zorg niet gebeurt, is ervoor gekozen om dit gelijk te trekken. In diezelfde gedachte is er voor verspreiding van kennis van niet-topspecialistische functies geen vergoeding voor

implementatiekosten, en om hierbij aan te sluiten laten we implementatiekosten momenteel buiten de financieringsopties.

Specifieke of generieke bekostiging

De hoogte van de drie vormen van bekostiging kan **generiek** zijn, waarbij het gemiddelde van de centra wordt aangehouden, of **specifiek**, waarbij de daadwerkelijke hoogte per centrum wordt genomen. Ook zijn tussenvormen mogelijk, bijvoorbeeld drie staffels (laag-middel-hoog). De uitvoerbaarheid is hoog bij een generieke bekostiging, maar dit kan leiden tot ongewenste overschotten/tekorten bij centra. Hoe specifiek de bekostiging wordt vormgegeven, hoe hoger de uitvoeringskosten en perverse prikkels. Als de variatie in kosten tussen de centra beperkt is, dan heeft een generieke bekostiging de voorkeur, bij hoge variatie kan worden gekozen voor een specifieke bekostiging. In de simulatie werken we beide vormen uit. Alleen bij de bekostiging van de vaste infrastructuur zijn weinig argumenten te bedenken om een centrum-specifiek bedrag te berekenen en volstaat een generieke optie (eventueel gecorrigeerd voor centrumgrootte).

Vergoeding topspecialistische functies

Veel centra hebben enige mogelijkheden om het leveren van een topspecialistische functie te bekostigen, bijvoorbeeld uit marges en eigen middelen. Zo vindt er buiten de TZO-projecten ook in andere centra en afdelingen topspecialistische zorg en onderzoek plaats. Het voorzien in een topspecialistische functie vergt commitment en keuzes van centra, en een eigen bijdrage aan de topspecialistische functie kan als wenselijk worden gezien. Naast de TZO-subsidie van €3 miljoen over vier jaar leggen de centra met een topspecialistische functie een eigen bijdrage in, bestaande uit DBC-DOT-inkomsten en bekostiging uit eigen middelen. Om onderscheid te maken tussen de benodigde bekostiging en de eigen middelen, wordt het totaalbedrag uitgevraagd dat niet wordt gedekt door de reguliere bekostiging, en wordt hierbinnen een uitsplitsing gemaakt tussen de TZO-subsidie en eigen middelen. Een deel van de eigen middelen kunnen de centra mogelijk niet structureel vrijmaken, waardoor de effectieve bekostigingsvraag tussen het subsidiebedrag en het totaalbedrag in zit.

Optie 1: lumpsumvergoeding vaste onderzoeksinfrastructuur topspecialistische functie

Een lumpsumvergoeding dekt de kosten van een onderzoeksafdeling die de basis vormt voor het schrijven van onderzoekssubsidies, ondersteunt bij opslag en analyse van data, en netwerken vormt met universiteiten en umc's. De lumpsumvergoeding is beoogd als een vast, geormerkt normbedrag dat rechtstreeks uit het zorgverzekeringsfonds wordt verstrekt. De vaste onderzoeksinfrastructuur strekt zich echter verder uit dan over de TZO-projecten. Een onderzoeksafdeling kan meerdere (doelmatigheids)onderzoeken, patiëntgroepen en zorgafdelingen bedienen en hoeft zich niet te beperken tot een topspecialistische functie.

Optie 2: topspecialistische onderzoekssubsidies

Om veelbelovend topspecialistisch onderzoek te bekostigen dient een adequate subsidiestructuur te worden opgezet. Onze suggestie is het opzetten van een aparte subsidieregeling voor topspecialistische functies. De hoogte van de middelen die beschikbaar worden gesteld in de regeling is een politieke keuze, en kan worden bijgesteld naar aanleiding van de effectiviteit en meerwaarde van de lopende onderzoeken. Subsidiebedragen kunnen generiek zijn, bijvoorbeeld volgend uit de gemiddelde kosten voor een onderzoek binnen TZO (zie onder), of specifiek zijn, waarbij de kosten per onderzoek kunnen variëren.

Optie 3: Vergoeding van topspecialistische zorgverlening vanuit de Zvw

Vergoeding van topspecialistische zorg vanuit de Zvw kent veel mogelijkheden, waarbij de twee uitersten worden uitgewerkt: een generieke regeling topspecialistische zorg (bijvoorbeeld via een add-on in het DBC-B segment), en specifieke regelingen afhankelijk van het type topspecialistische zorg (bijvoorbeeld via een specifieke vergoeding door middel van een DBC-A-tarief). In het eerste geval is geen maatwerk nodig en kan een generiek tarief worden afgesproken. Dit kan echter wel leiden tot variatie in de mate waarin de kosten voor topspecialistische zorg worden vergoed: voor sommige centra levert dit overwinsten op, voor andere centra blijven tekorten bestaan. In het tweede geval (specifieke regelingen afhankelijk van het type topspecialistische zorg) is maatwerk nodig, waarbij centra inzicht moeten geven in de kostenopbouw, om zo een specifieke vergoeding te ontvangen. Dit is bewerklijker, maar voorkomt ongewenste verdelingseffecten. Als voorbeeld ontwikkelen we in het eerste geval een generieke add-on voor topspecialistische zorg, met een vast bedrag per patiënt. Wanneer centra aan criteria voldoen om zich als topspecialistische zorg te kwalificeren, kunnen de centra een vast add-onbedrag per patiënt ontvangen. De hoogte van dit bedrag kan volgen uit de gemiddelde kosten per patiënt over de tien TZO-projecten en jaarlijks worden aangepast door de NZa. Ook is het mogelijk om de hoogte vrij onderhandelbaar te maken, waarbij zorgverzekeraars en centra de specifieke hoogte afspreken. In dit geval is de kans groter dat de regeling wordt meegenomen onder de omzetlimiet in de budgetonderhandelingen (zie pagina 24). In beide gevallen zijn zorgverzekeraars verantwoordelijk voor doelmatige besteding van de middelen. De specifieke vergoeding wordt vormgegeven als een vastgesteld maximumbedrag per patiënt in het DBC-A-segment via een WBMV-toekenning. Dit sluit het beste aan bij de huidige bekostigingsstructuur, al zijn andere mogelijkheden denkbaar (bijvoorbeeld subsidies/beschikbaarheidsbijdragen). Hoewel de implementatiecontext bij deze financieringsvormen anders is, is het financiële uitgangspunt vergelijkbaar.

5.4 Uitvraag van uitgaven topspecialistische functies binnen TZO-projecten

Op basis van bovenstaande uitgangspunten is aan de TZO-projecten gevraagd om aan te geven:

1. De hoogte van de kosten rondom de TZO-projecten die niet worden vergoed door reguliere bekostiging. Dit betreft de TZO-subsidie en overige uitgaven die niet vallen binnen DBC-DOT-vergoeding of overige subsidies en regelingen.
2. De verdeling van deze kosten over de zes kostencategorieën
3. Het aantal jaarlijkse patiënten binnen het TZO-project.

De TZO-projecten hebben een subsidiebedrag ontvangen zonder specifieke eisen omtrent de verdeling over topzorg, onderzoek en onderwijs. Bovendien is er sprake van cofinanciering, bijvoorbeeld uit DBC-omzet of uit eigen middelen. Wij richten ons op de **onvergoede** kosten, dus cofinanciering vanuit DBC-inkomsten wordt niet meegerekend. Cofinanciering uit eigen middelen wel. Dit levert een totaalbedrag op, bestaande uit het subsidiebedrag en cofinanciering uit eigen middelen. Dit totaalbedrag wordt uitgesplitst naar de zes kostencategorieën. Kosten worden in maximaal één categorie geplaatst om dubbeltelling te voorkomen. Hiervoor zijn een handleiding en een invulsheet opgesteld (zie bijlage 6). Om de administratieve druk van de uitvraag te beperken zijn een aantal voorzieningen getroffen.

1. Flexibiliteit rondom de vorm van aanlevering. De top-down methode neemt de begroting en het subsidiebedrag als uitgangspunt en verdeelt deze kosten over de verschillende kostencategorieën. De bottom-up methode inventariseert per categorie tijd en middelen, inclusief materiaalkosten en overheadkosten, om zo via standaard kostprijzen tot een inschatting van de totale kosten te komen. Een combinatie van beide methoden is ook mogelijk, bijvoorbeeld top-down toewijzen van subsidiegelden en bottom-up schatten van de kosten buiten de subsidie.
2. Toestaan van schattingen van toekomstige kosten. Omdat veel TZO-projecten nog maar kort bezig zijn, is het zicht op de daadwerkelijke kosten soms onvolledig. In beperkte mate worden schattingen van de toekomstige kosten geaccepteerd, bijvoorbeeld op basis van de begroting. TZO-projecten die al langer lopen kunnen tevens gerealiseerde kosten opgeven, op het moment dat deze afwijken van de begroting. De inflatieschok in 2022 is niet meegenomen in de schattingen.
3. Schattingen van patiëntaantallen kunnen worden gebaseerd op het meest recente jaar, of basisjaar 2019.
4. De gegevens worden in overleg aangeleverd en gecontroleerd door een onderzoeker van het Radboudumc. Waar nodig helpt de onderzoeker bij het aanleveren van de juiste data.

De kerngegevens worden opgeslagen in een beveiligde omgeving. Een onderzoeker van het Radboudumc controleert de gegevens, past aan waar nodig in overleg met de centra, en aggregereert de gegevens naar totalen per kostengroep om privacygevoelige gegevens te beschermen. Vervolgens worden de TZO-projecten geanonimiseerd. Om privacy te waarborgen worden geen patiëntaantallen gerapporteerd in dit rapport.

Op basis van de groepstotalen worden de volgende waarden berekend:

1. Beschrijvende statistieken (omvang en verdeling van niet-vergoede topspecialistische uitgaven)
2. Gemiddelde structurele uitgaven per jaar
3. Gemiddelde uitgaven per onderzoeksvoorstel per vier jaar
4. Uitgaven aan zorgfuncties per centrum
5. Gemiddelde uitgaven aan zorgfuncties per patiënt per jaar

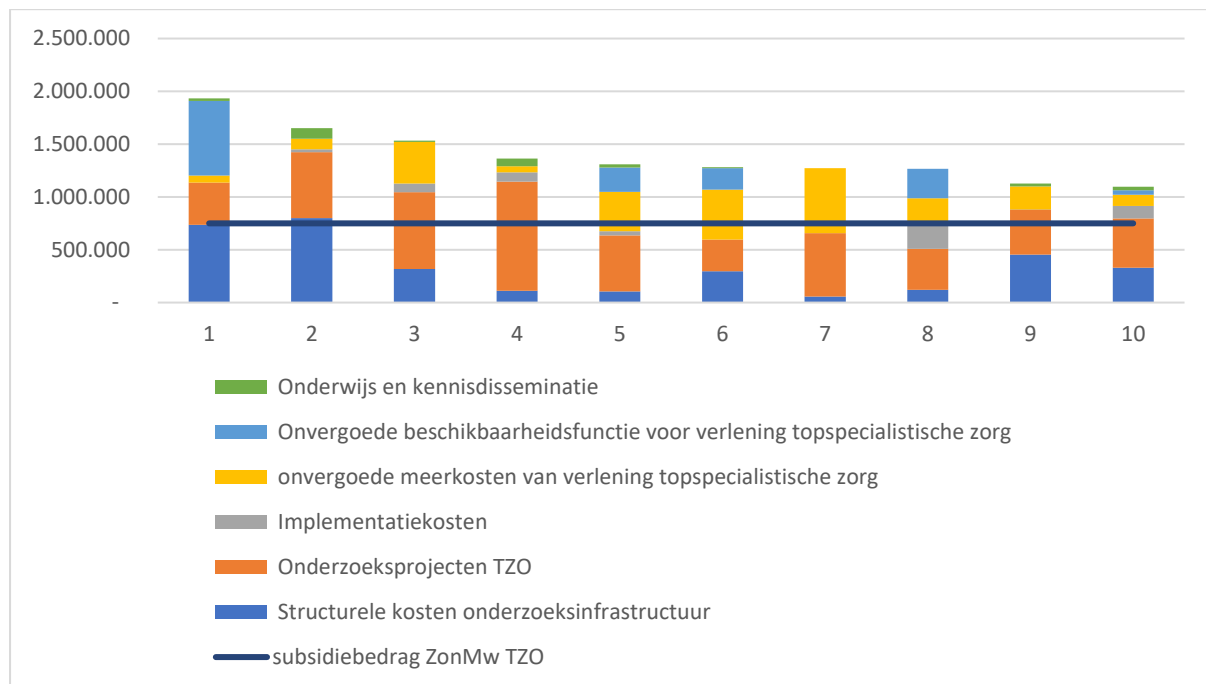
Deze waarden dienen als basis voor de simulaties. In de simulaties wordt onderzocht wat de uitwerking van de drie voorgestelde bekostigingsvormen zou zijn op de tien TZO-projecten. Hierbij wordt per centrum berekend in welke mate de bekostigingsvorm de kosten voor de topspecialistische functie zou dekken. Hiernaast wordt de variatie in uitwerking tussen de centra weergegeven en kwantitatief uitgedrukt als de wortel van de som van de kwadratische afwijking. Naast de individuele bekostigingsvormen wordt ook gekeken naar combinaties van bekostigingsvormen. De resultaten worden visueel, geanonimiseerd weergegeven. De deelnemende TZO-projecten hadden de mogelijkheid om feedback te geven op het proces van het kostprijsonderzoek, de resultaten hiervan worden gegeven in bijlage 7.

5.5 Overzicht en simulaties van verschillende bekostigingsvormen

Beschrijvende statistieken

Figuur 2 geeft de jaarlijkse kosten van topspecialistische functies binnen TZO weer die niet worden vergoed door reguliere bekostiging van de tien TZO-projecten. De lijn geeft de TZO-subsidie weer. De TZO-subsidie dekt 39% tot 68% van de niet-vergoede kosten voor topspecialistische functies. Figuur 2

laat grote variatie zien in de uitgavenpatronen tussen centra, waarbij sommige centra relatief veel uitgeven aan onderzoek (oranje), andere centra relatief veel ter dekking van de vaste onderzoeksinfrastructuur (donkerblauw), en andere centra relatief veel ter dekking van niet-vergoede topspecialistische zorg levering (geel/lichtblauw).

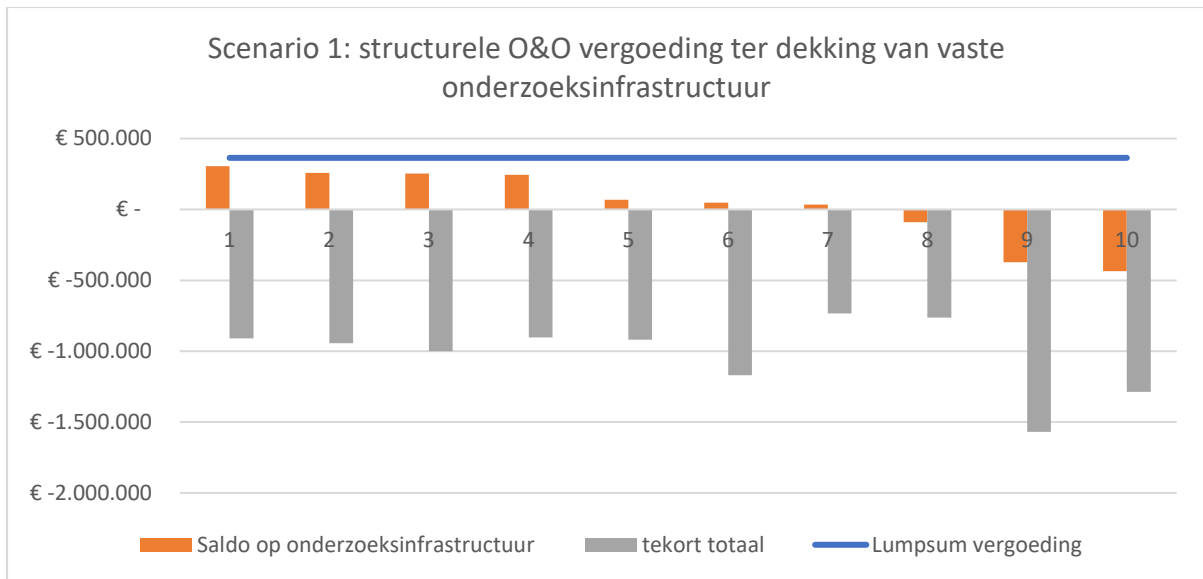


Figuur 2: Jaarlijkse niet-vergoede kosten, per kostengroep

Deze data dienen als uitgangspunt voor de simulatie van verschillende bekostigingsopties. In de scenario's wordt standaard gesorteerd van hoog naar laag, waardoor de nummers niet overeenkomen met de centra in de verschillende figuren.

Optie 1: lumpsumvergoeding vaste onderzoeksinfrastructuur topspecialistische functies

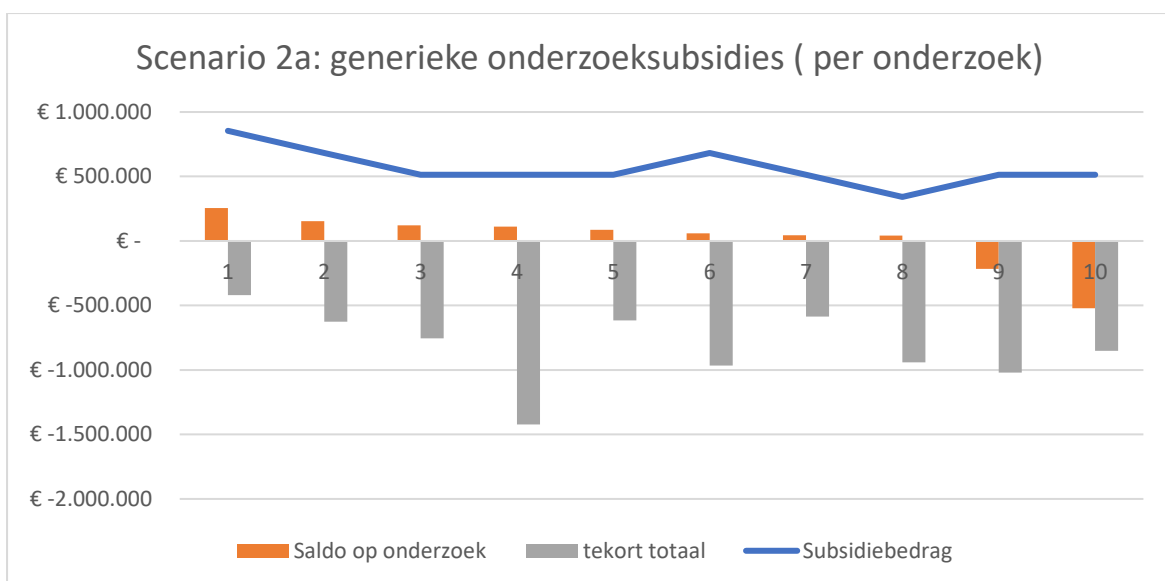
De gemiddelde kosten van de vaste onderzoeksinfrastructuur bedragen afgerond €365.000 per jaar. Figuur 3 geeft het effect weer van een gemiddelde lumpsumvergoeding van dit bedrag. De generieke lumpsumvergoeding geeft een aanzienlijk overschot voor vier centra, is min of meer neutraal voor drie centra, en geeft een aanzienlijk tekort voor drie centra. De gemiddelde afwijking ten opzichte van de lumpsumvergoeding is €210.000. De lumpsumvergoeding alleen is niet voldoende om alle kosten te dekken; de tien centra houden een jaarlijks tekort op de bekostiging van hun topspecialistische functies van €750.000 tot €1.500.000 na afloop van de TZO-subsidie.



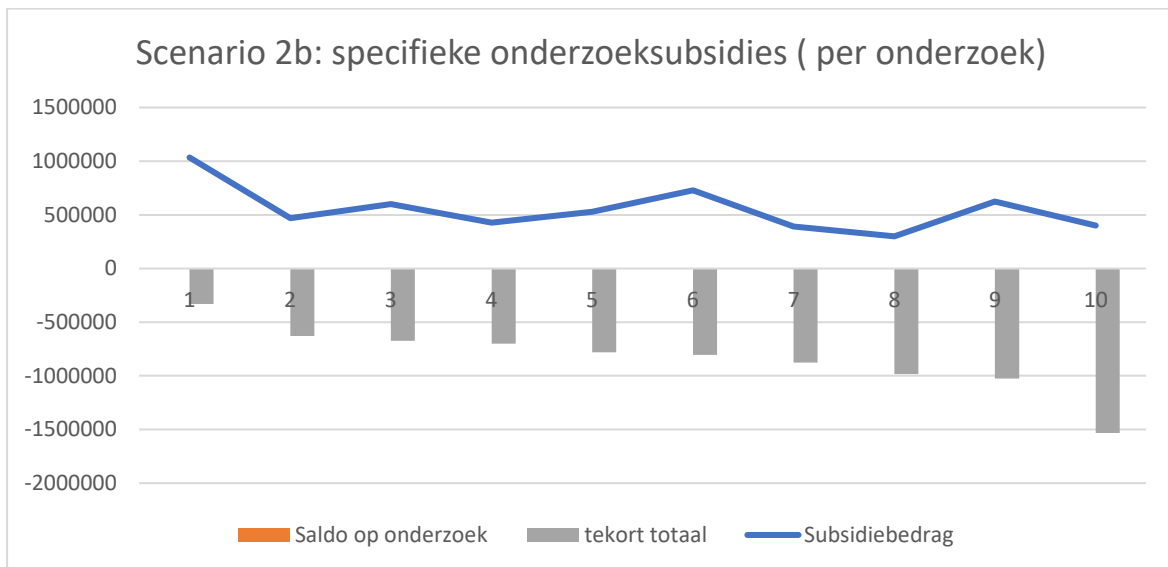
Figuur 3: Scenario 1

Optie 2: topspecialistische onderzoekssubsidies

De gemiddelde kosten voor uitvoering van topspecialistisch onderzoek bedragen €680.000 per onderzoek over een periode van 4 jaar, oftewel €170.000 per onderzoek per jaar. Het aantal onderzoeken onder TZO varieert van 2 tot 5. In dit scenario wordt uitgegaan dat de onderzoeken onder TZO allemaal worden bekostigd door een onderzoekssubsidie. In het eerste scenario betreft dit een generieke onderzoekssubsidie van €680.000 per onderzoek, en in het tweede scenario betreft dit specifieke kostendekkende onderzoekssubsidies. Generieke onderzoekssubsidies (figuur 4) leiden bij zeven centra tot een overschot op de kosten voor onderzoek, en bij twee centra tot een tekort. De gemiddelde afwijking is €160.000 per jaar. Specifieke onderzoekssubsidies (figuur 5) leiden niet tot tekorten of overschotten. In beide gevallen zijn de subsidies alleen niet voldoende om alle kosten rondom topspecialistische functies te dekken; de tien centra houden een jaarlijks tekort op de topspecialistische functies van €300.000 - €400.000 tot €1.500.000 na afloop van de TZO-subsidie.



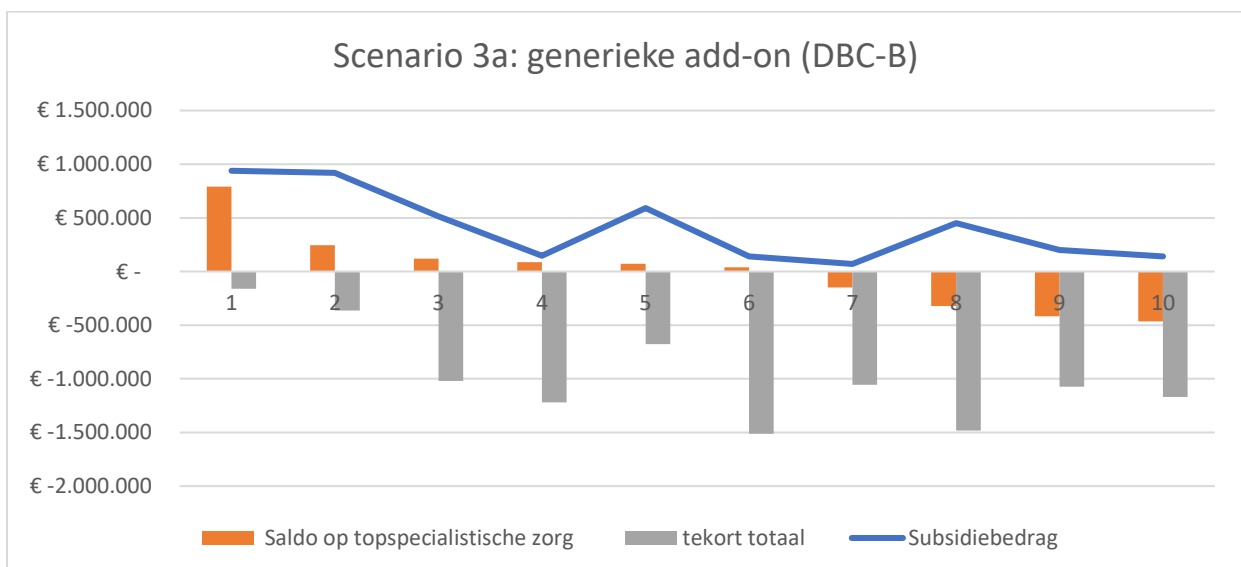
Figuur 4: Scenario 2a



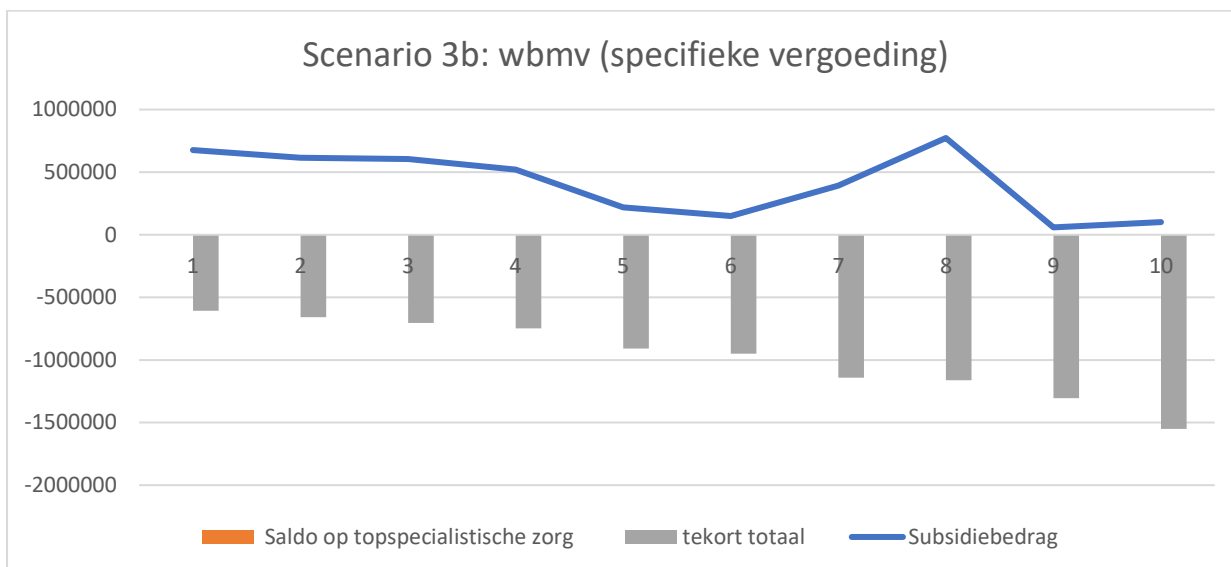
Figuur 5: Scenario 2b

Optie 3: Vergoeding van topspecialistische zorgverlening vanuit de Zvw

De gemiddelde niet-vergoede kosten voor topspecialistische zorgverlening en -infrastructuur bedragen €425.000 per jaar, oftewel €200 per patiënt (spreiding €30 per patiënt - €800 per patiënt). Het eerste scenario betreft een generieke add-on topspecialistische zorg van €200 per patiënt, ongeacht het type topspecialistische zorg. Het tweede scenario betreft een specifieke kostendekkende vergoeding afhankelijk van het type topspecialistische zorg. Figuur 6 laat zien dat één centrum een relatief ruime vergoeding ontvangt, terwijl vier centra aanzienlijke tekorten houden op levering van topspecialistische zorg. De gemiddelde afwijking tussen kosten en vergoede bedrag is €270.000 per jaar. Een dergelijke vergoeding betekent dat de centra een tekort houden tussen €150.000 en €1.500.000 per jaar. Figuur 7 geeft de gevolgen van een specifieke vergoeding weer, waarbij voor elk centrum exact de kosten worden vergoed. In dit scenario behouden de centra een tekort tussen €500.000 en €1.500.000.



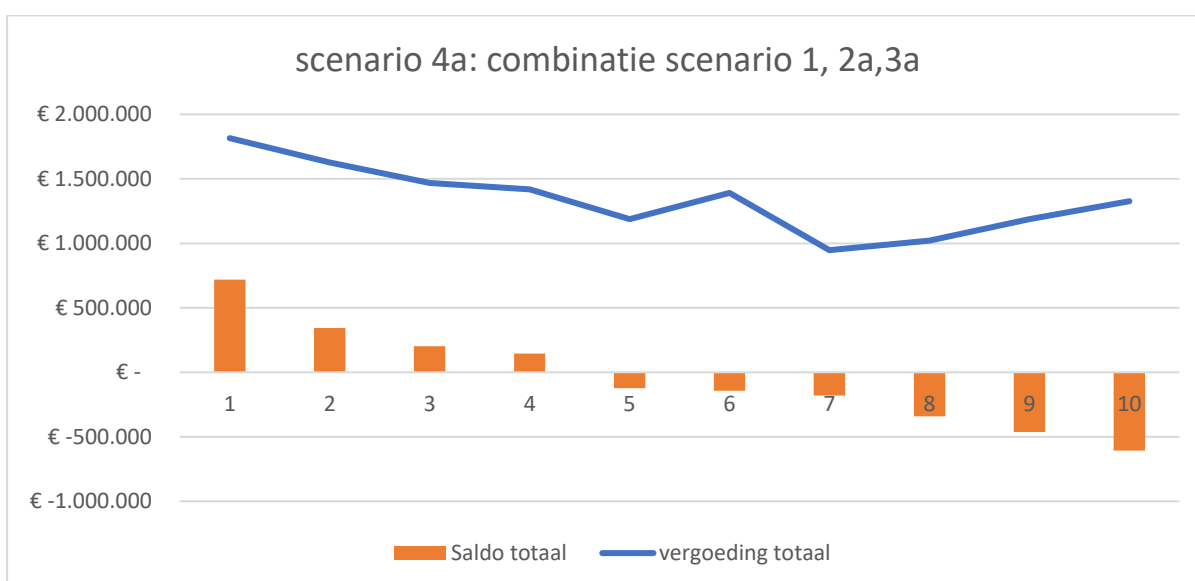
Figuur 6: Scenario 3a



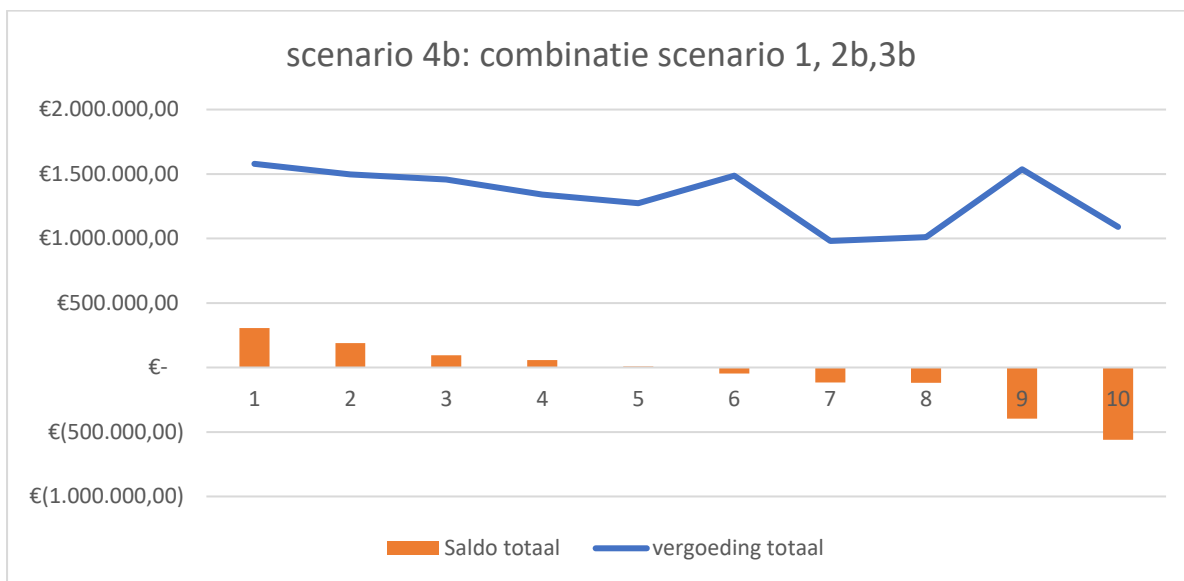
Figuur 7: Scenario 3b

Optie 4: Combinatie van bekostigingsvormen

In alle bovenstaande scenario's blijft een aanzienlijk deel van de kosten van topspecialistische functies niet-vergoed. Dit geeft weer dat de problematiek niet door één bekostigingsvorm volledig kan worden weggenomen. Extra simulaties geven het effect weer van een combinatie van bekostigingsvormen. Hierbij is gekozen voor een generieke combinatie (scenario 1+2a+3a) en een specifieke combinatie (scenario 1+2b+3b), maar andere combinaties zijn ook denkbaar. De resultaten zijn weergegeven in figuur 8 en 9. In een generiek scenario blijft een gemiddeld tekort van €45.000 per jaar, maar vier centra realiseren een overschot. In een specifiek scenario is het gemiddelde tekort €60.000 per jaar en realiseren vijf centra een overschot. Zoals verwacht levert een generieke regeling grotere verschillen in saldo op, maar de verschillen zijn beperkt (gemiddelde afwijking van €325.000 tegenover €190.000).



Figuur 8: Scenario 4a



Figuur 9: Scenario 4b

6. Beschouwing

Het project TOVER richt zich op het verkennen en organiseren van mogelijkheden voor structurele bekostiging van topspecialistische functies in niet-umc's. Hierbij is het doel om te komen tot duurzame structurele bekostiging en organisatie. De vraagstelling van het onderzoek is "Hoe kan, binnen de kaders van het huidige stelsel, de combinatie van topspecialistische zorg met toegepast klinisch wetenschappelijk onderzoek en O&O duurzaam worden georganiseerd en structureel bekostigd worden na afronding van het TZO-programma?" Hiertoe hebben we in de eerste 2 jaar van het project verschillende activiteiten uitgevoerd, die in voorgaande hoofdstukken zijn beschreven. In dit hoofdstuk beschouwen we de voorlopige resultaten.

Kernbevindingen

Er is veel variatie in belangen en zienswijzen van stakeholders ten aanzien van de definitie en afbakening van topspecialistische functies, de inzet van de TZO-subsidie en de bekostigingsopties van topspecialistische functies. De geformuleerde criteria (Tabel 4: Criteria voor de bekostiging van topspecialistische functies, pagina 31) zijn een eerste stap in het specifiekere afbakenen van topspecialistische functies voor duurzame bekostiging. Gezien de grote variatie ligt een combinatie van bekostigingsopties voor de hand. Daarbij lijkt specifieke bekostiging voor het toekennen van topspecialistische subsidie en een add-on in het DBC-B segment het meest logische. Hoge uitvoeringskosten en het risico op perverse prikkels moeten in ogenschouw worden genomen bij de specifieke onderlinge verdeling van de combinatie van bekostigingsopties. Een periodieke evaluatie door een onafhankelijke commissie zou zich moeten richten op de toegang tot, de hoogte en verantwoording van de bekostiging van topspecialistische functies en de criteria.

6.1 Inhoudelijke reflectie

We constateren dat de belangen en zienswijzen verschillen rondom de topspecialistische functies en het doel van de TZO-subsidie. Het algemene beeld is dat het leveren van topspecialistische zorg meerwaarde heeft en dat er in deze niet-umc's specifieke expertise aanwezig is. Dit rechtvaardigt volgens de deelnemende centra het belang van structurele bekostiging van toegepast topspecialistische zorg en onderzoek in niet-umc's zijn. Hoe politiek deze discussie echter al snel wordt, blijkt ook uit een aantal tegengeluiden die voornamelijk komen uit de hoek van externe stakeholders. Een aantal respondenten geeft aan dat voordat aan de slag kan worden gegaan met het definiëren van topspecialistische functies en de bekostiging daarvan eerst moet worden aangetoond dat het wenselijk is. Vragen die hierbij gesteld worden zijn "past het wel om deze zorg buiten umc's te leveren?, moeten we topspecialistische zorg en onderzoek niet juist in de umc's concentreren zodat perifere centra zich kunnen focussen op het leveren van essentiële basiszorg?" Uit het onderzoek van ESHPM, op basis van het TopZorg project, volgt dat het leveren van topspecialistische zorg in combinatie met onderzoek buiten de umc's wel degelijk maatschappelijke meerwaarde heeft (1). Echter, is het daarmee nog niet bepaald om welke topspecialistische functies dit gaat.

Daarnaast is er variatie aangetroffen in zowel de beelden die stakeholders hebben rondom de afbakening, als in de manier waarop zij de subsidiegelden inzetten. De variatie in definitie liep uiteen van een afgebakende groep patiënten met een specifieke aandoening, tot visies dat het hele centrum/instelling topspecialistisch is. In de praktijk zien we bovendien dat de invulling van topspecialistische functies behoorlijk verschilt tussen de tien projecten die TZO-subsidie hebben ontvangen. De inzet

loopt uiteen van het onderzoeken van een nieuwe interventie en het implementeren daarvan, het bekostigen van opleidingen, onderzoek en investeringen in infrastructuur of specifieke projecten. Wel is duidelijk dat alle TZO-projecten zelf ook vanuit eigen middelen hebben geïnvesteerd in deze projecten; de hoogte hiervan varieert tussen de centra.

De variatie in afbakening is binnen de huidige subsidie deels verklaarbaar door de vrijheid in de manier waarop de subsidiegelden besteed kunnen worden.

Relatie criteria en bekostiging

De opgestelde criteria die in hoofdstuk 4 staan beschreven zijn een eerste stap om tot een scherpere afbakening van topspecialistische functies te komen. De opgestelde criteria zijn noodzakelijk om topspecialistische functies te koppelen aan één, of meerdere, bekostigingsvorm(en). Om deze koppeling daadwerkelijk te maken zijn er nog keuzes te maken en is een verdere operationalisatie van de bekostigingsopties nodig. Een combinatie van bekostigingsopties lijkt wel voor de hand te liggen. In hoofdstuk 5 zijn verschillende varianten uitgewerkt, waarbij onderscheid is gemaakt tussen generieke en specifieke bekostiging. De *generieke* bekostiging bestaat uit een combinatie van vaste structuur voor O&O vergoeding, een generieke subsidie per onderzoek volgend uit de gemiddelde kosten voor een onderzoek (in de huidige TZO-projecten is dat €170.000 per onderzoek per jaar) en een generieke add-on in het DBC-B segment voor topspecialistische zorg, met een vast bedrag per patiënt. De *specifieke* bekostiging bestaat uit een combinatie van vaste structuur voor O&O vergoeding, een subsidieregeling voor topspecialistische functies, waarbij de kosten per onderzoek kunnen variëren, en een vastgesteld maximumbedrag per patiënt in het DBC-A-segment via een WBMV-toekenning. Beide varianten hebben voor- en nadelen. Bij een generieke bekostiging is de uitvoerbaarheid relatief hoog. Een vaste onderzoekssubsidie kan echter ook leiden tot tekorten bij centra die complexe onderzoeken uitvoeren of onderzoeken met dure geneesmiddelen. Bij andere onderzoeken zal het vaste bedrag eenvoudig toereikend zijn en kunnen overschotten ontstaan. Voor generieke add-ons op de DBC geldt hetzelfde.

Hoe specifieker de bekostiging wordt vormgegeven, hoe hoger de uitvoeringskosten doordat er meer gedaan moet worden bij de aanvraag, uitvoering en toetsing. Daarnaast is er een risico op perverse prikkels voor aanvullende bekostiging, bijvoorbeeld door meer patiënten uit andere centra te trekken. Voordeel is dat het mogelijk wel meer recht doet aan de daadwerkelijk gemaakte kosten.

Gezien de grote variatie in de inzet van de middelen en de extra middelen die de centra zelf inbrengen in de huidige TZO-projecten heeft een specifieke bekostiging van topspecialistische functies de voorkeur. Dit doet meer recht aan de verschillen tussen de patiëntengroepen, de complexiteit van de wetenschappelijke onderzoeken en hoe onderwijs en opleiding wordt vormgegeven.

De criteria kunnen ingezet worden om: 1) de patiëntengroep af te kaderen; 2) onderdeel zijn van de voorwaarden voor de toekenningen van een eventuele topspecialistische subsidie; en 3) te toetsen of het centrum aan de criteria voldoet. Naast het wetenschappelijk onderzoek zou onderwijs en opleiding ook expliciet aandacht kunnen krijgen in de bekostiging, evenals activiteiten rondom implementatie van de nieuwe kennis in andere centra en zo mogelijk in richtlijnen. Ook bij de bekostiging vanuit de Zvw kunnen de criteria gebruikt worden voor de nadere afbakening van de patiëntengroep.

Met een vaste lumpsumvergoeding kunnen de kosten van een onderzoeksafdeling (deels) worden gedekt. Deze ondersteunt bij het schrijven van onderzoekssubsidies, opslag en analyse van data, en netwerkvorming en met universiteiten en umc's. Door de bekostiging te koppelen aan andere

onderzoeksdoelstellingen, zoals doelmatigheidsonderzoek, kan de haalbaarheid vergroot worden. Een vaste onderzoeksinfrastructuur kan op deze manier verschillende doelen dienen.

Bij de uiteindelijke bekostiging moeten ook partijen worden aangewezen die verantwoordelijk zijn voor de toegang, hoogtebepaling en controle van doelmatige besteding. Wanneer een combinatie van de bekostigingsvormen wordt gekozen kunnen de taken ook bij meerdere partijen worden belegd.

Periodieke evaluatie

De bekostiging van topspecialistische functies dient periodiek geëvalueerd te worden. Dit is nodig omdat het een veranderlijk en dynamisch begrip is: welke zorg nu als topspecialistisch kan worden aangemerkt hoeft dat over een paar jaar niet nog steeds te zijn.

Bij het verstrekken en evalueren van bekostiging voor topspecialistische functies kunnen verschillende partijen betrokken worden. Hierbij kunnen ook nieuwe organen opgericht worden of kunnen bestaande organen een uitbereiding van hun functie krijgen. Een voorbeeld zou kunnen zijn een onafhankelijke commissie, bestaande uit verschillende stakeholders die gezamenlijk gaan over de toegang tot, de hoogte en verantwoording van de bekostiging van topspecialistische functies. Deze commissie kan ook een rol hebben bij de periodieke toetsing van de opgestelde criteria. Hierbij werd in de interviews ook meermaals aangegeven dat hier een leidende rol voor ZonMw is weggelegd.

6.2 Methodologische reflectie

Literatuur

In de internationale literatuur zijn relatief weinig studies gevonden over de afbakening en bekostiging van topspecialistische zorg. Dit heeft enerzijds te maken met de grote variaties in de precieze definitie van topspecialistische zorg, maar ook in de systeem specifieke variaties in de definiëring van umc's of tertiaire centra. Daarnaast variëren de zorgsystemen en hun financieringssystematiek tussen landen. Veel criteria die we uit de literatuur hebben gehaald bleken minder geschikt voor een concrete operationalisering die aan vormen van bekostiging valt te koppelen.

Interviews

Bij de interviews hebben we gepoogd om een zo breed mogelijk inzicht te krijgen van zowel de betrokken personen in de centra die een TZO-subsidie hebben ontvangen, als van andere stakeholders. Hoewel we een goed beeld hebben gekregen van de visie van de verschillende stakeholders, zijn sommige stakeholders nog wat minder breed bevraagd. Zo hebben we slechts één vertegenwoordiger vanuit een umc kunnen spreken en bleek de NFU niet bereikbaar voor een interview. Ook hebben we twee zorgverzekeraars geïnterviewd, maar we hadden er graag meer gesproken. Daarnaast hebben we ook slechts één medewerker van de patiëntenfederatie kunnen interviewen. We hebben de respondenten gevraagd welke stakeholders op welke manier betrokken kunnen zijn bij de bekostiging van topspecialistische functies. Hierdoor hebben we uiteindelijk wel van de meeste stakeholdergroepen de personen gesproken die dit thema als aandachtsgebied hebben gehad.

Kostprijsonderzoek

Voor het inzichtelijk maken van de kosten van de huidige subsidie hebben we de deelnemende centra gevraagd inzicht te geven in de daadwerkelijke kosten die zij maken bij de uitvoering van de projecten.

Dit bleek niet altijd eenvoudig (zie bijlage 7). Dit komt omdat er verschillende interpretaties waren van sommige definities van de kosten. Daarom moeten deze data met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Daarnaast bleek het voor sommige centra lastig om de betreffende data uit de systemen te halen. De tijdsinvestering om de data voor het kostprijsonderzoek te verzamelen liep erg uiteen, maar was vaak aanzienlijk.

Uit de interviews blijkt dat de meeste centra zelf aanvullende middelen investeren, hetgeen – althans naar eigen zeggen – voor sommige centra op lange termijn financieel onhoudbaar is. In het kostprijsonderzoek konden ze ook deze eigen investeringen laten zien. Hiervan is veel gebruik gemaakt. Wellicht is er daardoor enige overrapportage ontstaan.

6.3 Vervolg

De komende 2 jaar gaan we ons richten op de evaluatie van de lange termijn maatschappelijke meerwaarde van topspecialistische functies (WP4), de haalbaarheid van de voorgestelde criteria en kostenstructuur in de praktijk (WP5) en bereiden we de implementatie voor (WP6).

Werkpakket 4

Werkpakket 4 is gericht op de vraag in hoeverre de gesubsidieerde functies uit de eerste ronde van het topzorg programma in staat zijn gebleken hun prestaties vast te houden en welke mechanismen daarbij een rol hebben gespeeld. Daarbij worden twee typen (kwantitatieve) analyses gebruikt, te weten een analyse van de complexiteit van zorg op basis van zorgproducten/DBC's en een bibliografische analyse van de gepubliceerde wetenschappelijke artikelen.

Er is gekeken naar de mate waarin de analyses uit het rapport uit 2018 (1) nog steeds bruikbaar zijn en met name of er geen grote veranderingen zijn met betrekking tot de destijds gehanteerde zorgproducten. Dat blijkt niet het geval te zijn. Er is contact gelegd met de NZa voor het verkrijgen van de referentiedata. Als volgende stap wordt overlegd met drie topzorg ziekenhuizen uit de eerste ronde om inzicht te krijgen in de data vanuit de topzorg domeinen.

Voor de tweede, bibliografische, analyse zijn gesprekken gevoerd met het Centrum voor Wetenschap, Techniek & Samenleving (CWTS) van de Universiteit van Leiden dat de analyse kan uitvoeren. Het CWTS heeft een database met alle publicaties van umc's en STZ-ziekenhuizen, die momenteel is bijgewerkt tot 2021. In nader overleg wordt bepaald welke analyses precies worden uitgevoerd; naast basale bibliografische analyse (aantallen artikelen, impact scores etc.) gaat het dan bijvoorbeeld om impact van artikelen die uit (internationale) samenwerkingen tot stand komen en een analyse van inhoudelijke verschuivingen op basis van key-word analyse.

In het kwalitatieve deel houden we interviews met de drie 'oude' TopZorg ziekenhuizen. Inzet van de interviews is te achterhalen (a) wat de huidige stand van zaken is met betrekking tot de continuïteit van het onderzoek en de topspecialistische zorg, (b) welke mechanismen een rol hebben gespeeld in het al dan niet borgen van de ingezette lijn en (c) welke financiële middelen worden ingezet om die continuïteit te waarborgen. Ter voorbereiding op de interviews lezen we recente beleidsrapporten en jaarverslagen en maken een analyse van de websites van de betreffende domeinen. Leidraad voor de interviews vormen de domeinen van het evaluatiekader zoals ontwikkeld voor de TopZorg evaluatie. Daarnaast vragen we voor het onderzoek specifiek naar de zich ontwikkelende infrastructuur alsmede naar (nieuwe) samenwerkingsverbanden. Interviews worden verbatim uitgewerkt en geanalyseerd op basis van het evaluatiekader. De interviews worden gepland in Q1 2023.

Werkpakket 5

In dit werkpakket gaan we met een aantal centra die nu een TZO-subsidie ontvangen een serie experimentele budgetsituaties uitvoeren, zogenaamde testbeds. Hierin wordt de mogelijke meerwaarde van een bekostigingsmodel geëxploreerd, en worden argumentaties geïnterpreteerd over de mogelijke maatschappelijke meerwaarde daarvan op toegankelijkheid, betaalbaarheid, concentratie en kwaliteit van zorg. Hiermee wordt aan de deelnemende instellingen advies geboden over een passend financieel model en een kansrijke implementatie (actieonderzoek). En er wordt een dieper inzicht verkregen en geboden in de voorwaarden voor duurzame bekostiging en de organisatie van topspecialistische zorg en de potentiële gevolgen daarvan voor het bredere zorgsysteem.

Werkpakket 6

Op basis van de resultaten van de activiteiten in het project, zullen we op verschillende manieren de stakeholders betrekken bij de voorbereiding voor de verdere implementatie. We organiseren een interactieve werkconferentie waarin de ervaringen met de mogelijke nieuwe bekostigingsmodellen vanuit de testbeds, de resultaten van de lange termijn evaluatie van de TopZorg domeinen en de integrale bevindingen uit het hele project worden gepresenteerd. Het doel is het formuleren van een finale toetsing en van daaruit samen te werken aan een toekomstige agenda voor implementatie van de gevonden bevindingen.

7. Referenties

1. Postma J, van Dongen-Leunis A, Hakkaart-van Roijen L, Bal R. Eindrapportage experiment TopZorg. 2018.
2. Postma J, van Dongen-Leunis A, Hakkaart-van Roijen L, Bal R. Tussenrapportage TopZorg. 2016.
3. Specialisten KvM. Leidraad Nieuwe Interventies in de klinische praktijk. 2014.
4. Aigner R, Hack J, Eschbach D, Ruchholtz S, Knobe M, Dodel R, et al. Is treatment of geriatric hip fracture patients cost-covering? Results of a prospective study conducted at a German University Hospital. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*. 2018;138(3):331-7.
5. Shin S, Schumacher C, Feess E. Do Capitation-based Reimbursement Systems Underfund Tertiary Healthcare Providers? Evidence from New Zealand. *Health Econ*. 2017;26(12):e81-e102.
6. Shomaker TS. Commentary: health care payment reform and academic medicine: threat or opportunity? *Academic Medicine*. 2010;85(5):756-8.
7. Gosdin C, Simmons J, Yau C, Sucharew H, Carlson D, Paciorkowski N. Survey of academic pediatric hospitalist programs in the US: organizational, administrative, and financial factors. *Journal of Hospital Medicine (Online)*. 2013;8(6):285-91.
8. Grover A, Slavin PL, Willson P. The economics of academic medical centers. *New England Journal of Medicine*. 2014;370(25):2360-2.
9. Johnston SC. Academic Medical Centers: Too Large for Their Own Health? *JAMA*. 2019;322(3):203-4.
10. Jung YW, Pak H, Lee I, Kim EH. The Effect of Diagnosis-Related Group Payment System on Quality of Care in the Field of Obstetrics and Gynecology among Korean Tertiary Hospitals. *Yonsei Med J*. 2018;59(4):539-45.
11. Stimpson JP, Li T, Shiyanbola OO, Jacobson JJ. Financial sustainability of academic health centers: identifying challenges and strategic responses. *Academic Medicine*. 2014;89(6):853-7.
12. Mitchell CC, Ashley SW, Orgill DP, Zinner MJ, Raut CP. Gauging surgeons' understanding and perceptions of an academic incentive plan. *Archives of Surgery*. 2009;144(5):421-6; discussion 6.
13. Auh S, Chitgopeker P, Hammel J, Ferguson N, Johnson-Jahangir H, Van Beek M. Assessing the Feasibility of an Alternative Payment Model for Mohs Micrographic Surgery at an Academic Center. *Dermatologic Surgery*. 2020;46(6):735-41.
14. Miller HD. Making Value-Based Payment Work for Academic Health Centers. *Academic Medicine*. 2015;90(10):1294-7.
15. Greenapple R. Rapid expansion of new oncology care delivery payment models: Results from a payer survey. *American Health and Drug Benefits*. 2013;6(5).
16. Ihejirika RC, Sathiyakumar V, Thakore RV, Jahangir AA, Obremskey WT, Mir HR, et al. Healthcare reimbursement models and orthopaedic trauma: will there be change in patient management? A survey of orthopaedic surgeons. *Journal of Orthopaedic Trauma*. 2015;29(2):e79-84.
17. Daniels RJ, Carson LD. Academic medical centers--organizational integration and discipline through contractual and firm models. *JAMA*. 2011;306(17):1912-3.
18. Hardin L, Kilian A, Murphy E. Bundled Payments for Care Improvement: Preparing for the Medical Diagnosis-Related Groups. *Journal of Nursing Administration*. 2017;47(6):313-9.
19. Kessels R, Van Herck P, Dancet E, Annemans L, Sermeus W. How to reform western care payment systems according to physicians, policy makers, healthcare executives and researchers: a discrete choice experiment. *BMC health services research*. 2015;15:191.
20. Conrad DA, Grembowski D, Hernandez SE, Lau B, Marcus-Smith M. Emerging lessons from regional and state innovation in value-based payment reform: Balancing collaboration and disruptive innovation. *Milbank Quarterly*. 2014;92(3):568-623.
21. Marcus RE, Zenty TF, 3rd, Adelman HG. Aligning incentives in orthopaedics: opportunities and challenges -- the Case Medical Center experience. *Clinical Orthopaedics & Related Research*. 2009;467(10):2525-34.
22. Weissenberger N, Thommen D, Schuetz P, Mueller B, Reemts C, Holler T, et al. Head-to-head comparison of fee-for-service and diagnosis related groups in two tertiary referral hospitals in Switzerland: an observational study. *Swiss Med Wkly*. 2013;143:w13790.
23. Iorio R, Clair AJ, Inneh IA, Slover JD, Bosco JA, Zuckerman JD. Early Results of Medicare's Bundled Payment Initiative for a 90-Day Total Joint Arthroplasty Episode of Care. *Journal of Arthroplasty*. 2016;31(2):343-50.

Bijlage 1. Zoekstring Medline en Embase

Zoekstring Medline

exp Tertiary Healthcare/ OR exp Tertiary Care Centers/ OR exp Hospitals, Special/ OR exp Academic Medical Centers/ OR exp Hospitals, Teaching/ OR exp Hospitals, University/ OR Tertiary Care Center*.ti,ab,kf. OR tertiary care centr*.ti,ab,kf. OR Academic Medical Center.ti,ab,kf. OR Academic Medical Cent*.ti,ab,kf. OR Teaching hospital*.ti,ab,kf. OR University Hospital*.ti,ab,kf. OR Tertiary Referral Center*.ti,ab,kf. OR Tertiary Referral Centr*.ti,ab,kf. OR tertiary referral hospital*.ti,ab,kf. OR tertiary hospital*.ti,ab,kf. OR Special hospital*.ti,ab,kf. OR University medical center*.ti,ab,kf. OR University medical centr*.ti,ab,kf. OR University clinic*.ti,ab,kf. OR Specialized hospital*.ti,ab,kf. OR Specialised hospital*.ti,ab,kf.

AND

exp Reimbursement Mechanisms/ OR exp Quality Improvement/ec OR exp "Quality of Health Care"/ec OR Capitation Fee/ OR reimbursement mechanism*.ti,ab,kf. OR reimbursement system*.ti,ab,kf. OR pay-for-performance.ti,ab,kf. OR capitation fee*.ti,ab,kf. OR financial incentive*.ti,ab,kf. OR Healthcare cost*.ti,ab,kf. OR health care cost*.ti,ab,kf. OR fee-for-service-plan*.ti,ab,kf. OR payment system*.ti,ab,kf. OR Payment model*.ti,ab,kf.

AND

Limit: 2005-current, English language

Zoekstring Embase

exp tertiary care center/ or health care facility/ or exp teaching hospital/ or university hospital/ or exp outpatient department/ OR Special hospital*.ti,ab. OR teaching hospital*.ti,ab. OR university hospital*.ti,ab. OR Academic Medical Center.ti,ab. OR Academic Medical Center.ti,ab. OR University clinic*.ti,ab. OR tertiary care cent*.ti,ab. OR Tertiary Referral Cent*.ti,ab. OR tertiary referral hospital*.ti,ab. OR University medical cent*.ti,ab. OR tertiary hospital*.ti,ab. OR Specialized hospital*.ti,ab. OR Specialised hospital*.ti,ab.

AND

exp reimbursement/ OR exp capitation fee/ OR reimbursement mechanism*.ti,ab. OR reimbursement system*.ti,ab. OR pay-for-performance.ti,ab. OR capitation fee*.ti,ab. OR financial incentive*.ti,ab. OR Healthcare cost*.ti,ab. OR health care cost*.ti,ab. OR fee-for-service-plan*.ti,ab. OR payment system*.ti,ab. OR Payment model*.ti,ab.

AND

Limit: 2005-current, English language

Limit not conference abstract status

Bijlage 2. Beschrijving van de geïncludeerde studies

auteur	Type studie	Land uitvoering	Doel van de studie	uitkomstmaten	Resultaat/conclusie
Aigner(4)	Cohort	Duitsland	werkelijke kosten van de acute intramurale behandeling van heupfracturen in kaart te brengen en de kosten te vergelijken met de vergoeding	Kosten behandeling en vergoeding. En determinanten die deze kosten beïnvloeden	De kosten van geriatrische patiënten met een heupfractuur zijn niet kostendekkend
Shin(5)	Cohort	Nieuw Zeeland	Relatie tussen de financiering in derdelijns ziekenhuizen de kosten te vergelijken met de vergoeding	hoe de gemiddelde financiering per patiënt afhangt van factoren die zijn opgenomen in het op de bevolking gebaseerde financieringssysteem	Veel behandelingen zijn niet kostendekkend omdat patiënten in derdelijns ziekenhuizen vaak complexer zijn
Shomaker (6)	Perspective	US	Beschrijven van potentiële impact van financierings-hervormingen	Voor-nadelen van drie hervormingen: 1. betaling van een vooraf overeengekomen vergoeding aan een aanbieder om coördineren van de zorg die nodig is door een patiënt gedurende een bepaalde periode. 2. Betaling op basis van de kwaliteit van de patiëntuitkomsten bereikt. 3. Bundelfinanciering	Academische ziekenhuizen moeten hun prominente positie in hun regio gebruiken en nationaal om het voortouw te nemen en helpen vorm te geven aan hoe nieuwe betalingsmodellen zijn uitgerold over het hele land.
Gosdin (7)	Survey	US	Beschrijving van de organisatorische, administratieve en financiële structuren van de academische kinderiekenhuisgeneeskunde	Beschrijving van academische programma's	Er lijkt variabiliteit te zijn in een aantal programmafactoren, waaronder de werklust van de medewerkers, interne dekking en of het programma een afzonderlijke afdeling is of een afdeling binnen een andere academische afdeling.
Grover (8)	Perspective	US	Beschrijven van financiële situatie van academische medische centra gerelateerd aan hun taken (onderwijs, onderzoek)/kosten en baten van medisch onderwijs		Er zijn oproepen voor meer verantwoordelijkheid voor de publieke steun die onderwijsziekenhuizen krijgen voor het geven van onderwijs aan artsen. Wetgeving moet zich richten op meer transparantie over de kosten voor de opleiding, maar ook op de controle van vaardigheden ed.
Johnston (9)	Perspective	US	Reflectie op de alsmaar groter wordende academische medische centra en de		Academische medische centra moeten worden geoptimaliseerd om snel innovatie in de zorg die aansluit

auteur	Type studie	Land uitvoering	Doel van de studie	uitkomstmaten	Resultaat/conclusie
			risico's hiervan, de kosten die hiermee gemoeid zijn en de kwaliteit die wordt geleverd		bij de maatschappelijke belangen. Dit is een uitdaging, mede door de traditionele fee-for-service-model met redelijk betrouwbare marges. Innovatie is echter enorm waardevol voor de samenleving, grote organisaties als de academische medische centra zijn niet wendbaar als ze zo groot zijn en zullen minder snel innoveren.
Jung (10)	Cohort	Korea	Veranderingen in klinische praktijkpatronen te onderzoeken na de introductie van diagnosegerelateerde groepen (DRG's) in Koreaanse tertiaire ziekenhuizen en om het effect ervan op de kwaliteit van de ziekenhuiszorg te evalueren.	Effect van DRG op kwaliteitsmaten binnen de gynaecologie en verloskunde	De verblijfsduur nam significant af, geen toename polibezoeken en percentage heropname daalde
Stimpson (11)	Perspective	US	Beschrijving van de rol van umc's in het zorgsysteem en potentiële strategieën voor de financieringsstructuren in de zorg		Het is cruciaal om oplossingen te bedenken voor het verbeteren van de (financiële) kwaliteit van umc's. Dit zal liggen in een combinatie van markt- overheids- en systeemhervormingen en hen te helpen bij het vervullen van hun sociale en organisatorische missies
Mitchell (12)	Survey	US	Inzichtelijk maken van de impact en percepties van het Academic Incentive Plan (AIC)	Begrip van het AIC en de perceptie van de impact van het AIC	Een minimale financiële stimulans leidt tot een aanmoediging om de academische activiteiten uit te breiden
Auh (13)	Cohort	US	Toetsen van de haalbaarheid van een alternatief betaalmodel voor Mohs micrographic surgery (MMS)	Gemiddelde kosten van een bundel op basis van verschillende typen reparatiebundels	Het bundelen van chirurgische reparaties met MMS op basis van een gemiddelde vergoeding vertegenwoordigt niet de heterogeniteit van de geleverde zorg en resulteert in een aanzienlijk deel van de gevallen in onder- of overbetaling. Bijgevolg zouden episodes van zorg betalingen die MMS en chirurgische reparaties bundelen, artsen onnauwkeurig vergoeden voor het werk.
Miller (14)	Perspective	US	Beschrijven van diverse financiële modellen voor umc's		Specifieke acties zijn nodig om betalingshervormingen succesvol te laten zijn: 1) ontkoppelen van financiering voor onderwijs en onderzoek tegen betaling van de dienstverlening, 2) voorspelbare betalen voor essentiële ziekenhuisdiensten, 3) verbeteren van kwaliteit en efficiëntie van zorg bij umc's, 4) ondersteunen van samenwerking tussen umc's en anderen aanbieders door concentratie van diensten

auteur	Type studie	Land uitvoering	Doel van de studie	uitkomstmaten	Resultaat/conclusie
Greenapple (15)	Survey	US	Bepalen welke betalings- en zorgverleningsmodellen worden beschouwd als haalbaar en meest impactvol bij het beheersen van de kosten van kankerzorg	Inzicht in hoe de toenemende kosten van kankerzorg kan worden verlaagd	Noodzaak voor samenwerking tussen zorgverleners en prikkels om de vergoedingsstructuren te veranderen. Daarnaast is aandacht voor het verminderen van niet-gepaste zorg nodig
Ihejirika (16)	Survey	US	Onderzoeken of veranderingen in behandeling van patiënten met orthopedische traumachirurgie op basis van veranderingen in beleid en vergoeding	Keuze van behandeling gebaseerd op het betalingsmodel	Er was een significanten toename in de keuze van respondenten om patiënten over te brengen naar tertiaire zorgcentra onder het capitatatie model en het 'penalty' model in vergelijking met het huidige fee for service model
Daniels (17)	Perspective	US	Discussie over organisatiestructuur van de umc's en hoe deze invloed hebben op de andere zorgorganisaties en stakeholders		Organisatorische veranderingen zijn nodig om het AMC zijn volledige educatieve, dienstverlenende, wetenschappelijke en maatschappelijke potentieel te laten realiseren. De integratietrends zich zullen voortzetten met contractueel gebaseerde umc's die kiezen voor ofwel het vaste organisatiemodel of voor de invoering van governance- en budgettaire innovaties die deze entiteiten er functioneel uit laten zien.
Hardin (18)	Perspective	US	Beschrijven van ervaringen met bundelbetalingen en welke organisatieveranderingen er nodig zijn voor een succesvolle implementatie van bundel betalingen		De wildgroei aan initiatieven zoals bundelbetalingen en andere op risico gebaseerde contracten biedt kansen om het cross-continuümsysteem van zorg te verbeteren. Succes wordt gedreven door de toewijding van het leiderschap om te investeren in de middelen om aan de behoeften van de patiënt te voldoen en het herontwerp van het zorgverleningssysteem dat nodig is om de resultaten op de lange termijn te verbeteren. Nieuwe interprofessionele rollen en partnerschappen komen snel naar voren als sleutel tot een effectieve strategie, waaronder integratie van data-analisten, financiële analisten, codering en registratie, en samenwerking met concurrerende zorgaanbieders. Aandacht voor de culturele verandering en nieuwe competenties die dit vereist om samen te werken buiten traditionele rollen is een belangrijk aspect van het succes van het programma.
Kessels (19)	Discrete choice experiment (DCE)	Belgium	Met een DCE onderzoeken hoe veranderingen in uitkomsten in zorg als gevolg van hervormingen	Veranderingen van betalingssystemen en vergelijkingen in verschillende landen	Het verschil in de zorgstelsels tussen landen heeft invloed op de waardering van nieuwe hervormingen en de verschillende uitkomst domeinen

auteur	Type studie	Land uitvoering	Doel van de studie	uitkomstmaten	Resultaat/conclusie
Conrad (20)	Mixed methods	US	Beschrijven van uitdagingen, kansen en lessen van betalingshervormingen van projecten in verschillende regio's in de US	diverse	Multi-stakeholder coalities moeten een gedefinieerde set ontwikkelen van kwaliteits-, resultaten, en kostenprestatie maatstaven en de interoperabele informatiesystemen ter ondersteuning van gegevensverzameling en rapportage van op waarde gebaseerde betalingsregelingen. Waakzaamheid op het gebied van antitrust is noodzakelijk om de 'sweet spot' van concurrentie en samenwerking tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders te vinden. Transparantie van prijs en kwaliteit, ondersteund door claimsdata, zijn van cruciaal belang bij het stimuleren van value based betalingen en kostenbeperking.
Marcus (21)	Beschrijving van ervaringen	US	Beschrijven van de uitdagingen en kansen van het afstemmen van prikkels tussen ziekenhuizen en academische klinische afdelingen, de ervaringen van implementatie van een alternatief betalingssysteem en de toekomstige uitdagingen van orthopedische afdelingen van ziekenhuizen	Kosten, personeel, uitkomsten	De afgelopen vijf jaar heeft het afstemmen van incentives geleid tot verhoogde productiviteit en een financieel voordeel voor zowel het ziekenhuis als de chirurgen
Weissenberger (22)	Cohort	Zwitserland	Onderzoeken of verschillen zijn in uitkomsten bij de invoering van een alternatief betalingssysteem tussen	Verschillende uitkomstmaten	Het alternatieve systeem leidde tot een hogere patiënttevredenheid, minder heropnames en kortere verblijfsduur
Iorio (23)	Cohort	US	Onderzoeken of een alternatief betalingsmodel leid tot betere kwaliteit, meer coordinatie en lagere kosten	Diverse uitkomstmaten	Het alternatieve model is kostenbesparend

Bijlage 3. Interviewguides

Interviewguide project betrokkenen

Interviewleidraad topspecialistische functies

Introductie

- Binnen het huidige programma Topspecialistische zorg (TZO) wordt topspecialistische zorg middels een projectsubsidie gefinancierd. Het doel van dit interview is om op basis van uw ervaringen met de projecten te bespreken welke voorwaarden en criteria van belang zijn om deze functies duurzaam te financieren en hoe dit kan worden gefinancierd.
- We hebben een aantal vragen voorbereid, en de verwachting is dat dit interview een uur duurt
- Het interview is als volgt opgebouwd (afhankelijk van geïnterviewde dit aanpassen).
 - Algemene vragen over uw functie en rol binnen TZO/topspecialistische zorg
 - Afbakening van topspecialistische zorg
 - Knelpunten bij de financiering van topspecialistische zorg
 - Vormgeving van een nieuw bekostigingssysteem voor topspecialistische zorg
 - Stakeholders, randvoorwaarden en contextuele factoren bij implementatie van een nieuw bekostigingssysteem
- Met uw toestemming, wil ik het interview graag opnemen met een voicerecorder. De data van het interview blijft vertrouwelijk maar de naam van de organisatie en van het project worden in principe niet geanonimiseerd. Mochten we in directe zin gebruik maken van fragmenten uit dit interview dan zullen we altijd om toestemming vragen. Kunt u hiermee instemmen?

Algemene vragen over uw functie en rol binnen TZO

- Kunt u mij iets vertellen uw huidige functie?
- Kunt u uw rol toelichten binnen het programma TZO?
- Wat verstaat u onder topspecialistische zorg?
- Welke werkzaamheden zijn volgens u allemaal onderdeel van topspecialistische zorg?
- Levert u buiten het TZO-project topspecialistische zorg? Zo ja, welke zorg?
- Levert u zorg die geen topspecialistische zorg is? Zo ja, welke zorg?
- Dus als ik het goed begrijp dan levert u de volgende topspecialistische zorg De volgende vragen gaan specifiek over deze zorg.

Knelpunten bij financiering van topspecialistische zorg

- Hoe wordt topspecialistische zorg momenteel binnen uw organisatie gefinancierd?
- Welke knelpunten met betrekking tot financiering ervaart u bij het leveren van topspecialistische zorg?
- Welke knelpunten met betrekking tot financiering ervaart u bij het opstarten van topspecialistisch onderzoek?
- Welke knelpunten met betrekking tot financiering ervaart u op het gebied van onderwijs en disseminatie van topspecialistische kennis?
- Welke overige knelpunten met betrekking tot financiering ervaart u bij topspecialistische zorg?

Vormgeving van nieuwe bekostiging

- Hoe zou u topspecialistische zorg het liefst bekostigd willen hebben?
- Wat heeft uw voorkeur met betrekking tot de breedte van de bekostiging (wat allemaal

- binnen de bekostigingseenheid valt): moet deze breder zijn dan de DBC of smaller?
- In hoeverre moet de bekostiging kostendekkend zijn? Zijn de huidige DBC-tarieven kostendekkend?
 - Heeft het uw voorkeur als het tarief vooraf vast wordt gesteld, of achteraf wordt berekend?
 - Heeft u een voorkeur voor de financieringsbron? Zou dat dezelfde bron moeten zijn als bij de DBC-bekostiging (verzekeraars) of juist een andere?
 - Moet de bekostiging worden gekoppeld aan bepaalde uitkomsten? Zo ja, welke en op welke manier?
 - Wat is de voor u optimale looptijd van de bekostiging? Is dat +-30 dagen zoals bij een DBC, of langer of korter?
 - Welke factoren zijn belangrijk om mee te wegen voor de financiering?
 - Waar hecht u de meeste waarde aan (lage administratieve last, duurzaamheid, etc.)?

Afbakening van Topspecialistische zorg

- Welke vormen van topspecialistische zorg zouden in aanmerking moeten komen voor de nieuwe bekostiging? Welke zorg zou niet in aanmerking moeten komen?
- Waaraan moet topzorg voldoen om in aanmerking te komen voor structurele financiering? Welke criteria zijn bruikbaar voor afbakening van topspecialistische zorg?
- Doorvragen (hoe geoperationaliseerd)
- Toelatingscriteria TZO:
 - Bovenregionale functie,
 - Topspecialistische functie op een samenhangend domein waar zorg, onderzoek en O&O elkaar versterken
 - Professioneel netwerk
 - Wetenschap en innovatie
 - Infrastructuur
- Literatuurstudie:
 - Kwaliteit
 - Houdbaar en duurzaam (niet leiden tot overbehandeling)
 - Houdbaar (capaciteit om duurzaam 3 functies te verlenen)
 - Eenvoudig en hanteerbaar (inbedding in bekostigingsstructuur)
 - Transparantie (bekostiging betrouwbaar inzicht in kosten interventie)
 - Flexibiliteit (ruimte om routiniseren)
 - Externe effecten (geen ongewenste verschuivingen marktaandeel)
- Welke partij zou deze criteria moeten toepassen (bepalen wie in aanmerking komt voor financiering topspecialistische zorg)?

Stakeholders die zijn betrokken bij de implementatie

- Wie zijn de belangrijkste stakeholders voor de duurzame financiering van topspecialistische zorg? Waarom?
- Op welke manier zouden we ze volgens u moeten betrekken?
- Wie (organisatie, afdeling, personen) is een belangrijke supporter? Waarom? Wat zijn nog meer supporters? (interesse in het onderwerp, invloed, positie, impact op de organisatie, afdeling, persoon)
- Wie (organisatie, afdeling, personen) zal het meest belemmerend zijn? Waarom? Hoe kunnen we hier het best mee omgaan volgens u? Wie zijn nog meer belemmerend? (interesse in het onderwerp, invloed, positie, impact op de organisatie, afdeling, persoon)
- Wie hebben veel invloed?

Randvoorwaarden en contextuele factoren bij implementatie

- Welke factoren kunnen onder het nieuwe bekostigingssysteem een belemmering vormen

voor het leveren van topspecialistische zorg?

- Wat in de bekostiging kan een organisatie tegenhouden om topzorg te leveren?
- Wanneer stop je met topzorg?
- Wat is er voor nodig vanuit de organisatie om succesvol topzorg te gaan leveren?
- In hoeverre spelen interne financieringsstromen een rol bij het leveren van topspecialistische zorg? (afdelingsbegroting, etc.)
- Welke rol spelen medisch specialisten bij levering van topspecialistische zorg? Wat bevordert de deelname van medisch specialisten om topspecialistische zorg te leveren? Wat belemmert deelname aan topspecialistische zorg?
- Welke rol speelt het overig (verpleegkundig) personeel?
- Welke rol spelen zorgverzekeraars bij het leveren van topspecialistische zorg?
- Welke overige factoren spelen een rol bij succesvolle implementatie van topspecialistische zorg onder een nieuw bekostigingssysteem?

Afsluiting

- Is er nog iets wat we nog niet besproken hebben rondom topspecialistische zorg waarvan u denkt dat nog wel van belang kan zijn?

Bedank geïnterviewde.

Afsluiting: we spreken de komende tijd nog met andere betrokkenen. De resultaten van de interviews gaan we verwerken in een herziene set van criteria en voorkeurs-scenario voor financiering. In het najaar organiseren we nog een afsluitende bijeenkomst waarin we dit presenteren en we nogmaals uw input vragen.

Interviewguide externe stakeholders

Interviewleidraad topspecialistische functies

Introductie

- Binnen het huidige programma Topspecialistische zorg (TZO) wordt topspecialistische zorg middels een projectsubsidie gefinancierd. Het doel van dit interview is om u vanuit uw rol bij uw huidige werkgever te vragen naar uw visie op financiering en organisatie van topspecialistische zorg. Meer specifiek willen wij het met u hebben over criteria / voorwaarden van topspecialistische zorg. Daarnaast horen wij graag welke bekostigingsmogelijkheden u ziet voor de (duurzame) financiering van topspecialistische zorg.
- We hebben een aantal vragen voorbereid, en de verwachting is dat dit interview een uur duurt
- Het interview is als volgt opgebouwd (afhankelijk van geïnterviewde dit aanpassen).
 - Algemene vragen over uw functie en uw visie op topspecialistische zorg
 - Afbakening van topspecialistische zorg
 - Knelpunten bij de financiering van topspecialistische zorg
 - Vormgeving van een nieuw bekostigingssysteem voor topspecialistische zorg
 - Stakeholders, randvoorwaarden en contextuele factoren bij implementatie van een nieuw bekostigingssysteem
- Met uw toestemming, wil ik het interview graag opnemen met een voicerecorder. De data van het interview blijft vertrouwelijk maar de naam van de organisatie en van het project worden in principe niet geanonimiseerd. Mochten we in directe zin gebruik maken van fragmenten uit dit interview dan zullen we altijd om toestemming vragen. Kunt u hiermee instemmen?

Algemene vragen over uw functie

- Kunt u mij iets vertellen uw huidige functie?
- Wat verstaat u onder topspecialistische zorg? Uw visie
- Bent u bekend met de definitie van topspecialistische zorg die in het TOVER project gebruikt wordt? Zoja, kunt u zich vinden in deze definitie?
- Kunt u uw mogelijke rol toelichten voor de financiering van topspecialistische zorg?
- Welke werkzaamheden zijn volgens u allemaal onderdeel van topspecialistische zorg?
- Welke rol zal uw organisatie kunnen hebben in de verduurzaming van topspecialistische zorg?

Knelpunten bij financiering van topspecialistische zorg

- Heeft u een idee hoe topspecialistische zorg momenteel gefinancierd wordt?(Niet alleen binnen TOVER maar ook op andere manieren, niet de UMC's)
- Welke knelpunten met betrekking tot financiering denkt u dat er zijn bij het leveren van topspecialistische zorg? Heeft u hier zelf ervaring mee? Heeft u hier voorbeelden van?
- Welke knelpunten met betrekking tot financiering denkt u dat er zijn bij het opstarten van topspecialistisch onderzoek?
- Welke knelpunten met betrekking tot financiering denkt u dat er zijn op het gebied van onderwijs en disseminatie van topspecialistische kennis?
- Welke overige knelpunten met betrekking tot financiering denkt u dat er zijn bij topspecialistische zorg?

Vormgeving van nieuwe bekostiging

- Hoe zou topspecialistische zorg het beste bekostigd kunnen worden?
- Wat vindt u van het gebruik van een beschikbaarheidsbijdrage voor de financiering van topspecialistische zorg?
- Wat vindt u van het gebruik van subsidies voor de financiering van topspecialistische zorg?
- Wat heeft uw voorkeur met betrekking tot de breedte van de bekostiging (wat allemaal binnen de bekostigingseenheid valt): moet deze breder zijn dan de DBC of smaller? In hoeverre moet de bekostiging kostendekkend zijn? Zijn de huidige DBC-tarieven kostendekkend?
- Heeft het uw voorkeur als het tarief vooraf vast wordt gesteld, of achteraf wordt berekend?
- Heeft u een voorkeur voor de financieringsbron? Zou dat dezelfde bron moeten zijn als bij de DBC-bekostiging (verzekeraars) of juist een andere?
- Moet de bekostiging worden gekoppeld aan bepaalde uitkomsten? Zo ja, welke en op welke manier?
- Wat is de voor u optimale looptijd van de bekostiging? Is dat +-30 dagen zoals bij een DBC, of langer of korter?
- Welke rol kan uw organisatie spelen bij de duurzame bekostiging van topspecialistische zorg
- Welke factoren zijn belangrijk om mee te wegen voor de financiering?
- Waar hecht u de meeste waarde aan (lage administratieve last, duurzaamheid, etc.)?

Afbakening van Topspecialistische zorg

- Welke vormen van topspecialistische zorg zouden in aanmerking moeten komen voor de nieuwe bekostiging? Welke zorg zou niet in aanmerking moeten komen?
- Waaraan moet topzorg voldoen om in aanmerking te komen voor structurele financiering? Welke criteria zijn bruikbaar voor afbakening van topspecialistische zorg?
- Doorvragen (hoe geoperationaliseerd)
- Toelatingscriteria TZO:
 - Bovenregionale functie,
 - Topspecialistische functie op een samenhangend domein waar zorg, onderzoek en O&O elkaar versterken
 - Professioneel netwerk

<p>Wetenschap en innovatie</p> <p>Infrastructuur</p> <p><u>Literatuurstudie:</u></p> <p>Kwaliteit</p> <p>Houdbaar en duurzaam (niet leiden tot overbehandeling)</p> <p>Houdbaar (capaciteit om duurzaam 3 functies te verlenen)</p> <p>Eenvoudig en hanteerbaar (inbedding in bekostigingsstructuur)</p> <p>Transparantie (bekostiging betrouwbaar inzicht in kosten interventie)</p> <p>Flexibiliteit (ruimte om routiniseren)</p> <p>Externe effecten (geen ongewenste verschuivingen marktaandeel)</p> <p>(ROBIJN en ECZA criteria)</p> <p>- Welke partij zou deze criteria moeten toepassen (bepalen wie in aanmerking komt voor financiering topspecialistische zorg)?</p> <p>- Mogelijk: zou uw organisatie een rol moeten hebben in het toepassen van deze criteria?</p>
<p>Stakeholders die zijn betrokken bij de implementatie</p> <p>- Wie zijn de belangrijkste stakeholders voor de duurzame financiering van topspecialistische zorg? Waarom?</p> <p>- Op welke manier zouden we ze volgens u moeten betrekken?</p> <p>- Wie (organisatie, afdeling, personen) is een belangrijke supporter? Waarom? Wat zijn nog meer supporters? (interesse in het onderwerp, invloed, positie, impact op de organisatie, afdeling, persoon)</p> <p>- Wie (organisatie, afdeling, personen) zal het meest belemmerend zijn? Waarom? Hoe kunnen we hier het best mee omgaan volgens u? Wie zijn nog meer belemmerend? (interesse in het onderwerp, invloed, positie, impact op de organisatie, afdeling, persoon)</p> <p>- Wie hebben veel invloed?</p>
<p>Invloed op organisatie (kijken welke vragen geschikt zijn)</p> <p>- Wat betekent topspecialistische zorg in uw organisatie?</p> <p>- Welke voorwaarden stelt uw organisatie aan topspecialistische zorg?</p> <p>- Welke effecten heeft het bekostigen van topspecialistische zorg op uw organisatie? (Positief / negatief)</p> <p>- Welke invloed / rol heeft uw organisatie op het vaststellen van criteria voor topspecialistische zorg?</p> <p>- Welke invloed / rol heeft uw organisatie op het bekostigen van topspecialistische zorg/</p> <p>- Welke invloed / rol heeft uw organisatie op het implementeren van een nieuw bekostigingssysteem voor het leveren van topspecialistische zorg?</p>
<p>Randvoorwaarden en contextuele factoren bij implementatie</p> <p>- Welke factoren kunnen onder het nieuwe bekostigingssysteem een belemmering vormen voor het leveren van topspecialistische zorg?</p> <p>- Wat in de bekostiging kan een organisatie tegenhouden om topzorg te leveren?</p> <p>- Wanneer stop je met topzorg?</p> <p>- Wat is er voor nodig vanuit de organisatie om succesvol topzorg te gaan leveren?</p> <p>- In hoeverre spelen interne financieringsstromen een rol bij het leveren van topspecialistische zorg? (afdelingsbegroting, etc.)</p> <p>- Welke rol spelen medisch specialisten bij levering van topspecialistische zorg? Wat bevordert de deelname van medisch specialisten om topspecialistische zorg te leveren? Wat belemmert deelname aan topspecialistische zorg?</p> <p>- Welke rol speelt het overig (verpleegkundig) personeel?</p> <p>- Welke rol spelen zorgverzekeraars bij het leveren van topspecialistische zorg?</p>

- Welke overige factoren spelen een rol bij succesvolle implementatie van topspecialistische zorg onder een nieuw bekostigingssysteem?

Afsluiting

- Is er nog iets wat we nog niet besproken hebben rondom topspecialistische zorg waarvan u denkt dat nog wel van belang kan zijn?

Bedank geïnterviewde.

Afsluiting: we spreken de komende tijd nog met andere betrokkenen. De resultaten van de interviews gaan we verwerken in een herziene set van criteria en voorkeurs-scenario voor financiering. In het najaar organiseren we nog een afsluitende bijeenkomst waarin we dit presenteren en we nogmaals uw input vragen.

Bijlage 4. Kenmerken respondenten interviews

Aantal respondenten = 45	
Gemiddelde leeftijd	50 jaar
Geslacht	22 Mannen 23 Vrouwen
Functie	Hoofdaanvrager TZO Projectleider TZO Projectadviseur TZO Bestuurlijk verantwoordelijke TZO Manager hartcentrum Controller Oncologisch chirurg Verpleegkundig specialist Senior onderzoeker Business controller Revalidatie, Research en Kwaliteit & Veiligheid Commercieel directeur & management adviseur met innovatie en implementatiekracht Cardioloog Hoofd wetenschappelijk onderzoek Senior beleidsadviseur Raad van Bestuur Neurochirurg Raad van Bestuur CEO Hoofd innovatie Hoofd financiën & control en inkoop Interim head of research affairs Directeur centrum Coördinator Onderzoek / Preventie, Zorg & Kwaliteit van Leven Manager centrum Perinatoloog Voorzitter Raad van Bestuur Manager M&C, contractmanager & zorgbesteding Adviseur zorginnovatie Beleidsmedewerker CSO Senior adviseur medical innovation Beleidsadviseur zorg Beleidsadviseur informatiebeleid Adviserend geneeskundige Directeur zorg Manager Zorginkoop Medisch Specialistische Zorg Senior beleidsadviseur topklinische zorg, acute zorg, visitaties en oncologie Senior beleidsadviseur wetenschap, opleiding en portefeuille financiën Beleidsmedewerker curatieve zorg Beleidsadviseur team medische-specialistische zorg Adviseur patiëntbelang Senior adviseur beroepsbelangen Bestuurslid, portefeuille beroepsbelangen

Bijlage 5. Criteria/randvoorwaarden van topspecialistische zorg (gerelateerde) onderwerpen

BBAZ (academische patiënt)	Zonmw-criteria	STZ-criteria (topklinisch)	Expertisecentra criteria	Literatuur criteria (internationaal)
<ul style="list-style-type: none"> • Academische patiënt: • Uniek zorgaanbod • Behandelintensiteit • Multispecialistische zorg • Complexe ingreep • Zeldzame diagnose • Tertiaire verwijzing • Multimorbide <p>Totaal aantal patiënten Nederlandse zorgaanbieder moet min. 35% academische patiënt zijn.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bovenregionale functie • Zeer specialistische zorg • Registratie • Continuïteit van patiëntenzorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Ziektebeeld • Diagnostiek • Bijzondere behandeling • Multispecialistische zorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Hooggespecialiseerde complexe patiëntenzorg • Multidisciplinair • Coördineert zorgaanbod binnen gehele keten voor specifieke aandoening • Continuïteit van verstrekking transitiezorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Kwaliteit (interventie) • Houdbaar en duurzaam (financieringssysteem) • Houdbaar en duurzaam (ziekenhuis) • Eenvoudig en hanteerbaar (financieringssysteem) • Transparantie (financieringssysteem) • Flexibiliteit (financieringssysteem) • Externe effecten (gereguleerde markt)
<ul style="list-style-type: none"> • Wetenschappelijk onderzoek <p>Zorgaanbieder moet voldoen aan kenmerken uit huidige definitie van de topreferente functie waarbij het verrichten van fundamenteel wetenschappelijk onderzoek een belangrijk element is.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wetenschap en innovatie 	<ul style="list-style-type: none"> • Wetenschap 	<ul style="list-style-type: none"> • Verrichten van wetenschappelijk onderzoek op gebied van zeldzame aandoening en publicaties • Op de hoogte van meeste recente wetenschappelijke ontwikkelingen 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Kennisoverdracht 		<ul style="list-style-type: none"> • Verantwoordelijk voor realiseren en ontwikkeling van zorgstandaarden en richtlijnen en werkt 	

			<p>mee aan verspreiding hiervan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zorg dragen voor opleiding en overdracht van kennis naar experts van multidisciplinaire team • Bereidheid tot visitatie • Zorgdragen voor voorlichting en deskundigheidsbevordering van externen 	
<p>Bestuurlijk formeel samenwerkingsverband met Nederlands instituut voor fundamenteel wetenschappelijk onderzoek of Nederlandse geneeskunde faculteit.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Professioneel netwerk • Infrastructuur • Patiëntenbetrokkenheid • Kosten • (Additioneel geldend voor consortia) 	<ul style="list-style-type: none"> • Netwerk • Patiëntenverenigingen organisatie 	<ul style="list-style-type: none"> • Beschikken over systematiek om kwaliteit van zorg te waarborgen • Samenwerking met patiëntenorganisaties om kwaliteit van zorg te verbeteren • Samenwerking op terrein van onderzoek en patiëntenzorg met andere expertisecentra in binnen- en buitenland • Fungeren als informatieloket en vraagbaak voor zorgverleners, patiënten en hun naasten • Zorgdragen voor opslag van medische data/lichaamsmateriaal • Coördineren en adviseren grensoverschrijden de gezondheidszorg met aangewezen expertisecentra in andere EU-landen, waarnaar patiënten of biologische monsters kunnen worden doorverwezen 	

Bijlage 6. Invulsheet kostenonderzoek

Handleiding TOVER kostprijsonderzoek

1. Inleiding

In opdracht van ZonMW voert IQ healthcare en ESHPM het evaluatietraject TOPzorg VERzilveren (TOVER) uit. Een onderdeel van het evaluatieproject TOVER is om aanbevelingen te doen over structurele bekostiging van topzorg. Hiervoor is nodig om te inventariseren welke kosten horen bij topzorg en welke bekostigingsvorm daarbij past. Daarom voeren we in samenwerking met de TZO-projecten een kostprijsonderzoek uit. Op basis van verkennende gesprekken zijn zes categorieën van topzorgkosten onderscheiden, die in variërende mate terugkomen in de TZO-projecten:

1. Kosten van de vaste onderzoeks- en opleidingsinfrastructuur (O&O)
2. Kosten van evaluatie-onderzoek
3. Implementatiekosten
4. Meerkosten van de topzorg-behandeling
5. Kosten van de beschikbaarheidsfunctie van topzorg
6. Kosten van opleiding en kennisdisseminatie

Tabel 1 geeft een aantal voorbeelden per kostenfunctie. Het is belangrijk om deze functies te onderscheiden, omdat deze kenmerkende kostenstructuren hebben die het beste passen bij verschillende vormen van bekostiging.

Kostenfunctie	Kenmerken	Voorbeelden
Vaste kosten onderzoeks- en opleidings- (O&O) infrastructuur	Vaste kosten die onafhankelijk zijn van evaluatieonderzoek en vaak afdelingoverstijgend zijn	O&O-afdeling, Grant support, ICT-infrastructuur, Samenwerking met Universiteiten/ UMCs
Kosten van evaluatie-onderzoek	Kosten voor uitvoering van klinische trials en (kosten-) effectiviteits-onderzoek,	Vooral arbeidskosten onderzoekers, medisch specialisten, onderzoeks-ondersteuning, materiële kosten per patiënt
Implementatiekosten	Kosten om een innovatie te laten landen in de reguliere zorgverlening	Kosten van dure medische apparatuur, opleiding van specialistisch personeel, netwerkvorming
Meerkosten van topzorg-behandeling	Kosten die topzorginstellingen maken om topzorg te leveren bovenop de reguliere behandeling in reguliere ziekenhuizen	Inzet van extra gespecialiseerd personeel, inzet van extra tijd en middelen voor complexe casemix, intercollegiale consulten op afstand
Kosten van de beschikbaarheidsfunctie van topzorg	Kosten die topzorginstellingen maken om topzorg te leveren die niet direct te koppelen is aan een patiëntepisode	24-uurs beschikbaarheid, onderhouden van een biobank
Kosten van opleiding en kennis-disseminatie	Kosten om topklinische kennis over te dragen aan collega's en medisch specialisten in opleiding	Congressen, opleidingsplaatsen, bijscholingsbijeenkomsten

Verschillende kostenvormen zijn het meest gebaat bij verschillende vormen van bekostiging. Op basis van onze analyses van de literatuur, gesprekken met de TZO-projecten en eigen analyse is gekozen om ons binnen TOVER te richten op drie vormen van bekostiging van topzorg:

- d) via een jaarlijkse vaste budgettaire financiering (beschikbaarheidsbijdrage topzorg),
- e) via een subsidiematige financiering (topzorgsubsidie)

- f) via een financiering gekoppeld aan patiëntepisodes (Diagnose-behandelcombinatie topzorg).

Binnen de laatste categorie worden drie vormen onderscheiden: 1. bekostiging op basis van een aanwijzing binnen de wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV), vallend onder het DBC-A-segment; 2. Bekostiging via een vrij onderhandelbare add-on topzorg, vallend onder het DBC-B-segment; 3. Bekostiging van meerwaarde van topzorg (waardebekostiging) via een nieuw te ontwikkelen DBC-structuur (DBC-C).

De details van de verschillende bekostigingsvormen, bijvoorbeeld de financieringsbron, de manier van toelating en welke partij hiervoor verantwoordelijk is, worden nog nader uitgewerkt. Om de gemiddelde passende hoogte van de bekostiging te bepalen wordt een kostprijsonderzoek uitgevoerd. Hierbij is het belangrijk om op te merken dat we uitgaan van een **gemiddelde hoogte**. Dit betekent dat sommige instellingen meer gebaat zijn bij een bepaalde bekostiging, en andere instellingen juist minder. Om te komen tot een gemiddelde hoogte van de bekostiging worden de tien TZO-projecten gebruikt. In een later stadium wordt onderzocht in hoeverre deze projecten voldoende representatief zijn. De analyse dient vooral ter illustratie van de voor- en nadelen van verschillende bekostigingsvormen. Deze analyse wordt aangevuld met kwalitatief onderzoek om tot aanbevelingen te komen met betrekking tot duurzame financiering van topzorg.

Om te komen tot de aanbevelingen worden een aantal stappen doorlopen:

1. De instellingen geven aan welke kosten binnen het TZO-project vallen onder welke kostenfunctie. Gedetailleerde instructies worden hieronder gegeven.
2. De instellingen leveren extra informatie aan om de bekostigingsvormen vorm te geven. Dit betreft met name het (verwachte) aantal patiëntepisodes en de (verwachte) meerwaarde van reguliere topzorg. Gedetailleerde instructies worden onder gegeven.
3. De gegevens worden in overleg gecontroleerd door onderzoekers van het Radboudumc.
4. Er worden interviews gehouden om de problematiek rondom bekostiging van topzorg in kaart te brengen, en breed eventuele knelpunten te kunnen rapporteren.
5. Per bekostigingsvorm wordt een gemiddelde hoogte van de bekostiging berekend over de tien TZO-projecten. Ook wordt gekeken naar combinaties van bekostigingsvormen. Per instelling wordt het financieel effect van de verschillende bekostigingsvormen weergegeven.
6. De resultaten worden besproken met de TZO-instellingen en eventuele knelpunten, voorkeuren of aanbevelingen hierbij worden besproken en meegenomen in de aanbevelingen
7. Er worden aanbevelingen gedaan voor structurele bekostiging van topzorg in de vorm van een tussenrapportage.

Hierbij is de doelstelling om de lastendruk op de TZO-projecten te beperken, en waar mogelijk concurrentiegevoelige informatie te beschermen. Vóór 31 oktober willen we de interviews en data-verzameling (fase 1-4) afgerond hebben en de interviews over de knelpunten hebben afgerond. Dit betekent dat we de benodigde data voor het kostprijsonderzoek vóór 31 oktober dienen te ontvangen van de TZO-projecten. De tussenrapportage wordt vóór 31 december 2022 opgeleverd.

2. Gedetailleerde handleiding voor het TZO-kostprijsonderzoek.

Per categorie dient te worden aangegeven welke kosten zijn gemaakt of worden verwacht gedurende een bepaalde tijdsperiode. Hierbij kan onderscheid worden gemaakt tussen de kosten die worden gedekt door de ZonMW-subsidie en de kosten die hierbuiten vallen. Er zijn twee verschillende mogelijke aanvierroutes: top-down of bottom-up, beide worden geaccepteerd. De top-down methode begint bij de begroting en het subsidiebedrag en deelt deze kosten in naar de verschillende kostencategorieën. De bottom-up methode inventariseert per categorie de tijd besteed aan het TZO-project door alle personen, inclusief materiaalkosten en overheadkosten, om zo via standaard kostprijzen een inschatting van de totale kosten te maken. Een combinatie van beide methoden is ook mogelijk, bijvoorbeeld top-down toewijzen van subsidiegelden en bottom-

up schatten van de kosten buiten de subsidie. In sommige gevallen wordt om een schatting van toekomstige kosten gevraagd. Hiervoor kunnen ook bandbreedtes worden aangeleverd. Hieronder worden de kostencategorieën in detail beschreven. Het is de bedoeling om de kosten in maximaal één categorie te plaatsen, dus niet dubbel. Bij twijfel in welke categorie een bepaalde kostenpost valt, graag even overleg met de Radboudumc onderzoekers.

2.1. Kosten van de vaste onderzoeks- en opleidingsinfrastructuur (tabblad vaste OO)

Dit betreft de kosten van de vaste infrastructuur die nodig is om onderzoek uit te voeren en opleidingen te geven. Typisch is dat deze kosten TZO-overstijgend zijn: de infrastructuur kan ook worden gebruikt voor andere topzorgonderzoeken en -opleidingen.

Binnen deze categorie vallen fysieke infrastructuur, personele infrastructuur, netwerkinfrastructuur en overhead. Voorbeelden van fysieke infrastructuur zijn ICT-onderzoeksinfrastructuur, werkruimten van de onderzoeksafdeling of onderwijsruimten. Personele infrastructuur omvat de personele ondersteuning op een onderzoeksafdeling, bijvoorbeeld postdocs, grant support officers of vaste methodologische ondersteuning. Netwerkinfrastructuur bevat bijvoorbeeld samenwerkingsovereenkomsten met universiteiten en UMCs, indien hier kosten mee gemoeid zijn. Overhead bevat administratieve onderzoeksfuncties die niet toe te schrijven zijn aan een specifiek onderzoeksproject. Ook kosten ter voorbereiding van het schrijven van grants, inclusief onsuccesvolle grants valt hieronder. De kosten van de vaste onderzoeks- en opleidingsinfrastructuur (O&O) zijn doorgaans relatief beperkt, en bestaan doorgaans vooral uit de kosten voor een vaste postdoc of research officer. Er zit waarschijnlijk veel overlap tussen deze kostenpost en de kostenpost van het evaluatieonderzoek. Stelregel hierbij is dat als een functie volledig is gelabeld op het TZO-evaluatieproject, zoals een PhD, dan valt deze onder de kostenpost evaluatieonderzoek. Stel dat een functie vast in dienst is, maar gedeeltelijk is gelabeld op het TZO-project en deels op andere projecten, dan valt het onder structurele kosten. In andere woorden: zouden de kosten voor deze functie ook gemaakt zijn als het TZO-project er niet was? Indien ja, dan valt het onder structurele kosten, indien nee, dan valt het onder kosten voor evaluatieonderzoek. De kosten dienen gerapporteerd te worden als jaarlijkse kosten. Dit kan het laatste jaar betreffen, of een gemiddeld jaar. Er zijn verschillende mogelijkheden om de structurele O&O kosten te berekenen. Een top-downmethode deelt bijvoorbeeld de jaarlijkse begroting van een O&O afdeling door het aantal onderzoeksprojecten of door de relatieve omvang die het TZO-project vraagt binnen alle O&O-activiteiten. Een bottom-up benadering inventariseert hoeveel tijd is besteed binnen het TZO-project vanuit structurele O&O activiteiten, zoals begeleiding van PhDs, schrijven van grants, administratieve ondersteuning of vormen van onderzoeksnetwerken en hoeveel gebruik is gemaakt van de fysieke infrastructuur zoals onderzoeksruimten en kantoorruimten. Een fictief voorbeeld wordt hieronder gegeven. Bij de bottom-up benadering kan worden gekozen om de tijdseenheden aan te leveren, die de Radboudumc-onderzoekers vermenigvuldigen met standaardtarieven, of de eigen interne daadwerkelijke tarieven/loonkosten kunnen worden aangeleverd, afhankelijk van de voorkeur. De schattingen zijn fictief, evenals de gebruikte tarieven (deze worden indien nodig in een later stadium nauwkeurig uitgezocht).

O&O-kosten, top down berekening (fictief)	
Beschrijving	Schatting van uitgaven
O&O-afdeling met jaarlijkse structurele begroting van €250.000 heeft gedurende vier jaar 10% van de tijd besteed aan ondersteuning van het TZO-project	€25.000 per jaar
Hiernaast besteden twee medisch specialisten gemiddeld 20 uur van hun eigen tijd per jaar aan het schrijven van grants	40 uur * €50 =€2.000
...	...
Totaal	€27.000 per jaar

O&O-kosten, bottom-up berekening (fictief)	
-------------------------------------------------------	--

Beschrijving	Schatting van uitgaven
Bij TZO is één postdoc in vaste dienst betrokken die 20% van de tijd besteed aan onderzoek en begeleiding	0,2FTE postdoc* bruto jaarsalaris €60.000 = €12.000
Een administratief medewerker ondersteunt het TZO-project voor 20% van de tijd	0,2FTE administratief medewerker* bruto jaarsalaris €30.000 = €6.000
Schatting van overhead en gebouwkosten	40% van bovenstaande kosten €7.200
Hiernaast besteden twee medisch specialisten gemiddeld 20 uur van hun eigen tijd per jaar aan het schrijven van grants	40 uur * €50 =€2.000
...	...
Totaal	€27.200 per jaar

2.2. Uitgaven aan evaluatieonderzoek binnen TZO-projecten (tabblad *onderzoek*)

Evaluatieonderzoek omvat klinische trials, effectiviteitsonderzoek en kosten-effectiviteitsonderzoek als onderdeel van TZO-projecten. De kosten voor evaluatieonderzoek omvatten de personele en materiële kosten die direct te koppelen zijn aan het onderzoek. Voorbeelden zijn de uitvoeringskosten van onderzoekers die volledig op het onderzoek zijn gelabeld, zoals PhD-studenten, extra taken van reguliere zorgverleners in het kader van het onderzoek en de materiële kosten die bij het evaluatieonderzoek worden gebruikt, zoals geneesmiddelen en hulpmiddelen. Het betreft in alle gevallen meerkosten bovenop reguliere zorg, dus de onderdelen van het evaluatieonderzoek die vallen onder reguliere zorg en vanuit de reguliere zorg worden vergoed, worden niet meegeteld. Dit geldt ook voor eventuele vergoedingen voor PhD-studenten uit andere bronnen, deze moeten worden verrekend met de kosten. Een onderdeel van het evaluatieonderzoek betreft mogelijk implementatiekosten, zoals trainen van zorgverleners in de nieuwe methodiek of aanschaf van specifieke apparaten. Deze kosten vallen onder implementatiekosten (zie volgende categorie). Ook hierbij is een top-down-benadering of een bottom-up-benadering mogelijk. Bij de bottom-up benadering kan worden gekozen om de tijdseenheden aan te leveren, die de Radboudumc-onderzoekers vermenigvuldigen met standaardtarieven, of de eigen interne daadwerkelijke tarieven/loonkosten kunnen worden aangeleverd, afhankelijk van de voorkeur. De kosten voor evaluatieonderzoek worden gegeven als totaal over de looptijd van het onderzoek.

Een fictief voorbeeld wordt hieronder gegeven. Bij de bottom-up benadering kan worden gekozen om de tijdseenheden aan te leveren, die de Radboudumc-onderzoekers vermenigvuldigen met standaardtarieven, of de eigen interne daadwerkelijke tarieven/loonkosten kunnen worden aangeleverd, afhankelijk van de voorkeur. De schattingen zijn fictief, evenals de gebruikte tarieven (deze worden indien nodig in een later stadium nauwkeurig uitgezocht).

Evaluatieonderzoekskosten, top down berekening (fictief)	
Beschrijving	Schatting van uitgaven
Voor het evaluatieonderzoek is €250.000 vanuit de ZonMW subsidie gereserveerd, te besteden aan PhD-onderzoekers, extra inzet zorgpersoneel dat niet wordt vergoed uit DOT-gelden en overhead	€250.000
Hiernaast besteden twee medisch specialisten 20 uur per jaar van hun eigen tijd aan begeleiding van PhD-studenten	40 uur * €50*4 jaar =€8.000
...	...
Totaal	€258.000 gedurende 4 jaar

Evaluatieonderzoekskosten, bottom-up berekening (fictief)	
Beschrijving	Schatting van uitgaven

Uitvoering van het onderzoek door twee PhD-s gedurende 4 jaar	€250.000 aan loonkosten gedurende 4 jaar, waarvan €100.000 wordt gecompenseerd door universiteiten =€150.000
Extra inzet zorgpersoneel, 2 uur vpk-specialist per patiënt á €25 per uur, 100 patiënten per jaar, gedurende 4 jaar	2 *€25 * 100 *4 jaar = €20.000
Materialen: €100 aan extra materiaalkosten per patiënt, 100 patiënten per jaar, gedurende 4 jaar	€100 * 100 *4 jaar = €40.000
Schatting van overhead en gebouwkosten	10% van bovenstaande kosten €7.200
Hiernaast besteden twee medisch specialisten 20 uur per jaar van hun eigen tijd aan begeleiding van PhD-studenten	40 uur * €50*4 jaar =€8.000
...	...
Totaal	€261.000 per jaar

2.3. Implementatiekosten binnen TZO-projecten (tabblad *implementatie*)

Onder implementatiekosten vallen de éénmalige kosten die nodig zijn om topzorg te leveren die binnen de TZO-subsidie valt. Dit kunnen kosten zijn die vóór of tijdens het evaluatieonderzoek nodig zijn, of kosten die worden gemaakt om een effectieve innovatie te bestendigen in de praktijk. Belangrijke kosten die onder de implementatiekosten vallen zijn de scholing van personeel en aanschafkosten van benodigde infrastructuur. Hieronder valt (diagnostische) apparatuur die specifiek is voor het TZO-onderzoek, en waarbij de kosten onafhankelijk zijn van het aantal patiënten. Ook de tijd die wordt besteed aan het inrichten van het zorgpad en het betrekken van externe partijen is onderdeel van de implementatiekosten. Ook hierbij is zowel een top-down als bottom-up benadering mogelijk, en de kosten worden over zijn totaliteit berekend. Dit kan ook schattingen van implementatiekosten in de toekomst betreffen. Een fictief voorbeeld wordt hieronder gegeven. Bij de bottom-up benadering kan worden gekozen om de tijdseenheden aan te leveren, die de Radboudumc-onderzoekers vermenigvuldigen met standaardtarieven, of de eigen interne daadwerkelijke tarieven/loonkosten kunnen worden aangeleverd, afhankelijk van de voorkeur. De schattingen zijn fictief, evenals de gebruikte tarieven (deze worden indien nodig in een later stadium nauwkeurig uitgezocht).

Implementatiekosten, top down berekening (fictief)	
Beschrijving	Schatting van uitgaven
€25.000 vanuit de ZonMW subsidie is gereserveerd voor implementatiekosten, te besteden aan scholing van medewerkers, aanschaf van apparatuur en aanpassen van de ICT-workflow	€25.000
Hiernaast besteden twee medisch specialisten 20 uur van hun eigen tijd aan scholing van medewerkers	40 uur * €50 =€2000
Indien de innovatie effectief blijkt, kan dit worden opgeschaald, geschatte kosten zijn nogmaals €25.000	€25.000
...	...
Totaal	€52.000

Implementatiekosten, bottom-up berekening (fictief)	
Beschrijving	Schatting van uitgaven
Scholing van zorgpersoneel: 5 verpleegkundigen volgen scholing van 20 uur.	5*20 uur*€20 per uur =€2.000
Aanschaf nieuwe apparatuur	Apparaat á €20.000 = €20.000
Schatting van overhead en gebouwkosten	10% van bovenstaande kosten=

	€2.200
Hiernaast besteden twee medisch specialisten 20 uur van hun eigen tijd aan scholing van medewerkers	40 uur * €50 =€2.000
Indien de innovatie effectief blijkt, kan dit worden opgeschaald, geschatte kosten zijn nogmaals €24.200	€24.200
Totaal	€50.400

2.4. Uitgaven aan topzorg die niet worden gedekt door de DBC-DOT-tarieven (tabblad topzorg)

Onder deze categorie vallen kosten die gemaakt worden bij het leveren van topzorg aan patiënten waarbij de reguliere DOT-tarieven tekort schieten. Hierbij gaat het dus om meerkosten bovenop een DOT die gerelateerd zijn aan het leveren van topzorg. Deze meerkosten ontstaan doordat topklinische centra méér doen dan reguliere ziekenhuizen. Dit kan komen doordat een zwaardere casemix wordt gehanteerd of doordat er extra specialistische zorg wordt geleverd. Ook diensten die mogelijk niet binnen de huidige vergoedingsstructuur vallen of waarbij geen vergoedingsafspraken met verzekeraars zijn gemaakt, zoals intercollegiale consulten of consulten op afstand, horen bij deze categorie. Belangrijk kenmerk van deze kostencategorie is dat de kosten herleidbaar zijn naar een patiënt. Kosten die worden gemaakt onafhankelijk van het aantal patiënten vallen in andere categorieën. Ook hierbij kan een top-down of bottom-up benadering worden genomen. De bottom-up benadering kan uitdagend zijn, omdat niet altijd duidelijk is wat onderdeel is van een 'reguliere' DOT en wat onder meerzorg valt. De kosten worden per jaar berekend.

Een fictief voorbeeld wordt hieronder gegeven. Bij de bottom-up benadering kan worden gekozen om de tijdseenheden aan te leveren, die de Radboudumc-onderzoekers vermenigvuldigen met standaardtarieven, of de eigen interne daadwerkelijke tarieven/loonkosten kunnen worden aangeleverd, afhankelijk van de voorkeur. De schattingen zijn fictief, evenals de gebruikte tarieven (deze worden indien nodig in een later stadium nauwkeurig uitgezocht).

Meerkosten topzorg, top down berekening (fictief)	
Beschrijving	Schatting van uitgaven
Inkomsten uit DOT-tarieven is €3 miljoen per jaar. Uitgaven aan de topzorg (OK-tijd, personeel, honoraria medisch specialisten, geneesmiddelen, apparatuur, etc.) bedragen €3,5 miljoen per jaar, €0,5 miljoen per jaar uit de ZonMW-subsidie wordt gebruikt om dit gat te dichten	€500.000
...	...
Totaal	€500.000 per jaar

Meerkosten topzorg, bottom-up berekening (fictief)	
Beschrijving	Schatting van uitgaven
Topzorg vergt gemiddeld 4 uur OK-tijd per patiënt ten opzichte van gemiddeld 3 uur in reguliere ziekenhuizen.	1 uur extra OK tijd á €500/uur*500 patiënten per jaar = €250.000 per jaar
Loonkosten verpleegkundig personeel en ondersteuning	1 uur extra tijd per patiënt *3 VPK*€25 per uur*500 patiënten per jaar = €37.500 per jaar
Honoraria medisch specialisten	1 uur extra tijd per patiënt *2 MS*€50 per uur*500 patiënten per jaar = €50.000 per jaar
Overhead en administratieve ondersteuning	40% van bovengenoemde kosten=€135.000
...	...

Totaal	€472.500 per jaar
--------	-------------------

2.5. Kosten van de beschikbaarheidsfunctie van topzorg (tabblad *beschikbaarheid*)

Sommige kosten die specifiek zijn voor topzorg kunnen niet eenvoudig toegewezen worden aan specifieke patiënten, bijvoorbeeld omdat deze kosten worden gemaakt onafhankelijk van het aantal patiënten. Voorbeelden zijn meerkosten voor 24-uurs beschikbaarheid indien reguliere ziekenhuizen alleen tijdens kantooruren opereren, of vaste kosten van medische apparatuur/infrastructuur (bijvoorbeeld onderhoud van een biobank) die nodig is voor het reguliere leveren van topzorg. Dit betreft kosten die worden gemaakt bij het leveren van patiëntenzorg, in het stadium na afloop van het effectiviteitsonderzoek of onafhankelijk van effectiviteitsonderzoek. Deze kosten kunnen per jaar worden gerapporteerd.

Een fictief voorbeeld wordt hieronder gegeven. Bij de bottom-up benadering kan worden gekozen om de tijdseenheden aan te leveren, die de Radboudumc-onderzoekers vermenigvuldigen met standaardtarieven, of de eigen interne daadwerkelijke tarieven/loonkosten kunnen worden aangeleverd, afhankelijk van de voorkeur. De schattingen zijn fictief, evenals de gebruikte tarieven (deze worden indien nodig in een later stadium nauwkeurig uitgezocht).

Meerkosten beschikbaarheidsfunctie topzorg, top down berekening 1 (fictief)	
Beschrijving	Schatting van uitgaven
24-uursfunctie kost jaarlijks €4 miljoen. 40% van de kosten betreft beschikbaarheid buiten kantooruren. Inkomsten uit DOT-tarieven is €3 miljoen per jaar. 20% van de patiënten krijgen zorg buiten kantooruren.	€1,6 miljoen uitgaven aan 24-uursfunctie – €0,6 miljoen vergoeding (20%*€3 miljoen) =€1 miljoen
...	...
Totaal	€1 miljoen per jaar

Meerkosten beschikbaarheidsfunctie topzorg, top down berekening 2 (fictief)	
Beschrijving	Schatting van uitgaven
Onderhoud van biobank kost €500.000 per jaar	€500.000
...	...
Totaal	€500.000 per jaar

Meerkosten beschikbaarheidsfunctie topzorg, bottom-up berekening (fictief)	
Beschrijving	Schatting van uitgaven
Voor diensten buiten kantooruren is per jaar 4 FTE verpleegkundigen nodig, en 2 FTE medisch specialisten	4 FTE VPK á €60.000 per FTE + 2FTE MS á 250.000 per FTE = €740.000
Gebouwgebonden kosten van 24-uursdienst, 5500 uur per jaar á €10 per uur.	€55.000
OK-tijd per jaar, 400 uur á €500 per uur	€200.000
Overhead en administratieve ondersteuning	40% van bovengenoemde kosten=€400.000
Minus inkomsten uit DOTs buiten kantooruren	-€600.000
...	...
Totaal	€800.000 per jaar

2.6. Uitgaven aan onderwijs, opleiding en kennisdisseminatie (tabblad *onderwijs*)

De kosten van opleiding en kennisdisseminatie betreft het verspreiden van de top-specialistische kennis, bijvoorbeeld door het bijwonen van congressen en symposia, het organiseren van training en bijscholing, en het opleiden van nieuwe medisch specialisten, verpleegkundigen en

verpleegkundig specialisten, indien de kosten hiervoor niet volledig uit andere bronnen komt (zoals opleidingsgelden). Opleiden van eigen personeel om topzorg te leveren valt hier niet onder, en moet worden gerekend onder implementatiekosten. De kosten van opleiding en kennisdisseminatie worden per jaar berekend.

Een fictief voorbeeld wordt hieronder gegeven. Bij de bottom-up benadering kan worden gekozen om de tijdseenheden aan te leveren, die de Radboudumc-onderzoekers vermenigvuldigen met standaardtarieven, of de eigen interne daadwerkelijke tarieven/loonkosten kunnen worden aangeleverd, afhankelijk van de voorkeur. De schattingen zijn fictief, evenals de gebruikte tarieven (deze worden indien nodig in een later stadium nauwkeurig uitgezocht).

Meerkosten kennisdisseminatie, top down berekening (fictief)	
Beschrijving	Schatting van uitgaven
Vanuit de ZonMW-subsidie is €10.000 gereserveerd voor internationale congressen, organiseren van symposia en wetenschappelijke publicaties, gedurende de 4 jaar van de subsidie	€10.000/4= €2.500
Hiernaast besteden twee medisch specialisten 20 uur van hun eigen tijd aan bijscholing en kennisdisseminatie	40 uur * €50 =€2000
Totaal	€4.500 per jaar

Meerkosten topzorg, bottom-up berekening (fictief)	
Beschrijving	Schatting van uitgaven
Organisatie van 1 symposium per twee jaar, kosten €3000	=€3000/2=€1500
Bezoek buitenlands congres per twee jaar, kosten €2000	=€2000/2=€1000
Bijdrage aan open access wetenschappelijke publicaties, €500 per jaar	€500
Hiernaast besteden twee medisch specialisten 20 uur van hun eigen tijd aan bijscholing en kennisdisseminatie	40 uur * €50 =€2000
Totaal	€5.000 per jaar

3. Extra gegevens voor doorrekening van bekostigingsvormen

Om verschillende bekostigingsvormen door te rekenen wordt gevraagd om het verwachte aantal patiënten-episodes per jaar binnen de doelgroep van de TZO-subsidie aan te leveren. Dit kan per patiëntdoelgroep/DOT of in totaal. Ook eventuele niet-vergoede patiëntzorg, zoals consulten op afstand, kunnen hierin worden meegenomen. Tevens wordt gevraagd naar de verwachte meerwaarde van de topzorg, of dit gemeten wordt binnen TZO, en zo ja, hoe dat wordt gemeten en wat de verwachte meerwaarde per patiënt is. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de gevraagde parameters en een voorbeeld.

Voorbeeld invulsheet parameters bekostiging					
Doelgroep	Aantal patiënten per jaar	Aantal DBC-DOTs	Worden uitkomsten gemeten binnen TZO?	Hoe wordt meerwaarde gemeten?	Wat is een kwantitatieve schatting van de verwachte meerwaarde per patiënt
Patiënten met aandoening X	100	120	ja	QALY-winst ten opzichte van reguliere behandeling	0,1 QALY
Patiënten met aandoening Y	300	600	ja	Patiënttevredenheid op basis van PROMs op een schaal van 0 tot 10	0,5 punt stijging in patiënttevredenheid
Consult op afstand Z	200	nvt	nee		

4. Tips en tricks

We realiseren ons dat bovenstaande een beroep op uw tijd doet, en waar mogelijk proberen we dit te beperken. U kunt altijd onze hulp inschakelen, en waar realistisch kunnen we vanuit het Radboudumc ook uitzoekwerk verrichten. We beseffen ook dat niet alles geheel duidelijk is. Waar mogelijk is aangesloten bij bestaande richtlijnen, maar dit onderzoek is grotendeels onontgonnen terrein. Het is voor ons daarom ook een proces, waarbij de methodiek gedurende het onderzoek verder wordt ontwikkeld. We staan open voor suggesties, en denken graag mee bij onduidelijkheden. U kunt altijd contact opnemen met de hoofdonderzoeker. Verder willen we graag een aantal tips geven:

- Begin bij de begroting die is opgesteld, om te kijken of de kosten grofweg top-down in de categorieën kunnen worden verdeeld. Verfijn vervolgens waar nodig via een bottom-up benadering.
- De exacte verdeling over de verschillende kostencategorieën is niet van heel groot belang, het is meer bedoeld als raamwerk om alle kosten te identificeren en een globaal inzicht te krijgen in de opbouw van de kosten.
- Niet alle kostencategorieën hoeven van toepassing zijn voor uw TZO-project. Kijk welke categorie voor uw TZO-project het belangrijkste is en begin daar.
- Geef aan welke kosten worden gedekt door de ZonMW-subsidie en welke daarbuiten vallen. Dit helpt ook bij de interne en externe verantwoording.
- Geef aan of het schattingen betreft of gerealiseerde kosten. Een aantal TZO-projecten zit nog in de beginfase, hierbij zijn de kosten waarschijnlijk een stuk onzekerder. Het is geen probleem om grove schattingen te geven. Bij grove schattingen is een bandbreedte wenselijk.
- Het kan helpen om zoveel mogelijk kosten mee te nemen, omdat dit de gemiddelde geschatte vergoeding verhoogt. De onderzoekers van het Radboudumc zullen wel controleren wat redelijkerwijs binnen de vergoeding past. Om concurrentieredenen of staatssteunredenen is een gemiddelde kostendeckende vergoeding niet altijd mogelijk.
- Check na afloop of de som van de kostencategorieën enigszins overeenkomt met het subsidiebedrag, en of er geen kosten dubbel worden gerekend.

Bijlage 7. Feedback op kostprijsonderzoek

Aantal respondenten = 6	
<p>1. Waren de instructies voor de uitvraag duidelijk?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Zeer duidelijk ○ <i>Duidelijk (4)</i> ○ Geen mening ○ <i>Onduidelijk (3)</i> ○ Zeer onduidelijk 	<p><i>Waarom wel/niet?</i></p> <p><i>Duidelijk.</i> Instructies zijn duidelijk, maar dit staat niet gelijk aan dat dit makkelijk op te halen uit systemen. Veel is interpreteerbaar. Blijft lastig om te duiden wat wel/niet binnen deze uitvraag past.</p> <p><i>Duidelijk & onduidelijk.</i> Conceptueel / de doelstelling was duidelijk maar de definitie van begrippen in detail ontbrak. Er werden voorbeelden genoemd maar geen definitie. Het perspectief was lastig: gaat het om hoe we de subsidie nu inzetten of hoe we dat 'na TZO' gaan doen?</p> <p><i>Onduidelijk.</i> Lastig om totale kostprijsmodel te vertalen naar format.</p> <p><i>Onduidelijk.</i> Definitiekwesties.</p> <p><i>Duidelijk.</i> Fijn dat Word en PowerPoint werden meegestuurd en dat een fysieke afspraak mogelijk was voor extra toelichting.</p> <p><i>Duidelijk.</i> Met mondelinge uitleg</p>
<p>2. Hoeveel tijd kostte de uitvraag aan mensen (schatting)?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 0-4u (1) ○ 4-8u ○ 8-16u (2) ○ 16-32u (2) ○ 32u-64u ○ +64u (1) 	<p><i>Waarom?</i></p> <p><i>+64u.</i> Lastig om de juiste data uit de systemen te halen, maar ook om te definiëren wat nodig is (waarom wel/niet)</p> <p><i>8-16u.</i> Veel discussie over de definities en discussie over hoe het perspectief moet zijn (hier en nu of dan en daar)</p> <p><i>0-4u.</i> 2x half uur fysieke meeting, 2x 1u invullen format, 1x 1u verdere vragen beantwoorden.</p>
<p>3. Waar kan deze data, binnen uw centrum, voor gebruikt worden?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sturing binnen TZO (3) ○ Interne financieringsdiscussies (4) ○ Discussies met zorgverzekeraars (2) ○ Verantwoording TZO-subsidie (4) ○ Overig (1) 	<p><i>Waarom?</i></p> <p><i>Interne financieringsdiscussies.</i> Het scherpt de discussie aan over hoe de "continuïteit van TZO" opdracht moet worden ingevuld.</p> <p><i>Interne financieringsdiscussies & Verantwoording TZO-subsidie.</i> Overzichtsdocument van budget, kosten verdeling over de verschillende categorieën.</p> <p><i>Overig.</i> Duurzame topspecialistische bekostiging ziekenhuisbreed (breder van TZO)</p>
<p>4. Wilt u verder nog wat kwijt?</p>	<p>Misschien handig om met andere organisaties te bespreken hoe/wat zij aanleveren voor uniformiteit, maar lastig omdat het bij andere organisaties duidelijk over een specifieke groep gaat, terwijl er bij ons meer topzorg is dan alleen de TZO-projecten</p>

