

Tweede Tussenrapportage

TOpzorg VERzilveren (TOVER)

**Evaluatieonderzoek topspecialistische Zorg
en Onderzoek**

Prof. Dr. Patrick Jeurissen

Dr. Simone van Dulmen

Dr. Niek Stadhouders

Prof. Dr. Roland Bal

Nijmegen, juli 2024

Erasmus School of
Health Policy
& Management

The Erasmus logo, featuring the word "Erasmus" in a stylized, cursive script.

IQ Health science department

Radboudumc

Tweede Tussenrapportage

TOpzorg VERzilveren (TOVER).
Evaluatieonderzoek topspecialistische
Zorg en Onderzoek

Prof. Dr. Patrick Jeurissen

Dr. Simone van Dulmen

Dr. Niek Stadhouders

Prof. Dr. Roland Bal

Dit onderzoek is uitgevoerd met subsidie van de ZonMw. Dit is een publicatie van IQ Health, science department van het Radboudumc in samenwerking met Erasmus School of Health Policy & Management. Citeren van delen uit dit rapport is toegestaan met bronvermelding (Jeurissen PPT, Dulmen van SA, Stadhouders N en Bal RA. Tweede Tussenrapportage TOpzorg VERzilveren (TOVER). Evaluatieonderzoek topspecialistische Zorg en Onderzoek. Nijmegen: IQ healthcare, juli 2024).



Inhoudsopgave

Samenvatting.....	4
Leeswijzer	7
Begrippenlijst.....	7
1. Achtergrond.....	8
1.1 Inleiding	8
1.2 Definitie van de topspecialistische functie.....	9
1.3 Organisatie van topspecialistische zorg	10
1.4 Bekostiging van topspecialistische functies in topklinische ziekenhuizen	11
2. Aanpak	12
3. Resultaten Fase 1.....	13
3.1 Opzet van fase 1.....	13
3.2 Literatuuronderzoek	13
3.3 Interviews	13
3.4 Kostprijsonderzoek	16
3.5 Beschouwing Fase 1	17
4. TopZorg geborgd?.....	18
4.1 Inleiding	18
4.2 Aanpak	19
4.3 Investeren in de onderzoeksinfrastructuur.....	19
4.4 Financiering.....	20
4.5 Bibliometrische analyse	21
4.6 Complexiteit van zorg	22
4.7 Beschouwing	24
5. Testbeds.....	25
5.1 Inleiding	25
5.2 Aanpak	26
5.3 Financieringsknelpunten	26
5.4 Aanbevelingen	29
5.4.1 Beschikbaarheidsfinanciering voor vaste zorggerelateerde kosten	30
5.4.2 Onderscheiden van topspecialistische zorgverlening binnen de huidige bekostigingssystematiek.....	32
5.4.3 Structurele financiering van de vaste onderzoeksinfrastructuur binnen topspecialistische instellingen	36
5.4.4 Toegang tot onderzoekssubsidies	40
5.5 Scenario's voor implementatie overwegingen.....	42
6. Beschouwing	44
6.1 Algemene beschouwing	44
6.2 Methodologische reflectie	46
6.3 Vervolg.....	47
Bijlage 1. Kenmerken respondenten interviews en gesprekken WP5	47
Referenties.....	48

Samenvatting

Voor u ligt de tweede tussenrapportage van het onderzoeksproject TOVER (Topzorg VERzilveren). Dit project onderzoekt de mogelijkheden voor structurele bekostiging van topspecialistische functies in niet-umc's als onderdeel van het ZonMw programma TZO (Topspecialistische Zorg en Onderzoek). Het programma TZO ondersteunt het doorontwikkelen en duurzaam bestendigen van topspecialistische zorg en onderzoek in ziekenhuizen en categorale centra buiten de universitaire medische centra (umc's). Topspecialistische zorg is door ZonMw gedefinieerd als een combinatie van topspecialistische zorg, onderwijs en toegepast (klinisch) wetenschappelijk 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 toegepast wetenschappelijk onderzoek bekostigd in drie ziekenhuizen, zijnde geen umc's. In de eindrapportage TopZorg uit 2018 is de maatschappelijke meerwaarde van deze topspecialistische functies aangetoond (1). In het vervolg, het programma TZO, hebben tien projecten in tien niet-umc's een subsidie van 32 miljoen euro gekregen. Binnen het TZO-programma onderzoekt het project TOVER de duurzame financiële borging van topspecialistische functies buiten umc's.

Het project TOVER heeft als centrale vraagstelling: *'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 is nadrukkelijk geen doel van dit onderzoek om het TZO-programma te evalueren noch om opnieuw de maatschappelijke meerwaarde van de structurele financiering van de combinatie van topspecialistische zorg, onderwijs en toegepast wetenschappelijk onderzoek in de deelnemende ziekenhuizen vast te stellen; dit laatste is immers al in de evaluatie van het Topzorg programma aangetoond. Het doel van het onderhavig onderzoek is gericht op de vraag *hoe* die structurele financiering kan worden vormgegeven. Het onderzoek bestaat uit twee fases. De resultaten van fase 1 zijn uitgebreid beschreven in de eerste tussenrapportage. Deze tweede tussenrapportage beschrijft de eerste resultaten van fase 2. Omdat dit voortbouwt op fase 1, worden de resultaten van fase 1 nogmaals kort besproken.

FASE 1

Fase I (2021 - 2022) was gericht op de verkenning van de mogelijke strategieën voor financiële borging van topspecialistische functies. Werkpakket 1 bestond uit een literatuuronderzoek naar de inventarisatie van bestaande bekostigingsmodellen en mogelijke criteria voor topspecialistische functies. Werkpakket 2 betrof een kwalitatief onderzoek om de mogelijke criteria voor het bekostigen van topspecialistische functies vast te stellen. Werkpakket 3 omvatte een empirisch kostenonderzoek om op basis van verschillende bedrijfseconomische methodieken en invalshoeken de kosten van de verschillende topspecialistische functies te onderzoeken. Daarbij is ook gekeken in hoeverre deze kosten gedekt zijn met de huidige bekostiging en financiering.

Op basis van het literatuuronderzoek en de interviews zijn criteria voor de bekostiging van topspecialistische functies opgesteld. Deze zijn vervolgens gevalideerd in een werkconferentie met de geïnterviewden en overige stakeholders. Dit heeft uiteindelijk geleid tot 7 gevalideerde en gedeelde 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. De patiëntengroep is in ieder geval 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 alsmede voorlichting en deskundigheidsbevordering van externen
7. Samenwerking met patiëntenorganisaties: Het centrum werkt samen met patiënten(organisa-ties) binnen de zorg en het onderzoek.

Uit de interviews en het kostprijsonderzoek is naar voren gekomen dat er veel variatie bestaat in de opvattingen van stakeholders. Het gaat dan om de definitie en afbakening van de topspecialistische functies, de variatie in de inzet van de TZO-subsidie en de variatie in de bekostigingsopties van topspecialistische functies. Dit wordt gereflecteerd in een grote variatie in de uitgavenpatronen van topspecialistische functies tussen centra. Waar sommige centra relatief veel uitgeven aan onderzoek, geven sommige andere centra juist relatief veel uit ter dekking van de vaste onderzoeksinfrastructuur, en geven andere centra weer relatief veel uit ter dekking van niet-vergoede topspecialistische zorg. Dit volgt overigens ook deels uit de specifieke kenmerken en bijbehorende kostenstructuur van een bepaalde topspecialistische functie. Daarnaast stellen alle onderzochte 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 tussen de 39% en 68% van de niet-vergoede kosten van topspecialistische functies.

Hoewel onderzoek en zorg binnen de topspecialistische functie onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden, passen er verschillende bekostigingsvormen bij verschillende kostenfuncties qua duur, reikwijdte en financieringsbron. Hierdoor vallen de verschillende topspecialistische functies niet goed binnen één uniforme bekostigingsvorm of systeem te bundelen. Voor een duurzame bekostiging lijkt een combinatie van bekostigingsvormen wenselijk. Denk bijvoorbeeld aan een lumpsumbedrag voor de vaste infrastructuur, subsidiebekostiging voor onderzoeksprojecten en aan meer patiëntgebonden bekostiging voor meerkosten van topspecialistische zorg. Hierbij moeten uitvoeringskosten en het risico op perverse prikkels steeds nadrukkelijk in ogenschouw worden genomen. De opties om de verschillende theoretische bekostigingsvormen te implementeren binnen de mogelijkheden en grenzen van het huidige zorgstelsel zijn nader onderzocht in fase 2.

FASE 2

Fase 2 (2023 - 2024) bestaat uit werkpakket 4-6. Werkpakket 4 rapporteert over de langere termijn borging van de topspecialistische functies die al eerder binnen TopZorg zijn geëvalueerd. Werkpakket

5 inventariseert binnen drie geselecteerde centra de praktische haalbaarheid en consequenties van verschillende opties om topspecialistische zorg duurzaam te bekostigen binnen de mogelijkheden van het huidige zorgstelsel. Werkpakket 6 bestaat uit toetsing, disseminatie en rapportage.

Werkpakket 4 onderzocht de borging van de maatschappelijke meerwaarde van de reeds eerder toegekende TopZorg-functies. Conform de opdracht betrof het een marginale toets en rapportage van de borging op de langere termijn. Werkpakket 4 rapporteert dat het verkrijgen van de TopZorg subsidie heeft geleid tot structurele inbedding van onderzoek en samenwerking van de betrokken topspecialistische functies. Borging van deze in TopZorg behaalde resultaten lijkt vooral afhankelijk van gecontinueerde financiering, in combinatie met steun vanuit het ziekenhuismanagement en de medische staf. Topspecialistische functies lijken zich weliswaar op specifieke plekken te concentreren, maar hebben een bredere uitstraling in de organisatie. Soms gaat het daarbij om brede, structurele of internationale samenwerking, terwijl die in andere gevallen meer afhankelijk is van het specifieke onderwerp. De wetenschappelijke productie in termen van gepubliceerde artikelen is verder toegenomen en er is een stijging in het marktaandeel voor (complexe) zorg zichtbaar.

Werkpakket 5 onderzoekt op basis van de resultaten uit de eerste tussenrapportage de opties voor structurele financiering binnen de mogelijkheden van het zorgstelsel met behulp van drie testbeds. Hiervoor zijn drie TZO-projecten geselecteerd, waarmee intensief en iteratief de mogelijke oplossingsrichtingen en ervaren knelpunten zijn geanalyseerd. Daarnaast zijn alle TZO-projecten en andere relevante stakeholders betrokken bij het toetsen van kansrijke opties voor duurzame financiering. Op basis van de analyses zijn vier aanbevelingen ontwikkeld om topspecialistische functie duurzaam te bekostigen binnen de grenzen van ons zorgstelsel:

1. Voorzie in een beschikbaarheidsfinanciering voor topspecialistische categorale centra om vaste kosten die volgen uit de bovenregionale tertiaire verwijzingsfunctie te vergoeden.
2. Verken de mogelijkheden en wenselijkheid om een vrij onderhandelbare add-on voor topspecialistische zorg boven op de DBC-structuur te ontwikkelen
3. Voorzie in een structurele beschikbaarheidsfinanciering voor onderzoeksinfrastructuur binnen topspecialistische instellingen.
4. Maak het mogelijk voor topspecialistische centra om op te treden als hoofdaanvrager bij onderzoekssubsidies

Deze aanbevelingen adresseren de meest urgente knelpunten in de financiering van de topspecialistische functie binnen de mogelijkheden die het huidige zorgstelsel biedt, terwijl recht wordt gedaan aan de potentieel grote verschillen in omvang en kostensoorten tussen de verschillende functies. In een iteratief proces met de testbeds en een bredere groep stakeholders zijn de aanbevelingen getoetst, knelpunten en implementatiekansen zijn beschreven. Er blijken aanzienlijke onzekerheden rond het implementatieproces te blijven bestaan. Werkpakket 6 bestaat daarom uit nadere toetsing, disseminatie en rapportage en zal in de tweede helft van 2024 plaatsvinden. Het doel is het formuleren van een finale toetsing en van daaruit samen te werken aan een toekomstige agenda voor implementatie. Hierover rapporteren we in de eindrapportage.

Leeswijzer

Dit rapport begint met het schetsen van de achtergrond rondom de definitie en bekostiging van topspecialistische zorg in Hoofdstuk 1. Hoofdstuk 2 beschrijft vervolgens de aanpak van het onderzoek. In Hoofdstuk 3 wordt Fase 1 van het onderzoek beschreven, bestaande uit een samenvatting van werkpakket 1-3. Voor de volledige uitwerking van werkpakket 1-3 verwijzen we naar de tussenrapportage van februari 2023. Hoofdstuk 4 beschrijft de maatschappelijke meerwaarde (werkpakket 4) en hoofdstuk 5 de drie testbeds (werkpakket 5). In hoofdstuk 6 geven we een beschouwing, voorlopige conclusie en aanbevelingen voor implementatie.

Begrippenlijst

TZO	Topspecialistische Zorg en Onderzoek
Topspecialistisch centrum	De plek waar de topspecialistische functie wordt uitgevoerd; dit kan bijvoorbeeld een vakgroep zijn binnen een ziekenhuis, maar ook een categorale instelling. Ziekenhuizen kunnen meerdere topspecialistische centra hebben.
Academische centra	De academische centra zijn de zeven umc's: het Amsterdam umc, Erasmus umc, umcG, umcU, Radboudumc, Lumc en Maastricht umc+, aangevuld met het Nederlands Kanker Instituut (NKI/AVL) en het Prinses Maxima Centrum.
WBMV	Wet Bijzondere Medische Verrichtingen
STZ	Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen
ZVW	Zorgverzekeringswet
DBC	Diagnosebehandelcombinatie
Umc	Universitair medisch centrum
NWO	Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek

1. Achtergrond

Kernboodschappen

De topspecialistische functie is veelal niet eenduidig te definiëren. Het ontstaan van een topspecialistische functie is niet makkelijk te sturen; deze kan soms ook buiten umc's ontstaan. De bekostiging van ziekenhuiszorg in Nederland is een complex geheel van regelingen met een historische afhankelijkheid en een discrepantie tussen theorie en praktijk. Maatregelen ter duurzame financiering van topspecialistische functies kunnen niet los van dit samenhangend complexe systeem worden gezien. Dit rapport richt zich op financieringsmogelijkheden die met beperkte verstoringen binnen het huidige zorgstelsel kunnen worden ingevoerd, met inachtneming van uitvoeringskosten, administratieve lasten en eventuele spillovereffecten.

1.1 Inleiding

Topklinische ziekenhuizen leveren soms zeer specialistische zorg, in combinatie met toegepast wetenschappelijk onderzoek en 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 in drie topklinische ziekenhuizen. In de eindrapportage TopZorg is de maatschappelijke meerwaarde van deze topspecialistische functies aangetoond (1). Het programma Topspecialistische Zorg en Onderzoek (TZO), lopend van 2019-2024, is een vervolg op het eerdere TopZorg programma. TZO richt zich daarnaast op de vraag hoe topspecialistische functies buiten academische centra duurzaam kunnen worden bekostigd en ingebed binnen de gegeven kaders van het zorgstelsel. In 2019 zijn tien projecten geselecteerd. Tabel 1 beschrijft de 10 projecten.

Tabel 1. Tien TZO projecten

	Projectnaam	Organisaties
1	Topspecialistische Brandwondenzorg: Doelmatige zorg op maat	Rode Kruis Ziekenhuis, Maasstad Ziekenhuis, Martini Ziekenhuis
2	BIRTHSCREEN: Doelmatige en veiligere geboortezorg door betere monitoring middels elektrofysiologische cardiocografie	Maxima Medisch Centrum
3	Maatwerk voor de topspecialistische oogheelkundige patiënt	Oogziekenhuis Rotterdam
4	Loopexpertisecentrum: Behandeling van patiënten met complexe loopproblemen	St. Maartenskliniek
5	Nieuwe technologieën en beslissingsondersteuning voor verbetering van patiëntwaarde bij 3 veelvoorkomende hartaandoeningen	Catharina Ziekenhuis
6	Het verduurzamen van de topspecialistische functie radiotherapie	Maastricht Clinic
7	Een gepersonaliseerd zorgpad voor iedere hersentumorpatient	Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis
8	De multidisciplinaire behandeling van het complexe rectumcarcinoom	Catharina Ziekenhuis
9	TSF Hart: een uitgebalanceerde koers voor duurzame, kwalitatief hoogstaande cardiale interventies	St. Antonius Ziekenhuis
10	Interstitiële Longziekten	St. Antonius Ziekenhuis

Als onderdeel van TZO heeft ZonMw een opdracht uitgezet om onderzoek te doen naar de mogelijkheden om topspecialistische functies duurzaam te financieren (2). Dit in relatie met de eindige looptijd van de ZonMw-subsidie en het risico op discontinuïteit van de topspecialistische functies na afloop van de TZO-subsidie. De afdeling IQ health, onderdeel van het Radboudumc, en Erasmus School of Health Policy & Management, onderdeel van de Erasmus Universiteit, onderzoeken gedurende de looptijd van de TZO-subsidie de mogelijkheden voor duurzame bekostiging van topspecialistische functies binnen het huidige zorgstelsel, en de haalbaarheid om mogelijke bekostigingsmodellen naar de praktijk te brengen. Hierbij wordt uitgegaan van de situatie rondom de tien TZO-projecten.

Het project TOPzorg VERzilveren (TOVER) richt zich op het verkennen en organiseren van mogelijkheden voor structurele bekostiging van deze topspecialistische functies. 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.

1.2 Definitie van de topspecialistische functie

Een topspecialistische functie omvat een combinatie van hoogspecialistische zorg, onderzoek en onderwijs. Het kan een zeer specifieke patiëntgroep betreffen, zoals bij zeldzame ziekten, of een grotere patiëntgroep in combinatie met specialistische behandeling en (toegepast) onderzoek. Topspecialistische zorg kent een hoog aandeel tertiaire verwijzingen, dit zijn verwijzingen vanuit een ziekenhuis naar een topspecialistisch centrum, en een bovenregionale functie, wat betekent dat patiënten vanuit een groot gebied naar het topspecialistisch centrum komen. Topspecialistische centra leveren ook een consultatiefunctie, waarbij medisch specialisten uit binnen- en buitenland advies kunnen inwinnen. De topspecialistische functie gaat samen met wetenschappelijk onderzoek bedoeld om de topspecialistische zorg te verbeteren. Ook heeft het topspecialistisch centrum vaak een opleidingsfunctie voor medisch specialisten en gespecialiseerde verpleegkundigen. De topspecialistische functie heeft een *transcendente definitie*¹; deze valt niet objectief en eenduidig af te bakenen.

In de loop der jaren zijn verschillende formele definities opgesteld die zijn gerelateerd aan vormen van topspecialistische zorg en gerelateerde derdelijnszorgfuncties. In sommige gevallen zijn de definities ook gekoppeld aan bekostiging. 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 de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg (BBAZ) om topreferente zorg te leveren en academische functies uit te voeren. Daarnaast bestaan er ook allerlei samenwerkingsverbanden met als doel om de kwaliteit van zorg te verbeteren. We kunnen bijvoorbeeld denken aan de Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ), expertisecentra zeldzame aandoeningen (ECZA) zoals aangewezen door VWS, en bovenregionale netwerken zoals de oncologienetwerken.

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 bedoeld 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 topklinische ziekenhuizen en categorale centra. 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 bewust te zijn 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, academische zorg en topreferente zorg.

1.3 Organisatie van topspecialistische zorg

De organisatie van topspecialistische functies is onderbelicht in de wetenschappelijke literatuur. De topspecialistische functie wordt beknopt behandeld door Clayton Christensen in zijn boek *The Innovator's Prescription*, in de context van het Amerikaanse zorgstelsel (3). In dit boek worden innovaties beschouwd als processen die sterk gecentraliseerd starten, in één of enkele expertisecentra, en vervolgens naar verloop van tijd breder verspreiden over ziekenhuizen, huisartsen en uiteindelijk richting de thuissituatie van de patiënt. Deze trend wordt ondersteund door onderzoek naar optimale behandelmogelijkheden en diagnostiek, protocollen en richtlijnen, en nieuwe businessmodellen. De theorie schrijft niet noodzakelijk voor waar precies de innovatie tot stand komt of wordt ontwikkeld, maar het is aannemelijk dat schaalvoordelen te behalen vallen als één centrum de rol van initiator op zich neemt. Het oppakken en ontwikkelen van innovaties vergt namelijk een hoge mate van kennis, ervaring, tijd en geld, en meerdere innovaties kunnen mogelijk profiteren van dezelfde infrastructuur die dit faciliteert. Toepassing van deze theorie op het Nederlandse zorgstelsel legt de taak primair bij umc's om innovaties te (door)ontwikkelen en vervolgens over te dragen naar de topklinische centra, die de zorgprocessen optimaliseren, bijvoorbeeld via waardegedreven zorg. Als de diagnostiek, richtlijnen en protocollen zijn doorontwikkeld, kunnen algemene ziekenhuizen en huisartsenpraktijken de behandeling verder overnemen. Dit proces kan vele jaren kosten, zeker bij zeldzame aandoeningen, waarbij het heel lang kan duren voordat voldoende onderzoek en informatie beschikbaar is om een gestandaardiseerde behandeling te kunnen leveren.

Pad-afhankelijkheid

In bovenstaande theoretisch raamwerk vervult het umc de rol als innovator en ontwikkelaar van nieuwe topspecialistische kennis door een combinatie van fundamenteel onderzoek en hoogcomplex, specialistische zorglevering. Topklinische ziekenhuizen nemen vervolgens de topspecialistische functie over en ontwikkelen de functie verder door middel van toegepast onderzoek, opdat algemene ziekenhuizen naar verloop van tijd de behandeling kunnen overnemen. Umc's kunnen in theorie efficiënt gebruik maken van schaalvoordelen en synergiën bij de ontwikkeling van topspecialistische functies, waardoor centralisatie van de topspecialistische functie voordelen biedt. Hoewel de theorie daarmee veronderstelt dat alle topspecialistische innovaties in een umc plaatsvinden, is de praktijk weerbarstiger. Sommige topspecialistische innovaties ontstaan buiten umc's, bijvoorbeeld doordat een innovatieve medisch specialist die buiten een umc werkt een topspecialistische functie ontwikkelt, of doordat specifieke medische apparatuur buiten een umc wordt geplaatst die een topspecialistische functie mogelijk maakt. Dit valt niet altijd goed te sturen of te beïnvloeden. Een expertisecentrum kan vervolgens voortbouwen op de bestaande kennis en nieuwe innovaties ontwikkelen, waardoor de expertisefunctie langdurig behouden blijft. In dit geval raakt de expertisefunctie ook vervlochten met de organisatie van het topspecialistische ziekenhuis; het wordt als het ware onderdeel van een ecologisch systeem waarvan het ook afhankelijk is. Verplaatsen van de topspecialistische functie wordt daarmee ook steeds lastiger. Dit is een vorm van pad-afhankelijkheid: de huidige situatie is misschien niet optimaal vanuit de theorie, maar het verplaatsen van deze expertisecentra naar umc's zou in de praktijk veel geld en tijd kosten, en riskeert verlies van expertise en kwaliteit. Indien doorontwikkeling van een topspecialistische functie niet wordt gefaciliteerd, kan de innovatie sterk vertraging oplopen, of zelfs niet materialiseren. Hoewel

vanuit een theoretisch perspectief de schaalvoordelen van centrale ontwikkeling van topspecialistische functies pleit voor concentratie van innovaties binnen umc's, kan het maatschappelijk derhalve toch gewenst zijn om (een beperkt aantal) topspecialistische functies buiten umc's te faciliteren, gezien de hoge kosten van het doorbreken van de pad-afhankelijkheid. Momenteel past behoud van de topspecialistische functie buiten umc's echter niet binnen de bekostigingskaders van het huidige stelsel.

1.4 Bekostiging van topspecialistische functies in topklinische ziekenhuizen

Om het bekostigingsprobleem van de topspecialistische functie in perspectief te plaatsen, wordt de huidige bekostiging van ziekenhuiszorg kort besproken. In dit onderzoek worden de termen *bekostiging* en *financiering* doorgaans min of meer uitwisselbaar gebruikt; het subtiel onderscheid tussen de twee termen is dat bekostiging over de formele mogelijkheden en betalingsvehikels binnen het stelsel gaat, en financiering betrekking heeft op de praktische financiële randvoorwaarden om de topspecialistische functie daadwerkelijk te vervullen. Vaak lopen deze termen gelijk op, maar niet altijd. Ter voorbeeld: als het centrum de topspecialistische functie dekt vanuit algemene middelen is er geen bekostiging maar wel financiering. Een adequaat bekostigingssysteem leidt niet noodzakelijk tot adequate financiering van topspecialistische functies. De financiering van de topspecialistische functie is bijvoorbeeld ook afhankelijk van de budgetonderhandelingen met zorgverzekeraars, en interne verdeling van middelen binnen een ziekenhuis. Als een nieuwe bekostigingsvorm voor topspecialistische zorg door zorgverzekeraars wordt gecompenseerd door kortingen op het totaalbudget, dan blijft er mogelijk een financieringsprobleem voor de instelling bestaan.

Ziekenhuiszorg wordt vrijwel volledig bekostigd door DBCs (formeel DBC-DOTs: Diagnose-behandelcombinaties (DBC) Op weg naar Transparantie). Er zijn ongeveer 4.000 verschillende DBCs voor de medisch-specialistische zorg, gedefinieerd op basis van gestelde diagnoses en uitgevoerde verrichtingen. De DBC is vrij generiek; verschillende soorten behandeltrajecten van verschillende patiënten kunnen onder één DBC vallen. Centra die een relatief 'zware' patiëntpopulatie hebben met ernstige klachten, waarbij relatief veel of dure verrichtingen nodig zijn, maken meer kosten per DBC. 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). De NZa stelt de maximumtarieven voor deze verrichtingen vast. Verzekeraars kunnen wel aanvullende afspraken maken binnen het DBC-A segment, bijvoorbeeld over de jaarlijkse volumes. De prijzen van een DBC in het B-segment zijn vrij onderhandelbaar tussen een zorgverzekeraar en een zorginstelling. Voor specifieke dure gespecialiseerde behandelingen (IC zorg, dure geneesmiddelen) en voorzieningen is er daarnaast de mogelijkheid tot budgettaire opslagen op de DBC prijzen (add-ons). In theorie onderhandelt een instelling met elke zorgverzekeraar over de prijs van elke afzonderlijke DBC in het B-segment. In de praktijk onderhandelen zorginstellingen voornamelijk over de hoogte van het jaarlijks 'budget'. 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.

2. Aanpak

TOVER 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) lag 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) onderzoekt de borging van de maatschappelijke meerwaarde van de al eerder via TopZorg toegelaten functies op de langere termijn en de haalbaarheid en consequenties van mogelijke bekostigingsmodellen in de praktijk. De zes werkpakketten zijn:

Werkpakket 1: Literatuuronderzoek voor inventarisatie van bestaande bekostigingsmodellen en mogelijke criteria voor topspecialistische functies. Ook is een stakeholderanalyse uitgevoerd voor identificatie van potentiële betrokkenen voor afstemming bij het project;

Werkpakket 2: Kwalitatief onderzoek om mogelijke criteria voor het bekostigen van topspecialistische functies vast te stellen, te preciseren en te ordenen in bekostigingsscenario's;

Werkpakket 3: Empirisch kostenonderzoek om op basis van verschillende bedrijfseconomische methodieken en invalshoeken de kosten van de verschillende topspecialistische functies te onderzoeken en in te bepalen hoeverre deze nu al zijn opgenomen en gedekt uit de huidige bekostiging.

Werkpakket 4: Onderzoek naar de lange termijn borging van de maatschappelijke meerwaarde TopZorg-functies. In een mixed-methods methodiek wordt een vereenvoudigde versie van het al eerder ontwikkelde evaluatiekader van de maatschappelijke meerwaarde (ontwikkeld door Erasmus Universiteit Rotterdam) gehanteerd waarbij vooral wordt gekeken naar de mate waarin de voormalige TopZorg ziekenhuizen er in zijn geslaagd die meerwaarde vast te houden.

Werkpakket 5: Actiegericht onderzoek in een drietal testbeds om op basis van de ontwikkelde scenario's en de inzichten uit voorgaande werkpakketten te onderzoeken hoe in de praktijk tot een (meer) duurzame financiering kan worden gekomen.

Werkpakket 6: Toetsing, disseminatie en rapportage. TOVER organiseert een interactieve werkconferentie waarin de ervaringen met de mogelijke nieuwe bekostigingsmodellen vanuit de testbeds, 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. Ook wordt een afsluitend symposium georganiseerd voor een breder publiek om de bevindingen en de opgedane kennis en ervaringen te verspreiden.

3. Resultaten Fase 1

Kernboodschappen

Op basis van een literatuurstudie en interviews met betrokken personen zijn criteria opgesteld voor beoordeling van topspecialistische functies. Deze criteria zijn vervolgens getoetst en nader gespecificeerd. Op basis van data-uitvragen en kostprijsonderzoek van de deelnemende TZO-projecten is de kostenstructuur van de topspecialistische functie onderzocht, en zijn bijpassende bekostigingsvormen gesimuleerd. Gezien de grote variatie in kostenstructuren is een combinatie van structurele, tijdelijke en patiëntgebonden bekostigingsvormen aan te bevelen.

3.1 Opzet van fase 1

Fase I (2021 - 2022) richtte zich op de verkenning van de mogelijke strategieën voor financiële borging van topspecialistische functies. Deze fase bestond uit drie onderdelen: 1) een literatuuronderzoek voor inventarisatie van bestaande bekostigingsmodellen en mogelijke criteria voor topspecialistische functies; 2) een kwalitatief onderzoek om de mogelijke criteria voor het bekostigen van topspecialistische functies vast te stellen en 3) een empirisch kostenonderzoek om op basis van verschillende bedrijfseconomische methodieken en invalshoeken de kosten van de verschillende topspecialistische functies te onderzoeken. Daarbij is ook gekeken in hoeverre deze nu al zijn opgenomen in en gedekt zijn met de huidige bekostiging. Dit hoofdstuk beschrijft een samenvatting van Fase 1. Het volledige rapport is [hier](#) terug te vinden.

3.2 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).

3.3 Interviews

Werkpakket 2 had 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 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 deelnemende ziekenhuizen tegen aan lopen. Wat ze gemeen hebben is het gebrek aan continuïteit door het ontbreken van een structurele vergoeding. 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 zeven criteria (zie tabel 2).

Tabel 2: Criteria voor beoordeling 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> <p><i>Zorg:</i> Aantoonbare continuïteit van de topspecialistische zorg op het gebied van menskracht en infrastructuur</p> <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) Kennis-overdracht	Centrum	Het centrum draagt zorg voor opleiding en overdracht van kennis naar experts van multidisciplinaire team, voorlichting en deskundigheidsbevordering van externen	Intern: <ul style="list-style-type: none"> • Opleiden (nieuwe) experts multidisciplinaire team Extern: <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	Het centrum moet aantonen dat er voor de domeinen zorg en onderzoek samengewerkt wordt met patiënten, hetgeen zich uit in: <ul style="list-style-type: none"> • Periodiek overleg en afstemming met patiëntenorganisatie • Achterban- en info bijeenkomsten met patiëntenorganisatie

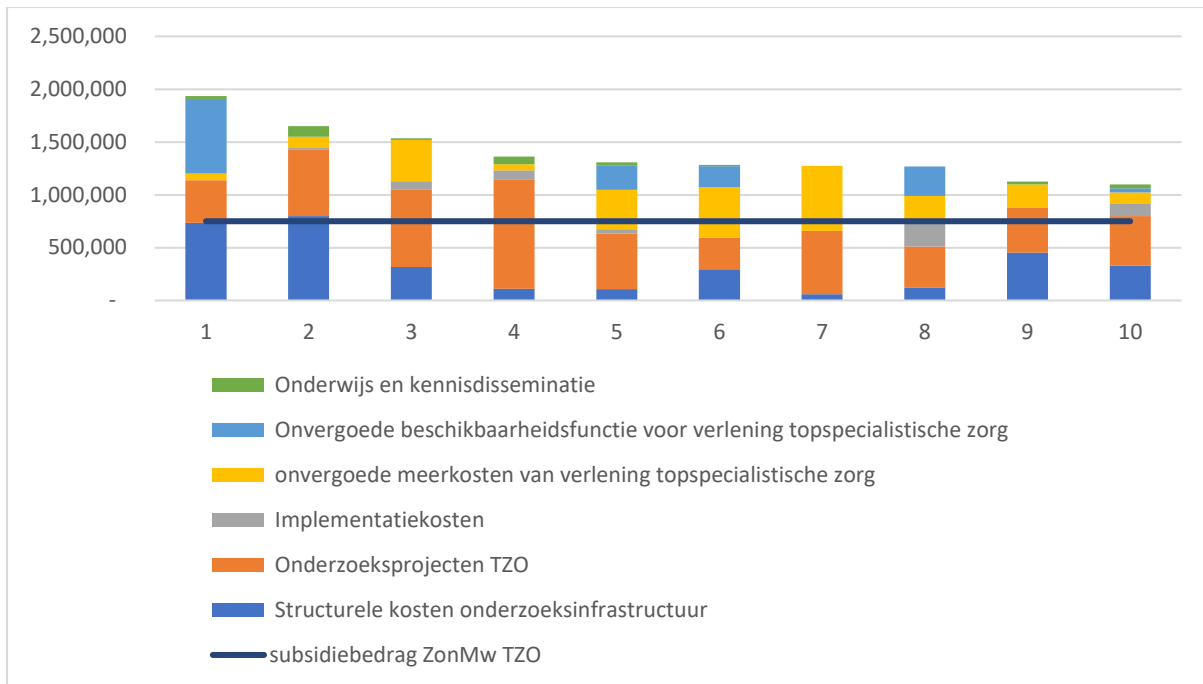
3.4 Kostprijsonderzoek

We hebben de kostenstructuur van de huidige tien TZO-projecten onderzocht. Hierbij zijn vier stappen doorlopen: 1) categorisatie van kosten van topspecialistische functies; 2) inventariatie welke uitgaven door de TZO-subsidie worden gedekt en welke uitgaven niet worden gedekt door bestaande bekostiging; 3) berekening per categorie van de gemiddelde uitgaven van de tien TZO-projecten; 4) simulatie van de mate van kostendekkendheid van verschillende bekostigingsvormen. In werkpakket 3 zijn zes categorieën van topspecialistische funktiekosten onderscheiden, die in variërende mate terugkomen in de TZO-projecten (tabel 3).

Tabel 3: 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
Beschikbaarheids-functie 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

Figuur 1 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). Daarnaast stellen alle centra eigen middelen ter beschikking om de kosten te dekken die niet worden vergoed door de subsidie of door de reguliere bekostiging, weergegeven als de blauwe horizontale lijn. Er is sprake van een behoorlijke variatie en de TZO-subsidie dekt tussen de 39% tot 68% van de niet-vergoede kosten voor topspecialistische functies.



Figuur 1: Jaarlijkse niet-vergoede kosten, per kostengroep

Op basis van de verschillende simulaties blijkt een combinatie van bekostigingsvormen voor een duurzame bekostiging wenselijk, omdat één enkele bekostigingsvorm onvoldoende aansluit bij de kostenopbouw van de topspecialistische functie, en daarmee niet alle kosten kan dekken. Een combinatie van de volgende bekostigingsvormen kan een groot deel van de kosten dekken: 1) een lumpsumvergoeding ter dekking van de vaste onderzoeksinfrastructuur; 2) subsidies waarmee onderzoeksprojecten bekostigd worden; en 3) bekostiging voor topspecialistische zorgverlening vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Hierbij kan ook nog worden gevarieerd in vormen met specifieke- of generieke bekostiging. De hoogte van de bekostiging kan generiek zijn, waarbij alle centra min of meer dezelfde hoogte van vergoeding ontvangen, of specifiek, waarbij de daadwerkelijke kosten per centrum worden vergoed binnen een bekostigingsvorm. Hierbij is een afruil tussen de passendheid van de bekostiging en de uitvoeringskosten.

3.5 Beschouwing Fase 1

We vinden veel variatie in belangen en zienswijzen van stakeholders in de definitie en afbakening van topspecialistische functies, variatie in de inzet van de TZO-subsidie en variatie in de bekostigingsopties van topspecialistische functies. De criteria uit tabel 2 bieden een eerste stap in het specifieker afbakenen van topspecialistische functies. De verdeling van de kosten geeft de basis voor verschillende mogelijke scenario's voor duurzame financiering van de topspecialistische functie. De scenario's worden in de volgende fase van het project nader getoetst. Gezien de grote variatie in kostenopbouw en besteding ligt een combinatie van bekostigingsopties voor de hand. Een nadere verkenning van de concrete mogelijkheden binnen de kaders van het zorgstelsel is nodig om de voor- en nadelen van verschillende bekostigingsvormen goed te kunnen afwegen. Hierbij moeten ook de 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.

4. TopZorg geborgd?

Kernboodschappen

De maatschappelijke meerwaarde van de deelnemende centra van het programma TopZorg is onderzocht. Uit deze analyse blijkt dat het verkrijgen van een subsidie voor topspecialistische functies leidt tot structurele inbedding van onderzoek en samenwerking. Borging van de in TopZorg behaalde resultaten lijkt vooral afhankelijk van gecontinueerde financiering, in combinatie met steun vanuit het ziekenhuismanagement en de medische staf. Specialistische functies lijken zich weliswaar op specifieke plekken te concentreren, maar hebben een bredere uitstraling in de organisatie. De wetenschappelijke productie in termen van gepubliceerde artikelen is (sterk) toegenomen en er is een stijging in het marktaandeel voor (complexe) zorg zichtbaar.

4.1 Inleiding

Als voorganger van het huidige programma Topspecialistische zorg en onderzoek (TZO) is in de periode 2014 tot 2018 het programma TopZorg uitgevoerd. Aan dit programma namen drie ziekenhuizen deel met in totaal 5 domeinen waarop onderzoek werd gecombineerd met topspecialistische zorg, te weten het St. Antonius Ziekenhuis (hart en longen), het Elizabeth Tweesteden Ziekenhuis (neuro en trauma) en het Oogziekenhuis (oogheelkundige zorg). Het TopZorg programma is destijds positief geëvalueerd vanuit Erasmus School of Health Policy & Management (1). In dit hoofdstuk besteden we aandacht aan de mate waarin en de mechanismen waarlangs de effecten van het TopZorg programma zijn geborgd binnen de toen deelnemende ziekenhuizen. Het gaat in dit hoofdstuk nadrukkelijk niet om een evaluatie van TopZorg of het vervolgprogramma TZO; de maatschappelijke waarde van TopZorg is immers al vastgesteld. We zijn hier eerst en vooral geïnteresseerd in de mate waarin en de manier waarop de toenmalige TopZorg ziekenhuizen en domeinen erin zijn geslaagd die maatschappelijke waarde daadwerkelijk vast te houden. Drie vragen staan centraal:

1. Wat is de huidige stand van zaken met betrekking tot de continuïteit van het onderzoek en de topspecialistische zorg in de toenmalige TopZorg domeinen?
2. Welke mechanismen hebben een rol gespeeld in het al dan niet borgen van de ingezette lijn?
3. Welke financiële middelen worden ingezet om die continuïteit te waarborgen?

In de toenmalige evaluatie van het TopZorg programma is aandacht besteed aan zes 'dimensies', te weten: 1) complexiteit van patiënten, 2) kwaliteit van zorg en leven, 3) wetenschappelijk onderzoek, 4) verspreiding van kennis, 5) innovatiecultuur en infrastructuur en 6) besteding van de subsidie. Voor het huidige onderzoek hebben we dit gereduceerd tot drie thema's, te weten de onderzoeksinfrastructuur, de output van het onderzoek en de complexiteit van de patiënten. Reden voor deze keuze is deels pragmatisch, gezien het korte tijdsbestek waarin deze studie plaats moest vinden; met de drie genoemde thema's verwachten wij echter wel een goed beeld te kunnen geven van wat TopZorg ook op de langere termijn heeft opgeleverd.

Vooraf is het van belang om nog een paar opmerkingen te maken. In de eerste plaats zijn de uitkomsten van dit deel van het onderzoek mogelijk vertekend door de Coronapandemie; met name in de periode 2020-2022 hebben de ziekenhuizen immers te maken gehad met een sterke verstoring van de normale zorg. In de tweede plaats heeft de STZ de afgelopen jaren ingezet op het verder ontwikkelen van het onderzoeksbeleid. Binnen alle STZ-ziekenhuizen zijn daarbij

onderzoeksprogramma's opgezet en is een minimale infrastructuur ontwikkeld voor het doen van onderzoek (4). Tenslotte geldt dat voor vier van de vijf domeinen die aan TopZorg deelnamen zij ook onderdeel zijn van het TZO-programma; alleen voor het traumadomein in het ETZ is dit niet het geval. Uiteraard is het niet geheel toevallig dat veel van de oorspronkelijke topzorg domeinen ook onderdeel zijn van TZO: het gaat immers om ook toen al erkende topspecialistische zorg. Het betekent echter wel dat borging van TopZorg (voor een groot deel) heeft plaatsgevonden via het TZO-programma. Sterker nog, zoals we zullen zien geldt voor het enige domein dat geen onderdeel is van TZO dat daarvan de borging ook is achtergebleven. Hiermee is meteen ook een van de hoofdconclusies van dit hoofdstuk gegeven, namelijk dat om de combinatie van onderzoek en topspecialistische zorg in topklinische ziekenhuizen mogelijk te maken, additionele financiering via subsidies dan wel meer structurele financiering noodzakelijk is.

4.2 Aanpak

Voor het beantwoorden van de drie in dit hoofdstuk gestelde vragen zijn er verschillende methoden gebruikt. In de eerste plaats zijn interviews gehouden met vertegenwoordigers van de drie TopZorg ziekenhuizen. Daarbij is tenminste gesproken met de bestuurder van het ziekenhuis en met projectleiders van de betreffende domeinen. In twee ziekenhuizen is daarnaast gesproken met een onderzoekskoördinator. In totaal ging het om 12 interviews met 14 personen. Daarnaast is een beperkte bibliometrische analyse uitgevoerd van de publicaties vanuit de TopZorg domeinen waarbij een vergelijking is gemaakt tussen de periode 2012-2016 en de periode 2017-2022. Ten slotte is onderzoek gedaan naar de complexiteit van de patiëntenpopulatie in de TopZorg domeinen. Deze laatste analyse is nu nog gebaseerd op de resultaten uit het Antonius ziekenhuis en het Oogziekenhuis. Hieronder bespreken we eerst de resultaten van de interviews. Daarna laten we zien wat de bibliometrische analyse heeft opgeleverd en presenteren tenslotte de resultaten van de complexiteitsstudie.

4.3 Investeren in de onderzoeksinfrastructuur

In het evaluatierapport van TopZorg uit 2018 is geconstateerd dat de topzorg ziekenhuizen en -domeinen in het kader van het programma sterk hebben geïnvesteerd in het opzetten en uitbouwen van een onderzoeksinfrastructuur. Het gaat dan bijvoorbeeld om voorzieningen voor ethische toetsing en statistische ondersteuning, het opzetten van een data-infrastructuur, maar ook om het organiseren van bijeenkomsten. In bredere zin gaat het om wat in het buitenland wel een 'learning health systems' wordt genoemd (5). De rol van leiderschap en dus van de Raad van Bestuur is daarin belangrijk (6).

In onze gesprekken met de Raden van Bestuur van de voormalige Topzorg ziekenhuizen bleek dat zij allemaal op het pad van de uitbouw van de onderzoeksinfrastructuur zijn doorgegaan. In alle ziekenhuizen is onderzoek integraal onderdeel van de strategie van het ziekenhuis. Binnen elk van de ziekenhuizen is inmiddels een wetenschapsbureau opgezet dat ondersteund met aanvragen, ethische toetsing en datamanagement en de wetenschappelijke commissie ondersteunt. Ook worden interne wetenschapsdagen georganiseerd waarbij brede participatie uit het ziekenhuis wordt nagestreefd, hebben de ziekenhuizen een onderzoeksprogramma geformuleerd en wordt actief samengewerkt met andere (academische) ziekenhuizen en/of universiteiten. Soms gaat het daarbij om een brede, structurele samenwerking, terwijl die in andere gevallen meer afhankelijk is van het specifieke onderwerp. Zo heeft het ETZ bijvoorbeeld een strategische samenwerking opgezet met de Universiteit

van Tilburg terwijl het Antonius Ziekenhuis meer discipline-georiënteerde samenwerkingen kent—die overigens in het ETZ ook aanwezig zijn. Voor het OZR geldt weer dat samenwerking vooral internationaal vorm krijgt. Onderzoeksprogramma's betreffen bovendien niet alleen klinische onderwerpen maar strekken zich in een aantal gevallen ook uit tot het verpleegkundig proces of tot organisatorische onderwerpen zoals waardegedreven zorg of een andere organisatie van intensieve zorg.

Deelname aan TopZorg—en het vervolgprogramma TZO—wordt door alle ziekenhuizen als belangrijk gezien. Behalve financiële motieven betreft het vooral de uitstraling van het ziekenhuis, c.q. de specifieke domeinen. Dit maakt het ziekenhuis aantrekkelijk op de arbeidsmarkt en versterkt de mogelijkheden om topspecialistische zorg te (blijven) leveren. Het doen van onderzoek wordt hiervoor als essentieel gezien, zowel omdat hiermee nieuwe kennis wordt opgedaan, nieuwe interventies kunnen worden getest maar ook omdat onderzoek bijdraagt aan een kritische, reflexieve houding. TopZorg/TZO gelden worden daarbij weliswaar gereserveerd voor specifieke onderdelen van de organisatie, maar deelname aan het programma heeft wel een bredere uitstraling op en binnen het ziekenhuis.

Gecontinueerde deelname aan TopZorg/TZO wordt door alle ziekenhuizen als essentieel gezien voor continuïteit van het onderzoek en de topspecialistische functie. Financiering voor onderdelen van de onderzoeksinfrastructuur is hiervan afhankelijk. Duidelijk voorbeeld is de biobank voor interstitiële longziekten in het Antonius Ziekenhuis, maar andere ziekenhuizen hebben vergelijkbare voorbeelden. Discontinuïteit in de financiering heeft directe gevolgen voor die infrastructuur. Dit bleek het meest duidelijk bij een van de domeinen in het ETZ die niet is geselecteerd voor het TZO programma als gevolg waarvan een deel van het onderzoek moest worden afgebouwd. Tegelijkertijd geven de ziekenhuizen aan dat de infrastructuur die is opgebouwd niet (zomaar) verplaatsbaar is. Specialistische functies lijken zich weliswaar op specifieke plekken te concentreren, maar hebben een bredere uitstraling in de organisatie en vergen bijvoorbeeld samenwerking met radiologie, de acute as alsmede met gespecialiseerde verpleegkundigen.

4.4 Financiering

Zoals in de vorige paragraaf al gemeld is externe financiering een belangrijke voorwaarde voor de continuïteit van de onderzoeksinfrastructuur. Naast de TopZorg/TZO gelden proberen de ziekenhuizen hiervoor andere externe bronnen aan te boren. Het betreft bijvoorbeeld onderzoeks subsidies van ZonMw, NWO of het Horizon programma van de Europese Commissie. Omdat STZ-ziekenhuizen niet als kennisinstelling zijn aangemerkt leidt dit soms tot work-arounds waarbij een universiteit of umc als hoofdaanvrager optreedt maar het feitelijke werk in het betreffende TZO-ziekenhuis plaatsheeft. Naast externe gelden wordt ook door de ziekenhuizen zelf geïnvesteerd in onderzoek; alle gesproken ziekenhuizen hebben interne onderzoekfondsen opgezet in lijn met de onderzoeksstrategie. Bovendien wordt veel 'eigen' tijd dan wel tijd die anders bestemd was voor productie in het onderzoek gestoken; hierover zijn vaak afspraken gemaakt met het ziekenhuis dan wel met de maatschap of het MSB. Voor de financiering van de onderzoekfondsen zijn in alle ziekenhuizen afspraken gemaakt tussen de Raad van Bestuur en de medische staf.

Voor het financieren van de topspecialistische zorg is in een enkel geval een betaaltitel ontwikkeld; het betreft het voeren van expertiseconsulten met betrekking tot interstitiële longziekten in het

Antonius. Voor overige financiering moeten afspraken gemaakt worden met verzekeraars, hetgeen leidt tot jaarlijkse onderhandelingen.

Relaties met universiteiten en umc's

Voor alle voormalige topzorgziekenhuizen geldt dat zij strategische samenwerkingen hebben opgezet met universiteiten dan wel umc's. Behalve dat dit een voorwaarde was voor deelname aan TopZorg (en is voor deelname aan het TZO) programma worden dit soort samenwerkingen door de ziekenhuizen als strategisch belangrijk gezien, mede omdat daarmee gebruik kan worden gemaakt van externe onderzoeksinfrastructuur en omdat het toegang geeft tot voor het onderzoek benodigde expertise. In een analyse van de data verzameld tijdens de evaluatie van TopZorg bleek dat waar het voor het ziekenhuis als geheel belangrijk is om regionale samenwerking te zoeken, dit voor de TopZorg domeinen minder belangrijk is; het gaat daar vaak om samenwerking met zeer gespecialiseerde groepen die vaker buiten de regio of zelfs internationaal te vinden zijn (7). Overigens is samenwerking met andere ziekenhuizen ook voor umc's vaak noodzakelijk, vooral omdat deze grotere patiëntenstromen kennen en dus tot voldoende en snellere inclusie kunnen leiden.

Samenwerking met universiteiten en/of umc's is ook nodig omdat voor sommige zaken geldt dat deze niet openstaan voor TopZorg/TZO ziekenhuizen; dit geldt voor sommige subsidies maar ook voor promoties. Dit leidt soms tot spanningen, zoals de hierboven genoemde work-around bij onderzoeksubsidies; promotiegelden worden over het algemeen niet gedeeld, ook als het onderzoek feitelijk in het TopZorg/TZO ziekenhuis heeft plaatsgevonden.

4.5 Bibliometrische analyse

Om inzicht te krijgen in de mate waarin de productiviteit van het onderzoek in de voormalige TopZorg ziekenhuizen geborgd is hebben we een bibliometrische analyse² gedaan. Daarbij is gebruikt gemaakt van de database van het Centrum voor Wetenschap, Techniek en Samenleving (CWTS) van de Universiteit van Leiden. Gekeken is naar de periode 2017-2022 welke is vergeleken met de periode 2012-2016. Hierbij is een iets andere methodiek gebruikt dan in de eerste evaluatie omdat we nu niet beschikten over door de ziekenhuizen als tot het TopZorg domein behorende publicaties; via een proces van clustering binnen *Web of Science* was het echter toch mogelijk tot een goede identificatie van publicaties te komen. Hierdoor treden weliswaar kleine verschillen op met de cijfers zoals gepresenteerd in de eerdere evaluatie, maar zijn de periodes wel goed vergelijkbaar.

Voor elk domein is in tabel 4 het aantal publicaties voor de betreffende periode weergegeven (p) alsmede de mean normalised citation score (mnscs); dit is een maat voor het belang dat binnen een bepaald vakgebied wordt gehecht aan de betreffende publicatie(s) en wordt berekend door het gemiddeld aantal citaties voor de betreffende publicaties te vergelijken met het gemiddelde voor het gehele vakgebied; een score boven de 1 betekent dat de betreffende publicatie(s) vaker dan gemiddeld worden geciteerd. De MNCS corrigeert hiermee ook voor generieke groei in het jaarlijks aantal biomedische publicaties (ongeveer 5% per jaar). (8)

Tabel 4. Aantal en gewicht publicaties TopZorgdomeinen

	2012-2016		2017-2022	
	p	Mncs	p	mncs
ETZ neurochirurgie	118	2,95	177	1,47
ETZ neurologie	49	1,45	96	1,21
ETZ trauma	13	1,08	39	1,6
OZR oogziekten	122	1,57	129	1,37
Antonius cardiologie	365	2,2	525	2,57
Antonius longziekten	85	1,33	150	1,57

Uit de resultaten blijkt dat, hoewel er kleine verschillen zijn, de mncs voor de betreffende domeinen ongeveer gelijk zijn gebleven. Schommelingen in de mncs worden vaak veroorzaakt doordat een of enkele publicaties in een bepaalde periode bovenmatig veel citaties hebben gekregen; dit is ook een verklaring voor de het grotere verschil dat bij ETZ neurochirurgie tussen 2012-2016 en 2017-2022 is te zien. Wat verder opvalt is dat voor vrijwel alle domeinen een grote stijging in de productie zichtbaar is, inclusief voor ETZ trauma. Deels kan dit zijn veroorzaakt door een na-ijl effect voor zover artikelen die tijdens de TopZorg periode zijn geschreven pas later zijn gepubliceerd.

In de evaluatie van het TopZorg programma is ook gekeken naar de mate waarin publicaties die in samenwerking met andere ziekenhuizen of universiteiten tot stand komen beter worden gewaardeerd. Deze analyse hebben we herhaald voor de periode 2017-2022, zie tabel 5. Hieruit blijkt dat samenwerking nog steeds loont; vooral bij internationale samenwerking worden hogere scores behaald.

Tabel 5. Mncs scores bij samenwerking

	Single centre	Nationale samenwerking	Internationale samenwerking
ETZ neurochirurgie	0,11	1,1	2,21
ETZ neurologie	0,25	1,08	1,68
ETZ trauma		1,51	2,17
OZR oogziekten	0,45	0,86	1,93
Antonius cardiologie	0,49	0,93	3,82
Antonius longziekten	0,31	0,89	2,5

4.6 Complexiteit van zorg

Om inzicht te krijgen in de continuïteit van de topspecialistische zorg in de toenmalige TopZorg domeinen is onderzoek gedaan naar het marktaandeel van de TopZorg ziekenhuizen voor een aantal specifieke diagnoses in de jaren 2019-2022. Dit marktaandeel is vergeleken met het marktaandeel van de TopZorg ziekenhuizen in 2015, zoals gepubliceerd in het TopZorg rapport (Postma et al. 2018). We hebben gekozen voor een vergelijking met 4 opeenvolgende jaren om de eventuele impact van de Covid-pandemie inzichtelijk te maken. De vergelijking is uitgevoerd voor het marktaandeel van de totale zorg, het marktaandeel van complexe zorgproducten en het marktaandeel van complexe zorgactiviteiten. Zorgproducten waren als complex gedefinieerd als er sprake was van een langdurige opname, veel polikliniekbezoeken, zware diagnostiek, complexe zorgactiviteiten, multidisciplinaire zorg of dure geneesmiddelen. Complexe zorgactiviteiten waren tijdens het TopZorg project geïdentificeerd door de deelnemende TopZorg ziekenhuizen (Postma et al. 2018). Het marktaandeel van de totale zorg is van belang omdat een aantal diagnoses betrekking hebben op zeldzame ziektes.

Dit betekent dat deze zorg per definitie complex is, ongeacht de geregistreerde zorgproducten. De landelijk geregistreerde zorgproducten en zorgactiviteiten zijn afkomstig uit OpenDis. De door het ziekenhuis geregistreerde zorgproducten en zorgactiviteiten zijn opgevraagd bij de TopZorg ziekenhuizen.

De vergelijking van het marktaandeel van de verschillende specifieke diagnoses laat zien dat zowel het marktaandeel van de totale zorg, als het marktaandeel van de complexe zorg voor alle diagnoses is gestegen sinds 2015, zie Tabel 6. De periode 2020-2021 liet voor alle diagnoses een trendbreuk zien met een stabilisering of daling van het marktaandeel. Ziekenhuizen gaven ook aan dat zij tijdens de Covid-pandemie niet de zorg konden leveren zoals ze gewend waren omdat zorgcapaciteit gedeeltelijk of volledig werd ingezet voor Covid-zorg en omdat de op dat moment geldende landelijke maatregelen (zoals thuisblijven bij ziekteverschijnselen) dit belemmerden. De overall resultaten laten zien dat bij drie domeinen sprake is van een gestegen aandeel. Vervolgens laten de kwalitatieve analyses zien dat deelname aan TopZorg en TOVER voor alle domeinen (behalve het traumadomein) een positieve bijdrage heeft geleverd aan de uitstraling van het ziekenhuis en dat zij door het onderzoek ook betere zorg kunnen leveren aan deze groep patiënten. Hiermee lijkt het aannemelijk te veronderstellen dat het marktaandeel van de diagnoses uit het neurodomein ook is gestegen en dus dat de TopZorg domeinen, behalve het traumadomein, in staat zijn geweest om de topspecialistische zorg te blijven leveren en zelf uit te bouwen.

Tabel 6. Samenvatting update analyse complexiteit van zorg

	Marktaandeel totale zorg	Marktaandeel complexe zorgproducten	Marktaandeel complexe zorgactiviteiten
ILD	Stijging 2019 en 2022, wel stabilisering of lichte daling 2020 en 2021	gestegen sinds 2015, wel fluctuerend per jaar, bij zware diagnostiek soms ook gedaald	Stijging m.u.v. 2020
PH	Stijging 2019 en 2022, wel (lichte) daling 2020 en 2021	stijging 2019 t.o.v. 2015, daling 2020, 2021, stijging 2022	stijging 2019 t.o.v. 2015, daling 2020, 2021, stijging 2022
Aorta-chirurgie	Stijging, bij 2 subdiagnoses een daling in 2020, in 2021 of 2022 weer een stijging	lichte stijging sinds 2015, m.u.v. 2021	Stijging m.u.v. 2021
Cornea/conjunctiva	stijging 2022 vs 2015, bij sommige subdiagnoses een daling in 2019, 2020, 2021	gestegen sinds 2015 m.u.v. veel polikliniekbezoeken (stabiel)	Stijging 2019 t.o.v. 2015, stabiel 2020, daling 2021, stijging 2022
Glaucoom	Jaarlijkse stijging, stijging beperkt in 2020, 2021	Stijging 2019 t.o.v. 2015, daling 2020, 2021, stijging 2022	Stijging 2019, daling 2020 en 2021, stijging 2022 (maar onder niveau 2015)
Chirurgische retina	Jaarlijkse stijging, stijging beperkt in 2020, 2021	Stijging complexe verrichtingen, stijging zware diagnostiek (m.u.v. 2020-2021), veel polikliniekbezoeken daling 2019-2021, daarna weer op niveau 2015	Lichte stijging voor alle jaren

4.7 Beschouwing

Voor bijna alle voormalige TopZorg domeinen geldt dat zij voort zijn gegaan op de met TopZorg ingeslagen weg wat betreft het opzetten en uitbouwen van de onderzoeksinfrastructuur. Uitzondering is het Trauma domein in het ETZ waar vervolffinanciering niet mogelijk bleek. Voor alle domeinen geldt bovendien dat de wetenschappelijke productie in termen van gepubliceerde artikelen (sterk) is toegenomen. Voor alle hier onderzochte domeinen is bovendien een stijging in het marktaandeel voor (complexe) zorg zichtbaar. Borging van de in TopZorg behaalde resultaten lijkt vooral afhankelijk van gecontinueerde financiering, in combinatie met steun vanuit het ziekenhuismanagement en de medische staf.

5. Testbeds

Kernboodschappen

Op basis van verdiepende verkenning met drie testbed centra en een toets met stakeholders zijn vier aanbevelingen gedaan om de financieringsproblematiek deels op te lossen binnen de kaders van het huidige zorgstelsel. De aanbevelingen richten zich op bekostiging van de vaste onderzoeksinfrastructuur, toegang tot onderzoekssubsidies en bekostiging van de meerkosten van topspecialistische zorglevering. Beperkingen van de huidige bekostigingsvormen rondom (juridische) afbakening van reikwijdte en toegankelijkheid werpen mogelijk aanzienlijke barrières op in het implementatieproces.

5.1 Inleiding

Werkpakket 5 beschrijft de financieringsproblematiek rondom de geselecteerde topspecialistische functies in ziekenhuizen en categorale centra, de opties om de financieringsproblematiek binnen de kaders van het zorgstelsel structureel te adresseren, en de haalbaarheid van de verschillende opties.

Heterogeniteit van topspecialistische functies binnen TZO

De tien gehonoreerde centra ontvangen een subsidie van maximaal €750,000 per jaar, die kan worden besteed aan een combinatie van topspecialistische zorg, onderzoek en onderwijs. De centra zijn vrij om de subsidie te verdelen over deze posten, met als voorwaarde dat een deel wordt gebruikt voor financiering van toegepast topspecialistisch onderzoek. Hiernaast is cofinanciering vanuit de aanvragende organisatie een voorwaarde. De globale verdeling van de subsidie en cofinanciering over de uitgavenposten zorg, onderzoek en onderwijs is weergegeven in figuur 1 op pagina 18. Een grote mate van heterogeniteit is zichtbaar in de besteding van de onderzoekssubsidies. De TZO-projecten gebruiken de subsidie deels voor de uitvoering van twee tot vijf onderzoeksprojecten. Alle TZO-projecten hebben hiervoor bovendien een onderzoeksinfrastructuur opgezet of gebruiken een bestaande onderzoeksinfrastructuur, die deels wordt gefinancierd vanuit TZO. Sommige TZO-projecten gebruiken een relatief groot deel van de subsidie ter dekking van het leveren van topspecialistische zorg, en andere TZO-projecten gebruiken een relatief groot deel van de subsidie voor uitvoering van toegepast topspecialistisch onderzoek. De implicatie is dat de topspecialistische functie niet eenduidig is te financieren. Werkpakket 3 geeft vanuit de theorie van bekostiging de aanbeveling om financiering van de topspecialistische functie onder te verdelen in drie globale lijnen: 1) een maatwerkfinancieringsmogelijkheid voor topspecialistische zorg, 2) een vaste vergoeding voor de vaste infrastructuur die nodig is om topspecialistisch onderzoek te doen; en 3) subsidiematige financiering van tijdelijke, wetenschappelijke, topspecialistische onderzoeksprojecten.

Implementatie binnen een complex-adaptief systeem: Stakeholders en belangen

In dit hoofdstuk onderzoeken we de praktische mogelijkheden van bekostiging, waarbij we ook rekening houden met de haalbaarheid van verschillende bekostigingsopties binnen de kaders en uitgangspunten van het huidige zorgstelsel. Hierbij kan een verschil ontstaan tussen de veronderstelde optimale situatie en een haalbare situatie. In dit werkpakket richten we ons op lokale verbeteringen binnen het zorgstelsel. Het zorgstelsel is een complex, adaptief systeem. Dit betekent dat het zorgstelsel slechts beperkt maakbaar is. Het ontwikkelen van optimaal beleid is lastig in een dergelijke omgeving. Enerzijds reageren stakeholders op beleid, waardoor de uitwerking in de praktijk vaak anders uitpakt dan bedacht. Anderzijds zijn er gedurende het implementatieproces verschillende stakeholders met verschillende belangen, en dit beïnvloedt het implementatieproces. Hierdoor kan het geïmplementeerde beleid afwijken van het vooraf ontwikkelde beleid. Dit wordt ook wel de

implementation gap genoemd (9). Het krachtenveld van stakeholders en belangen binnen een complex, adaptief systeem kan ervoor zorgen dat een beleidsmaatregel in theorie de situatie verbetert, maar in de praktijk de situatie verergert.³ Rekening houden met beide effecten impliceert een conservatieve houding die haalbaarheid van een maatregel meeneemt in de afwegingen. Ook vereist dit een analyse van de perspectieven van verschillende stakeholders op de beoogde maatregelen.

5.2 Aanpak

In dit hoofdstuk beschrijven we op welke manier de theoretische bekostigingsvormen volgend uit werkpakket 3 in de praktijk vormgegeven zouden kunnen worden, rekening houdend met de huidige grenzen van het zorgstelsel. Het deelonderzoek heeft de volgende doelen:

- Inventariseren van de mogelijkheden voor structurele bekostiging om financieringsknelpunten van de topspecialistische functie weg te nemen
- Identificeren van voor- en nadelen rondom mogelijke bekostigingsvormen op basis van de ervaringen van de TZO-projecten
- Nader verkennen mogelijke invulling van de meest passende bekostigingsvorm binnen het zorgstelsel

Er is een iteratief proces doorlopen met de drie testbeds om te komen tot de aanbevelingen. Om deze doelen nader in te vullen zijn open interviews en gesprekken met betrokken stakeholders gehouden en werksessies met de TZO-projecten georganiseerd. Om de diepgang van het iteratieve proces te versterken, zijn drie TZO-projecten als testbeds geselecteerd. Met deze drie testbeds (Catharina ziekenhuis, St Antonius ziekenhuis en het Oogziekenhuis) zijn initieel in meerdere rondes gesprekken en werksessies georganiseerd om bovenstaande doelen in detail te bespreken, ondersteund door interne data, documentatie en analyses. De mogelijke routes rondom duurzame financiering bouwen deels voort op de analyses in werkpakket 3. In de open interviews konden respondenten onbelemmerd van gedachten wisselen, details nazoeken, en iteratief voortbouwen op eerdere interviews. Het onderwerp vergde diepgaande kennis van verschillende aspecten van het zorgstelsel, die in overleg werden gedeeld en verder verkend. Dit resulteerde in een overzicht van verschillende praktische mogelijkheden binnen het zorgstelsel om topspecialistische functies duurzaam te bekostigen, inclusief voor- en nadelen van de verschillende bekostigingsmogelijkheden. De uitkomsten zijn vervolgens getoetst op correctheid en compleetheid bij de overige TZO-projecten. Deze uitkomsten zijn gebruikt om de meest passende bekostigingsmogelijkheden nader uit te werken tot praktische aanbevelingen. De aanbevelingen zijn vervolgens getoetst op haalbaarheid en draagvlak bij de verschillende stakeholders, wederom in een iteratief proces, met inachtneming van de (soms tegengestelde of intern conflicterende) belangen. Dit proces bestond uit interviews, het schriftelijk feedback leveren, telefonisch contact en een bijeenkomst met alle vertegenwoordigers van de centra in februari 2024. Dit proces toetste of de adviezen uitvoerbaar zijn en de beoogde maatschappelijke meerwaarde opleveren, wat de specifieke voor- en nadelen zijn, en wat mogelijke belemmeringen zijn in het implementatieproces. Een overzicht van de betrokken stakeholders is te vinden in bijlage 1.

5.3 Financieringsknelpunten

In werkpakket 3 zijn drie grote kostenposten benoemd in het kader van de topspecialistische functie: topspecialistische zorglevering, onderzoeksprojecten en onderzoeksinfrastructuur. Op al deze drie punten ervaren de TZO-projecten ook grote knelpunten in de financiering. Op het gebied van onderwijs en kennisdisseminatie worden momenteel beperkte knelpunten ervaren. De TZO-projecten geven aan dat interdisciplinaire en intercollegiale consulten tussen ziekenhuizen momenteel onvoldoende worden vergoed, en deze worden nu doorgaans gefinancierd uit de TZO-subsidie. Dit

onderdeel van de topspecialistische functie wordt als dermate belangrijk gezien dat in veel gevallen borging vanuit de zorginstelling wordt gegeven. Daarnaast zijn de mogelijkheden om expertiseadviezen bij zeldzame aandoeningen te declareren recentelijk uitgebreid (10). Alle TZO-projecten geven aan dat de topspecialistische functie niet duurzaam gefinancierd kan worden zonder de TZO-subsidie.

Financiering van vaste onderzoeksinfrastructuur

Zoals ook in hoofdstuk 4 beschreven wordt financiering van een infrastructuur die topspecialistisch onderzoek ondersteunt als een groot knelpunt gezien. De ondersteuning bij het schrijven van onderzoeksprojecten, (statistische) ondersteuning bij uitvoeren van onderzoek en faciliteren van data-toegang en -infrastructuur wordt als cruciaal gezien. De onderzoeksinfrastructuur wordt beschouwd als – beperkte – kosten die de mogelijkheden om toegepast onderzoek uit te voeren verbeteren, en de kansen op succesvolle toewijzing van subsidies vergroten. Financiering van onderzoeksinfrastructuur kent een hoge mate van spillover-effecten: een succesvolle toekenning van een subsidie levert bijvoorbeeld weer nieuwe mogelijkheden op voor samenwerking met andere centra en nieuwe subsidieaanvragen, het geeft ruimte om de topspecialistische functie verder te ontwikkelen en het vergroot de zichtbaarheid van de topspecialistische functie binnen een ziekenhuis. Ondanks dat de TZO-projecten hoge meerwaarde toekennen aan de onderzoeksinfrastructuur, is hier buiten de TZO-subsidie slechts incidentele dekking voor vanuit algemene middelen van de instelling. Dit is bovendien juridisch kwetsbaar, omdat dit indirect financiering vanuit de zorgverzekeringswet (Zvw) impliceert, wat mogelijk niet rechtmatig is. De financiering van de onderzoeksinfrastructuur is niet altijd mogelijk in de verantwoording van onderzoekssubsidies en de programma's Topzorg en TZO waren hierin een uitzondering.

Toegang tot onderzoekssubsidies

Met betrekking tot de financiering van onderzoeksprojecten wordt de toegang tot onderzoekssubsidies als gebrekkig ervaren. Met name het ontbreken van de mogelijkheid om als topspecialistisch centrum als hoofdaanvrager in te schrijven op een subsidie wordt als belemmerend ervaren. Ook in de samenwerking met universitaire centra worden knelpunten ervaren, met name op het gebied van gelijkwaardigheid. In theorie kan samenwerking tussen academische centra en topspecialistische centra veel meerwaarde opleveren: topspecialistische centra hebben de patiëntpopulatie die nodig is voor fundamenteel en toegepast onderzoek, en academische centra hebben wellicht specialistische infrastructuur en specifieke kennis die meerwaarde kan leveren bij uitvoering van het onderzoek. Ook geven TZO-projecten aan dat de inclusie van patiënten voor onderzoek mogelijk goedkoper is dan in academische centra, en dat kortere lijntjes binnen het topspecialistisch centrum de doorlooptijd van onderzoek mogelijk verkorten. Uit hoofdstuk 4 blijkt bovendien ook dat de impact van onderzoek hoger ligt bij samenwerking. In de praktijk bestaat een aantal drempels die de samenwerking belemmeren, zoals ook besproken in hoofdstuk 4.

Financiering van topspecialistische zorglevering

Met betrekking tot financiering van topspecialistische zorglevering worden twee grote knelpunten ervaren. Ten eerste is er onvoldoende mogelijkheid om de complexiteit van de patiëntgroep goed terug te laten komen in de DBC-prijs. Ten tweede komt het vervullen van een beschikbaarheidsfunctie als tertiair verwijscentrum niet adequaat terug in de DBC-tarieven. Deze twee knelpunten hangen samen: de tertiaire verwijscenfunctie zorgt ervoor dat de complexiteit van de patiëntgroep toeneemt, waardoor de behandeling gemiddeld meer tijd en middelen kost. Daarnaast komt er bij de tertiaire verwijscenfunctie soms, maar niet altijd, een beschikbaarheidsfinanciering kijken, bijvoorbeeld doordat

dure specialistische apparatuur beschikbaar moet zijn, of omdat er 24-uurs beschikbaarheid nodig is. Dit zijn vaak vaste kosten die niet afhangen van het aantal patiënten, waardoor deze kosten ook niet goed toe te schrijven zijn aan de individuele patiënten via de DBC-structuur. In principe is het aan de zorgverzekeraars om te beslissen deze meerkosten al dan niet te vergoeden, maar hier worden knelpunten ervaren. Bijvoorbeeld omdat de zorg ontoereikende maximumtarieven kent, of omdat zorgverzekeraars onvoldoende inzicht of afstemmingsmogelijkheden hebben om een adequaat tarief te faciliteren.

Topspecialistische centra hebben doorgaans een regio-overstijgende tertiaire of quaternaire verwijfsfunctie. Dit wil zeggen dat andere ziekenhuizen complexe patiënten rechtstreeks doorverwijzen naar het topspecialistisch centrum, of dat huisartsen een patiënt doorverwijzen naar het topspecialistisch centrum op het moment dat de behandeling in een regulier ziekenhuis ontoereikend blijkt (tertiaire verwijzing). In sommige gevallen verwijzen ook umc's zeer complexe patiënten door naar het topspecialistisch centrum (quaternaire verwijzing). Daarnaast hebben topspecialistische centra een bovenregionale functie. Dit betekent dat een deel van de patiënten van buiten de regio komt. Dit kan het gevolg zijn van tertiaire of quaternaire verwijzingen, maar in sommige gevallen kan de huisarts ook direct doorverwijzen naar het topspecialistisch centrum als de complexiteit evident is.

Het gevolg van deze functie is dat de topspecialistische centra een complexere patiëntpopulatie hebben dan algemene ziekenhuizen (inclusief de andere topklinische ziekenhuizen). Werkpakket 3 maakte onderscheid tussen extra kosten die volgen uit de beschikbaarheidsfinanciering van topspecialistische zorg, en de extra kosten die het gevolg zijn van de hogere complexiteit van topspecialistische patiënten. In veel gevallen gaat de topspecialistische functie gepaard met dure infrastructuur of 24-uurs beschikbaarheid. Deze kosten zijn onafhankelijk van het aantal patiënten, en daarmee niet goed toe te wijzen aan individuele patiënten, bijvoorbeeld omdat het gaat over additionele apparatuur of expertise die steeds aanwezig moet zijn om de topspecialistische functie te kunnen vervullen. In de praktijk wordt vaak naar de grootste zorgverzekeraar(s) gekeken voor de vergoeding van de vaste kosten van de topspecialistische functie. Doordat zorgverzekeraars onderling concurreren, kunnen kleinere zorgverzekeraars profiteren als een groter deel van de vaste kosten worden vergoed door de concurrent (het zogeheten freerider-probleem van gereguleerde concurrentie). Dit maakt financiering van vaste kosten voor complexe zorg vanuit de DBC-structuur suboptimaal.

De DBC-bekostigingssystematiek is daarnaast onvoldoende gedifferentieerd om de complexe behandeling en de standaardbehandeling te onderscheiden: beide vallen doorgaans binnen dezelfde DBC. De behandeling van complexe patiënten kost echter meer expertise, tijd en middelen dan een standaardbehandeling. Voor een deel van de topspecialistische zorg (bijvoorbeeld hartzorg, revalidatiezorg) gelden maximumtarieven binnen het A-segment. In het DBC-A segment zijn zorgverzekeraars gebonden aan een maximumprijs die kan worden vergoed, en die wordt ontoereikend beschouwd voor de mate van complexiteit van de patiënten in topspecialistische centra. Een groot deel van de topspecialistische zorg valt onder het DBC-B segment. In het 'vrije' DBC B-segment is het wel mogelijk voor topspecialistische centra om met zorgverzekeraars hogere prijzen te onderhandelen ter dekking van de complexere patiënten. Maar ook hier is het lastig om de volledige kosten voor de tertiaire verwijfsfunctie te vergoeden. Omdat topspecialistische functies vaak uniek zijn, is er geen vergelijkingsmateriaal voor zorgverzekeraars om een adequate prijs te kunnen bepalen. In de praktijk gaan zij daarom vaak uit van het gemiddelde voor de gehele DBC waardoor topspecialistische patiënten ondergefinancierd blijven. De ervaring van de TZO-projecten is dat de

zorgverzekeraars doorgaans welwillend zijn, maar dat bovenstaande punten een kostendekkende DBC-prijs onhaalbaar maken.

Voor grote ziekenhuizen is er een extra dimensie van complexiteit door de indirecte relatie tussen de kosten van een topspecialistisch centrum en de vergoedingen voor de topspecialistische zorg. Ziekenhuizen onderhandelen met zorgverzekeraars over de (maximale) jaaromzet, en het totaalbedrag wordt binnen een ziekenhuis over de afdelingen verdeeld, zonder sterke correlatie tussen de individuele DBC-vergoedingen en de afdelingsbudgetten. Als een afdeling meer kosten maakt dan opbrengsten in termen van DBC-prijzen, terwijl een andere afdeling een overschot heeft, dan is er sprake van kruissubsidiëring.⁴ (11) Een hogere DBC-prijs voor een topspecialistische functie leidt daarmee niet direct tot een hogere budgetafpraak met zorgverzekeraars, en daarmee heeft de hoogte van de prijzen van de topspecialistische DBC's weinig directe invloed op het beschikbare budget. Daarnaast hebben topspecialistische centra binnen grote ziekenhuizen door hun beperkte omvang mogelijk slechts een klein effect op de budgetonderhandelingen met zorgverzekeraars. Ziekenhuizen formuleren speerpunten in de onderhandelingen met zorgverzekeraars met als doel om een hoger totaalbudget uit te onderhandelen. De beschikbaarheid van middelen van het ziekenhuis hangt onder andere af van de relatieve onderhandelingsmacht van het ziekenhuis, en de topspecialistische functies profiteren daar indirect van. Ziekenhuizen kunnen wellicht hun onderhandelingsmacht verhogen als ze topspecialistische functies bezitten die een zorgverzekeraar wel *moet* contracteren, bijvoorbeeld vanwege de tertiaire verwijfsfunctie. Ook dit zou via onderhandelingen over de budgetafspraken ten goede kunnen komen aan de topspecialistische functies, maar dit hangt af van de manier waarop budgetten intern worden verdeeld. Vanwege deze effecten is de relatie tussen ontoereikende DBC-prijzen en financiering van topspecialistische zorg via budgetafspraken voor grote ziekenhuizen te indirect om de financieringsproblematiek van de topspecialistische functie te isoleren van de financiering van het gehele ziekenhuis. Dit beperkt de mogelijkheden om in te grijpen bij een inadequate DBC-prijs. De mate van financiering van topspecialistische zorg is een strategische keuze van het ziekenhuis, en dit staat maar beperkt in verhouding met ontoereikende DBC-prijzen voor de topspecialistische zorgverlening. Dit impliceert dat eventuele knelpunten in financiering van topspecialistische zorglevering buiten academische centra primair moeten worden opgelost als onderdeel van de onderhandelingen over het totaalbudget tussen zorgverzekeraars en instellingen, en dat eventuele wijzigingen in de bekostigingsstructuur niet direct invloed hoeven te hebben op de ervaren financieringsproblematiek rondom de topspecialistische functie.

Met name categorale centra ervaren onvoldoende mogelijkheden om de financieringsproblematiek te adresseren in de onderhandelingen met zorgverzekeraars. Categorale centra richten zich op een beperkt aantal DBC's binnen één of enkele aan elkaar gerelateerde specialismen. Veel categorale centra (met name zelfstandige behandelcentra) richten zich op laagcomplexe zorg, waarbij het gemiddelde markttarief meer dan toereikend is om de zorg te leveren. Enkele categorale centra richten zich echter deels op hoog-complexe zorg met een bovenregionale tertiaire verwijfsfunctie. Nederland kent momenteel een beperkt aantal categorale ziekenhuizen die zich richten op hoog-complexe zorg.⁵ Vier categorale centra hebben een TZO-subsidie ontvangen om de kosten voor topspecialistische functies te dekken.

5.4 Aanbevelingen

Om de topspecialistische functie duurzaam te bekostigen binnen de grenzen van ons zorgstelsel doen we vier aanbevelingen:

1. Voorzie in een beschikbaarheidsfinanciering voor topspecialistische categorale centra om vaste zorggerelateerde kosten die volgen uit de bovenregionale tertiaire verwijzfunctie te vergoeden.
2. Verken de mogelijkheden en wenselijkheid om een vrij onderhandelbare add-on voor topspecialistische zorg op de DBC-structuur te ontwikkelen
3. Voorzie in een structurele beschikbaarheidsfinanciering voor onderzoeksinfrastructuur binnen topspecialistische instellingen.
4. Maak het mogelijk voor topspecialistische centra om op te treden als hoofdaanvrager bij onderzoekssubsidies

Hieronder werken we elke aanbeveling nader uit, waarbij we de huidige knelpunten bespreken, wat de mogelijkheden zijn om deze weg te nemen, inclusief voor- en nadelen, en welke concrete aanbevelingen hieruit volgen.

5.4.1 Beschikbaarheidsfinanciering voor vaste zorggerelateerde kosten

Voor veel topspecialistische centra geldt dat de topspecialistische functie gepaard gaat met dure infrastructuur of 24-uurs beschikbaarheid.⁶ Deze zorgkosten zijn onafhankelijk van het aantal patiënten, en daarmee niet goed toe te wijzen aan individuele patiënten. Doordat zorgverzekeraars onderling concurreren, kunnen kleinere zorgverzekeraars profiteren als een groter deel van de vaste kosten worden vergoed door de concurrent (het zogeheten freerider-probleem van gereguleerde concurrentie). Dit maakt financiering van vaste kosten voor complexe zorg vanuit de DBC-structuur suboptimaal.

Een bekostigingsvorm waarbij de daadwerkelijke kosten van het topklinisch centrum worden vergoed (specifieke bekostiging) zou het best aansluiten bij de kostenstructuur, maar gezien de hoge uitvoeringskosten is het alleen aan te bevelen om dat enkel toe te passen als er sprake is van significante marktverstoringen. Met andere woorden: als de meerwaarde van een dergelijke maatregel opweegt tegen de uitvoeringskosten. De afweging hierbij is of de bekostigingsproblematiek direct volgt uit de beperkingen om de topspecialistische beschikbaarheidsfinanciering via onderhandelingen met zorgverzekeraars te financieren. Hierbij ontstaat een verschil tussen grotere ziekenhuizen met één of meerdere topspecialistische centra, en kleinere topspecialistische categorale centra met een groter aandeel aan topspecialistische functies. Bij grotere ziekenhuizen wordt de uitkomst van de onderhandelingen met zorgverzekeraars niet direct beïnvloedt door de topspecialistische functie(s), en heeft de uitkomst van de onderhandelingen niet direct invloed op de financiering van de topspecialistische functie(s). Hierdoor kan een eventueel financieringsprobleem niet direct worden opgelost via een maatregel die het onderhandelingsproces beïnvloedt. Voor categorale topspecialistische centra is er een directere relatie tussen de budgetonderhandelingen en de financiering van de topspecialistische beschikbaarheidsfunctie. Bovendien nemen de vaste kosten relatief een groter deel van de totaalbegroting in. Hoewel de financieringsproblematiek rondom de beschikbaarheidsfunctie van topspecialistische zorg vergelijkbaar is tussen topspecialistische centra, is de omvang en uitwerking groter bij categorale topspecialistische centra.

Wat als dit niet wordt verholpen?

De hierboven beschreven marktverstoringen riskeren onderbesteding vanuit maatschappelijk perspectief in de beschikbaarheid van topspecialistische functies, met name de topspecialistische functies die momenteel worden ingevuld door categorale centra. Hierdoor ontstaat het risico dat deze topspecialistische functies bij langdurige onderbesteding langzaam zullen verdwijnen. Dit riskeert kapitaalvernietiging. Daarnaast is het mogelijk dat academische centra deze functies niet of onvoldoende oppakken, waardoor een hiaat ontstaat in de zorglevering in het Nederlandse

zorglandschap.⁷ In dit specifieke geval vraagt het behoud van de topspecialistische functies in categorale centra om maatregelen die de marktverstoring verminderen.

Wat zijn de mogelijke oplossingsrichtingen?

Op basis van de beleidsregel beschikbaarheidsbijdrage op aanvraag⁸ is het mogelijk om kosten binnen de MSZ via een beschikbaarheidsbijdrage te vergoeden indien deze niet op individuele patiënten toe te kennen valt, en waarbij sprake is van een aantoonbare marktverstoring. Hoewel de knelpunten rondom bekostiging van de beschikbaarheidsfunctie binnen de DBC-structuur voor alle topspecialistische centra geldt, ervaren met name categorale centra momenteel een marktverstoring effect in de budgetonderhandelingen met zorgverzekeraars. Voor topspecialistische categorale centra met een significante beschikbaarheidsfunctie zou een beschikbaarheidsfinanciering passend zijn om deze marktverstoring op te lossen. Een deel van de categorale centra ontvangt overigens al een beschikbaarheidsbijdrage ter vergoeding van de beschikbaarheid in het kader van de bovenregionale tertiaire verwijfsfunctie. Dit zijn het Nederlands Kanker Instituut/Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis, het Rode Kruis Ziekenhuis en het Prinses Máxima Centrum voor Kinderoncologie. Het breder toepassen van een beschikbaarheidsfinanciering kan de duurzame financiering van de beschikbaarheidsfunctie van topspecialistische centra verbeteren.

Aanbeveling 1: Voorzie in een beschikbaarheidsfinanciering voor topspecialistische categorale centra om vaste zorggerelateerde kosten die volgen uit de bovenregionale tertiaire verwijfsfunctie te vergoeden.

Welke criteria kunnen worden gehanteerd?

Een aantal aandachtspunten is van toepassing bij de vaststelling van toegang en reikwijdte van de financiering. Het wordt aanbevolen om de toegang tot de beschikbaarheidsfinanciering te beperken tot de instellingen waarbij de baten van verhelpen van de marktverstoring opwegen tegen de uitvoeringskosten van het financieringsinstrument. De uitvoeringskosten voor een beschikbaarheidsbijdrage zijn aanzienlijk, waardoor idealiter de toegang wordt beperkt tot de topspecialistische centra die het meest geraakt worden door de marktverstoring. Daarom wordt aanbevolen om initieel de regeling te beperken tot de categorale instellingen waarbij de baten van de regeling opwegen tegen de kosten. Dit beperkt de uitvoeringskosten en bewaakt de doelmatige besteding van zorggeld. Een mogelijkheid om de toegang tot de beschikbaarheidsfinanciering nader af te bakenen binnen de populatie van categorale instellingen is om een combinatie te maken van een percentage tertiaire of quaternaire verwijfsingen en een percentage patiënten buiten het adherentiegebied.⁹ Hierbij wordt aanbevolen om doorverwijfsingen over meerdere jaren te nemen, omdat bij complexe problematiek soms enkele jaren kunnen zitten tussen de eerste behandeling in een ziekenhuis en een doorverwijfsing naar het topklinisch centrum. Hierbij moet worden aangemerkt dat een beschikbaarheidsfinanciering mogelijk lastig af valt te bakenen op type instelling (bijv. categoriaal centrum). Dat kan een adequate afbakening compliceren, en de implementatietijd van de maatregel sterk verlengen. Een eerste mogelijkheid om de haalbaarheid te vergroten is om beschikbaarheidsfinanciering voor individuele topspecialistische centra of functies te verkennen, op basis van de afruil tussen uitvoeringskosten en baten van verhelpen van de marktverstoring. De aanbevelingen voor de reikwijdte van de beschikbaarheidsfinanciering zijn om vaste kosten mee te nemen die toe te wijfsen zijn aan complexe behandelingen, maar niet goed toewijsbaar zijn aan individuele patiënten, zoals dure gespecialiseerde apparatuur of een 24-uurs beschikbaarheidsfunctie.

Wat is de uitwerking op het zorgstelsel?

De maatregel draagt bij aan het behoud van topspecialistische functies in categorale instellingen. Hiermee is aanzienlijke meerwaarde gemoeid (1). Het is lastig om een inschatting te maken van de meerkosten van de maatregel, gezien de onduidelijkheid in reikwijdte en hoogte van de betreffende kosten. Toepassing van de bovengenoemde beperkende criteria kan zowel het aantal categorale instellingen dat in aanmerking komt alsmede de kosten per instelling die in aanmerking komen voor een vergoeding beperken. De maatregel kan aanzuigende werking hebben of precedent scheppen. Mogelijk dat meer categorale instellingen zullen inzetten op (door)ontwikkeling richting topspecialistische functies om in aanmerking te komen voor de beschikbaarheidsfinanciering, of dat ziekenhuizen een topspecialistisch centrum opbouwen om in aanmerking te komen voor de beschikbaarheidsfinanciering. De maatregel kan precedenten scheppen om ook topspecialistische functies bij grotere ziekenhuizen te voorzien van een beschikbaarheidsfinanciering. Topspecialistische centra binnen een ziekenhuis hebben vaak ook te maken met vaste kosten door de bovenregionale tertiaire verwijfsfunctie. Er zal dan ook draagvlak zijn vanuit topklinische ziekenhuizen voor een bredere reikwijdte van deze beschikbaarheidsfinanciering. Dit zou in deze gevallen echter mogelijk niet direct het financieringsprobleem oplossen doordat bij grote ziekenhuizen de relatie tussen de kostprijzen, budgetonderhandelingen en vergoedingen diffuus en indirect is. Het wordt aanbevolen om de uitwerking te onderzoeken van een dergelijke beschikbaarheidsfinanciering voor grote ziekenhuizen op de onderhandelingen en de interne financiering van afdelingen in het ziekenhuis voordat overgegaan wordt tot bredere toegang. Hierbij moet ten alle tijden worden gekeken of de meerwaarde opweegt tegen de uitvoeringskosten. Een gebied waarbij het afsplitsen van de kosten voor de beschikbaarheidsfinanciering van de reguliere bekostiging mogelijk meerwaarde oplevert zijn de expertisecentra zeldzame aandoeningen (ECZA). Naast vaste kosten die volgen uit de tertiaire verwijfsfunctie hebben ECZA ook vaste kosten die nodig zijn om aan de criteria te voldoen zoals opgesteld door het Ministerie van VWS.¹⁰ Ook hierbij kan het beperken van de uitvoeringskosten van een beschikbaarheidsfinanciering helpen om de financieringsproblematiek doelmatiger op te lossen, bijvoorbeeld door ontwikkeling van een nieuw financieringsinstrument dat gericht kan worden ingezet om eventuele marktverstoringen te adresseren. Een tegemoetkoming in de kosten of instellingssubsidie kan mogelijk via algemene middelen een geschikter alternatief bieden om de topspecialistische functie bij kleine instellingen duurzaam te financieren. Bovendien kan een dergelijk instrument beter aansluiten bij de beschikbaarheidskosten van de topspecialistische functie in grotere ziekenhuizen, mocht een directe relatie tussen de bekostiging en financiering aangetoond kunnen worden. Een bredere toepassing van de maatregel op topspecialistische centra naast categorale centra en eventueel ECZA vereist een eenduidige definitie of afbakening van een topspecialistisch centrum. Hoofdstuk 3 biedt handvatten voor een dergelijke definitie, maar deze dienen verder geoperationaliseerd te worden.

5.4.2 Onderscheiden van topspecialistische zorgverlening binnen de huidige bekostigingssystematiek

De huidige DBC-bekostigingssystematiek maakt op een aantal vlakken onvoldoende onderscheid tussen reguliere zorg en complexe, topspecialistische zorg. Dit kan ertoe leiden dat de betaaltitel voor een zeer complexe behandeling hetzelfde is als die voor een relatief eenvoudige behandeling. Dit betekent dat de gemiddelde prijzen voor deze behandeling onvoldoende zijn ter compensatie van de extra tijd en middelen die topspecialistische centra kwijt zijn aan de behandeling van complexe patiënten. Momenteel kunnen topspecialistische centra via de prijsonderhandelingen in het B-segment met zorgverzekeraars proberen om hogere prijzen dan gemiddeld uit te onderhandelen. Zorgverzekeraars zijn niet onontvankelijk voor financiering van topspecialistische zorg, maar kunnen binnen het DBC-systeem beperkt onderscheid maken tussen complexe en niet-complexe zorg. Dit vergt een hoge bewijslast vanuit de topspecialistische centra, die uitgebreid inzicht moeten geven in

de kosten van de specialistische zorg. En om de juiste, doelmatige prijzen te kunnen vaststellen zouden zorgverzekeraars ook uitgebreide informatie nodig hebben van de kosten van niet-specialistische zorg buiten topspecialistische centra, om zo adequaat te kunnen compenseren voor het percentage complexe patiënten binnen een topspecialistisch centrum. Dit kan leiden tot veel bewijslast bij topspecialistische centra om de meerkosten voor complexe behandelingen aan te tonen.

Wat als dit niet wordt verholpen?

De beperkte mogelijkheden voor onderscheid tussen complexe zorg en niet-complexe zorg leiden niet direct tot financieringsproblemen bij veel ziekenhuizen. Bovendien lost een extra differentiatie of hogere prijs voor topspecialistische zorg in veel gevallen het financieringsprobleem niet op, aangezien de onderhandelingen over de totale 'ziekenhuisbudgetten' hierin domineren. Een extra differentiatie in betaaltitels kan wel het inzicht in de complexiteit van behandelingen verbeteren, en zorgverzekeraars extra mogelijkheden geven om binnen de huidige bekostiging te differentiëren tussen topspecialistische zorg en reguliere zorg. Ook kan het de interne verdeling van middelen binnen een ziekenhuis – en MSB – verbeteren. Momenteel is topspecialistische zorglevering binnen ziekenhuizen technisch gezien veelal verlieslatend, wat een verschuiving van middelen naar topspecialistische centra vraagt (kruissubsidiëring). Binnen ziekenhuizen kan druk op de budgetten ertoe leiden kritisch te kijken naar de verlieslatende onderdelen van het ziekenhuis, waaronder de topspecialistische centra. Dit riskeert bezuinigingen op topspecialistische functies die maatschappelijk meerwaarde genereren. Als de prijzen beter overeen komen met de daadwerkelijke kosten, kan dit de werking van het bekostigingssysteem verbeteren.

Wat zijn de mogelijke oplossingsrichtingen?

De volgende oplossingsrichtingen zijn geïdentificeerd:

1. Differentiatie in de DBC-structuur
2. Een add-on voor topspecialistische zorg
3. Een zorgactiviteit topspecialistische zorg

Bij de herziening van de DBC-structuur in 2012 zijn de ruim 30.000 DBC's teruggebracht naar 4.400 DBC-DOTs. De reden was om het systeem werkbaarder te maken en upcoding te beperken. Een nadeel was dat het onderscheidend vermogen tussen complexe en niet-complexe zorg beperkter werd. In 2012 is voor een aantal topspecialistische functies aparte DBC-DOTs gecreëerd. In theorie kan een aanvraag worden gedaan bij de NZa om bepaalde DBC-DOTs te herzien; dit wordt echter beschouwd als een onzekere route die veel inspanning vergt. Bovendien is dit vooral wenselijk voor DBC's met hoog volume en weinig onderscheidend vermogen tussen hoge en lage complexiteit, waarbij meerdere topspecialistische centra een hoog-complexe behandeling uitvoeren (bijvoorbeeld bij cardiologische of orthopedische ingrepen). In de meeste gevallen betreft de topspecialistische functie een complexe behandeling voor een complexe patiëntgroep die maar in één of enkele topspecialistische centra plaatsvindt. De kracht van de DBC zit in de vergelijkbaarheid tussen instellingen, wat het ondoelmatig maakt om een aparte DBC-DOT te creëren die maar door één of enkele centra wordt gedeclareerd.

Een add-on voor topspecialistische zorg is een tweede mogelijkheid om complexe zorg beter te onderscheiden in de bekostigingssystematiek. Een add-on geeft de mogelijkheid voor topspecialistische centra om meerkosten bovenop de gemiddelde marktprijs apart te declareren. Dit maakt de verandering in complexiteit van patiënten zichtbaarder. Bovendien is een add-on ook toepasbaar op DBC's binnen het DBC-A segment, waar het de mogelijkheid geeft om complexe zorg boven het maximumtarief adequaat te vergoeden. Binnen het DBC-segment zijn de meerkosten voor

complexe patiënten al deels in de tariefstelling verwerkt. De add-on zal niet direct leiden tot een hogere vergoeding, maar het tarief waarschijnlijk uitsplitsen in een basistarief en een add-on. De voordelen zijn dat het basistarief beter vergelijkbaar is met niet-topspecialistische centra, dat onderscheid gemaakt kan worden binnen een topspecialistisch centrum tussen complexe en niet-complexe zorg, dat veranderingen in complexiteit over tijd gevolgd kunnen worden, en dat eventuele veranderingen in de kosten van complexe zorgverlening makkelijker in de tariefstelling verwerkt kunnen worden. De add-on leidt daarmee niet direct tot een oplossing voor de financieringsproblematiek van topspecialistische zorglevering, maar kan indirect bijdragen aan een beter werkende bekostigingsstructuur. Een add-on geeft meer flexibiliteit in de bekostigingssystematiek, maar maakt deze ook ingewikkelder, met meer mogelijkheden tot upcoding en hogere administratieve lasten. Bovendien is het onduidelijk in welke mate de toevoeging van de add-on de budgetonderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars beïnvloedt, of hoe dit de interne allocatie van budgetten binnen een ziekenhuis beïnvloedt. Een minder ingrijpende maatregel is om een zorgactiviteit topspecialistische zorg te formuleren binnen een DBC. Dit kan meer inzicht verschaffen in de populatie complexe patiënten, maar geeft verder geen directe verbeteringen in de interne financiering of budgetonderhandelingen.

Aanbeveling 2: Verken de mogelijkheden en wenselijkheid om een vrij onderhandelbare add-on voor topspecialistische zorg op de DBC-structuur te ontwikkelen

Welke criteria kunnen worden gehanteerd?

Zoals uit hoofdstuk 3 blijkt, zijn de meerkosten van topspecialistische zorg zeer variabel binnen de TZO-projecten. Dit impliceert dat de reikwijdte en hoogte van de add-on ook een grote mate van flexibiliteit moet kennen. Een mogelijkheid is om de inhoud en hoogte van de add-on volledig onderhandelbaar te maken tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars.¹¹ In de praktijk zou dit betekenen dat bepaalde instellingen toestemming kunnen krijgen van zorgverzekeraars om een add-on te declareren voor een bepaalde topspecialistische functie. Bijvoorbeeld in samenspraak met de grootste zorgverzekeraar(s), waarbij zorgverzekeraars met kleiner marktaandeel volgen. De hoogte van de add-on is vervolgens wederom onderhandelbaar tussen de instelling en de verschillende zorgverzekeraars. Bij dit scenario hoeft de topspecialistische functie niet vooraf te worden gedefiniëerd: zorgverzekeraars en instellingen zijn vrij om naar eigen inzicht een overeenstemming te bereiken om een add-on te declareren voor een functie die beide partijen aanmerken als topspecialistisch. Een alternatief zou zijn om topspecialistische functies vooraf te definiëren en per topspecialistische functie een specifieke add-on te ontwikkelen. Hierbij is het bekostigingsinstrument weliswaar beter gedefiniëerd, maar vormt de onzekerheid rondom de definitie en afbakening van de topspecialistische functie een mogelijke drempel in implementatie.

Wat is het effect op het zorgstelsel?

Een add-on topzorg kan bijdragen aan duurzame financiering van complexe, topspecialistische zorg door mechanismen van onderhandelingen en interne financiering te verbeteren, maar leidt mogelijk tot meer complexiteit en administratieve lasten. De DBC-prijs en de add-on kunnen worden beschouwd als communicerende vaten, waarbij het toevoegen van de add-on de reguliere DBC-prijs voor een topspecialistische instelling kan verlagen. Dit staat in verbinding met de budgetafspraken; een omzetplafond kan sneller of minder snel bereikt worden, afhankelijk van de grootte en groei bij het topspecialistisch centrum. Bij een aanneemsom voor alle uitgaven van het ziekenhuis heeft de toevoeging van de add-on geen directe effecten. In sommige gevallen heeft het topspecialistisch centrum een opneembudget, waarbij het netto-effect extra groei is. Aangezien de meeste

topspecialistische instellingen echter een budgetafpraak hebben, en zorgverzekeraars naar verwachting de add-on compenseren in de prijsafspraken, is het budgettaire effect van de maatregel naar verwachting nihil. Het extra inzicht in de mate van complexe patiënten en de groei over tijd kunnen instellingen en zorgverzekeraars wel meer mogelijkheden geven om passende contracten te onderhandelen. Voor topspecialistische instellingen is het een voordeel dat het aantrekkelijker wordt om zich te specialiseren in complexe, topspecialistische patiënten, met als mogelijk gevolg een gewenste concentratie van topspecialistische zorg. Daarnaast fungeert de mogelijkheid om een topspecialistische add-on te kunnen declareren mogelijk ook als erkenning voor de topspecialistische functie. Mogelijk vermindert de add-on enigszins de interne mismatch van topspecialistische centra tussen kosten en vergoedingen, waardoor de DBC-prijzen iets beter de kostprijzen reflecteren. Hierdoor zou het risico op een bezuinigingstaakstelling van een topspecialistisch centrum bij budgettaire krapte enigszins kunnen verminderen. Een bijkomend voordeel is dat de add-on onderdeel kan maken van het interne verdeelmodel van het medisch-specialistisch bedrijf, waardoor vrijgevestigde medisch specialisten kunnen worden vergoed voor tijd aan topspecialistische functies; momenteel gebeurt een deel van de topspecialistische zorglevering door vrijgevestigde medisch specialisten onvergoed. Mogelijk verbetert het bestaan van een add-on bij topspecialistische centra de prikkels voor algemene ziekenhuizen om consultaties op afstand aan te vragen of om patiënten door te verwijzen. Het risico voor het zorgstelsel is dat het gebruik van de add-on te smal of te breed wordt getrokken, waardoor het gebruik niet meer goed in lijn staat met de definitie van topspecialistische zorglevering aan een complexe patiënt. Daarnaast bestaat het risico van upcoding, op het moment dat de add-on binnen een topspecialistisch centrum wordt doorgetrokken naar niet-complexe patiëntgroepen. Een mogelijkheid om adequaat gebruik van een topspecialistische add-on te bewaken, is om een lijst met topspecialistische centra te definiëren op basis van de criteria beschreven in hoofdstuk 3. Mogelijk dat afstemming over de criteria voor topspecialistische centra veel tijd kost, maar dit zou parallel kunnen lopen met de implementatie van de add-on.

Wat zijn mogelijke drempels in het implementatieproces?

Ondanks dat de maatregel niet direct leidt tot een oplossing van de financieringsproblematiek rondom topspecialistische zorgverlening, kan de maatregel de interne en externe onderhandelingen van topspecialistische instellingen verbeteren. Zorgverzekeraars zien mogelijk voordelen van de maatregel in het identificeren en adequaat vergoeden van complexe patiëntzorg. Bezwaren kunnen ontstaan rondom uitvoeringskosten en administratieve lasten. Daarnaast kan discussie ontstaan rondom de toegankelijkheid en toekenningen van de add-on. Het is mogelijk dat zorgverzekeraars in de uitwerking van de maatregel conservatief zijn in de toekenning, waardoor zorgaanbieders de toegang tot de add-on vanuit zorgverzekeraars te streng vinden, of de discussie waarom een instelling wel toegang krijgt en andere – mogelijk vergelijkbare – instellingen niet is een lastige om te onderbouwen vanuit zorgverzekeraars. Aan de andere kant leidt het te breed openstellen van toegang tot de add-on tot bezwaren vanuit zorgverzekeraars. Hiernaast is de positie van academische centra rondom declareren van topspecialistische zorg een mogelijk discussiepunt. Hoewel topspecialistische zorg in academische centra in theorie wordt vergoed via een beschikbaarheidsbijdrage, de academische component, kan in de praktijk worden ervaren dat de DBC-prijs ook in de academische centra ontoereikend is gegeven de complexiteit van de behandeling, en is de vraag of academische centra ook aanspraak zouden kunnen maken op een topspecialistische add-on. In de praktijk riskeert dit een dubbele bekostiging van complexe topspecialistische zorg in academische centra. Tot slot is de relatie tussen de eerste en tweede aanbeveling onzeker. Idealiter versterken deze elkaar: een (categoraal) topspecialistisch centrum zou de kosten kunnen dekken door een beschikbaarheidsfinanciering, en vervolgens de kosten van complexe zorg via een add-on. Het is echter ook denkbaar om de add-on te gebruiken om de kosten voor de beschikbaarheidsfunctie te dekken. Dit lost echter de

financieringsproblematiek – met name bij categorale centra – niet op om de beschikbaarheidsfunctie via onderhandelingen in een gereguleerd concurrentiesysteem te dekken.

5.4.3 Structurele financiering van de vaste onderzoeksinfrastructuur binnen topspecialistische instellingen

Een wezenlijk onderdeel van de topspecialistische functie is het uitvoeren van toegepast onderzoek, gericht op het verbeteren van de behandeling. Topspecialistisch onderzoek is meestal geen geïsoleerd onderzoek, maar groeit doorgaans over tijd in diepgang, doordat nieuwe onderzoeken voortbouwen op bestaande kennis en ervaring. Het continueren van een langlopende onderzoeklijn vergt mogelijkheden om steeds nieuw onderzoek op te starten. Er is echter een aantal randvoorwaarden om topspecialistisch onderzoek uit te kunnen voeren buiten de academische centra. Deze randvoorwaarden kennen momenteel geen financieringsmogelijkheden en beperken daarmee de effectiviteit van toegepast topspecialistisch onderzoek.

Ten eerste is er wetenschappelijke, methodologische en procesmatige ondersteuning nodig, bijvoorbeeld een coördinator patiëntparticipatie en ervaringsdeskundigen, maar bijvoorbeeld ook ondersteuning vanuit HR, financial control, projectadministratie en secretariaat. Een flink aantal ziekenhuizen heeft bijvoorbeeld een onderzoeksbureau om topspecialistisch onderzoek te ondersteunen. Ten tweede is er een data-infrastructuur nodig die het mogelijk maakt om onderzoeksgegevens vrij te spelen. Ten derde vergt het schrijven van onderzoeksvoorstellen tijd en ondersteuning. De slagingskans voor onderzoeksvoorstellen is beperkt, dus er moet ruimte zijn om onderzoeksvoorstellen te kunnen schrijven zonder dat deze altijd leiden tot onderzoekfinanciering. Ondersteuning van een grant writer of ervaren senior onderzoeker helpt bij het verhogen van de slagingskans. Tot slot investeren veel topspecialistische centra extra in prospectieve dataverzameling ter behoeve van toegepast onderzoek en kwaliteitsverbetering, wat leidt tot extra kosten gedurende het behandeltraject. Dit laatste zit in het grensvlak van wat onder structurele onderzoekfinanciering kan worden geschaard, en wat onder kosten voor toegepast onderzoek zelf valt, of onder de meerkosten voor de levering van topspecialistische zorg.

Deze functies zijn noodzakelijke randvoorwaarden om het onderzoek te kunnen vormgeven, en kennen een structureel karakter: de functies moeten aanwezig zijn, ongeacht de hoeveelheid en grootte van de onderzoeken. Uit hoofdstuk 3 blijkt dat de gerapporteerde uitgaven aan de structurele onderzoeksinfrastructuur bij de acht deelnemende centra tussen de €100.000 en €800.000 per jaar bedroegen. Veel centra gaven aan dat deze kosten slechts een deel van de totale onderzoeksinfrastructuur van de organisatie besloegen, omdat organisatie-breed meer onderzoek plaatsvindt dan alleen binnen de TZO-projecten. De onderzoeksinfrastructuur kan ook breder worden benut dan alleen topspecialistisch onderzoek. Ook doelmatigheidsonderzoek vanuit het doelmatigheidsprogramma van ZonMw kan bijvoorbeeld de bestaande (topspecialistische) onderzoeksinfrastructuur binnen een ziekenhuis benutten. Momenteel geven topspecialistische centra aan deze infrastructuur – afgezien via de TZO subsidie – doorgaans uit de marges van de zorglevering en de overige onderzoekssubsidies te financieren.

Wat zijn mogelijke knelpunten binnen het huidige zorgstelsel?

De structurele financiering voor onderzoeksinfrastructuur kan niet eenvoudig worden toegeschreven aan individuele patiënten, en valt niet strikt genomen onder zorg die kan worden gefinancierd vanuit de Zvw. Er kan dus geen directe betaaltitel voor worden geformuleerd die topspecialistische instellingen kunnen declareren, en het kan ook geen onderdeel worden van bestaande betaaltitels. Momenteel wordt de onderzoeksinfrastructuur deels gefinancierd vanuit algemene middelen, maar dit is niet passend bij de structurele aard van de kosten, riskeert onderbesteding en is juridisch

kwetsbaar. Het verschil tussen financiering vanuit DBCs en vanuit algemene middelen is namelijk klein. De beperkte mogelijkheid om de kosten toe te schrijven aan individuele patiënten speelt bijvoorbeeld ook bij veel andere vormen van infrastructuur: gebouw-gebonden kosten en overhead worden immers ook vanuit de DBCs gefinancierd. Een individuele DBC kan daarmee worden uitgesplitst in de verschillende componenten, zoals directe kosten, loonkosten, gebouw-gebonden kosten, etc., waarbij vaste kosten proportioneel over alle DBC's wordt verdeeld, inclusief een kleine marge. Een tweede – gelijkwaardig – perspectief splitst de DBC uit in een patiëntgebonden deel en een significante marge, die vervolgens wordt gebruikt om alle vaste kosten van te betalen die niet direct toe te wijzen zijn aan een individuele patiënt. In het eerste perspectief kan onderzoeksinfrastructuur waarschijnlijk geen plek krijgen als onderdeel van de DBC, omdat dit waarschijnlijk niet binnen de reikwijdte van de Zvw valt. Het tweede perspectief is wat meer grijs gebied, en hierbij is de vraag wat juridisch uit de marge van de DBC bekostigd mag worden en wat niet. Het onderscheid tussen verschillende kosten is in de praktijk mogelijk lastig te maken, wat handhaving van de adequate besteding van zorggelden compliceert.

Naast juridische kwetsbaarheid is er ook een kwetsbaarheid in de continuering van de onderzoeksinfrastructuur op het moment dat de marges bij ziekenhuizen slinken. De laatste jaren neemt de investeringsruimte van ziekenhuizen sterk af (bijvoorbeeld door hoge CAO-loonstijgingen), waardoor vanuit het bestuur soms moeilijke keuzes gemaakt moeten worden rondom de financiering. Deze keuzes worden mogelijk niet alleen op maatschappelijke meerwaarde gemaakt, maar wellicht ook op basis van urgentie voor patiëntgroepen of andere afwegingen (12). Dit maakt de onderzoeksinfrastructuur kwetsbaar voor bezuinigingen, ondanks de mogelijke maatschappelijke meerwaarde. Zeker als de meerwaarde van de onderzoeksinfrastructuur vaak pas op langere termijn zichtbaar wordt.

Wat als dit niet wordt verholpen?

Momenteel is er geen passende mogelijkheid binnen het zorgstelsel om onderzoeksinfrastructuur buiten academische centra te financieren. Dit riskeert dat ziekenhuizen vanuit maatschappelijke oogpunt onvoldoende investeren in de onderzoeksinfrastructuur om de bestaande topspecialistische functies te kunnen borgen. Dit wordt versterkt door twijfels over de juridische legitimiteit van deze investeringen. De verwachting van respondenten is dat deze onderzoeksinfrastructuur bij wegvallende TZO-subsidie krimpt, met nadelige effecten voor de toegang tot overige onderzoekssubsidies, wat vervolgens kan leiden tot verdere afbouw van de onderzoekfunctie. Hoofdstuk 4 geeft hier kwalitatieve evidentie voor. De financieringsproblematiek van de onderzoeksinfrastructuur heeft nadelige gevolgen voor de uitvoering van toegepast topspecialistisch onderzoek, en riskeert uiteindelijk continuïteit van de topspecialistische functie buiten de academische centra.

Wat zijn de mogelijke oplossingsrichtingen?

Binnen de kaders van het huidige zorgstelsel zijn diverse oplossingsrichtingen geïnventariseerd om de onderzoeksinfrastructuur te kunnen financieren:

- Nadrukkelijk gebruik maken van de onderzoeksinfrastructuur van universitaire instellingen via intensieve samenwerking
- (impliciete) financiering vanuit onderzoekssubsidies, vanuit algemene middelen van de instelling, via de DBC-systematiek of vanuit transformatiegelden in het kader van de Integrale Zorgakkoorden (IZA)
- Vergoeding via een beschikbaarheidsfinanciering voor onderzoek

Een intensievere samenwerking met universitaire instellingen is wenselijk, maar dit vergt afstemming die tijd en middelen kost. Bovendien is het soms doelmatiger om de basisinfrastructuur binnen het ziekenhuis te hebben (zoals data-toegang en interne afstemming), en alleen voor meer specialistische onderzoeksinfrastructuur (zoals specialistische onderzoeksapparatuur of specifieke methodologische kennis) uit te wijken naar de universitaire instelling. Uit hoofdstuk 4 blijkt bovendien een aantal praktische drempels die de samenwerking belemmeren. Een eigen onderzoeksinfrastructuur maakt het volgens de respondenten mogelijk om onderzoek te coördineren en (internationale) samenwerkingen uit te bouwen op basis van gelijkwaardigheid. (7)

Gezien de structurele, stabiele aard van deze kosten past een structurele financieringsvorm. Financiering vanuit marge op onderzoekssubsidies is gezien de variabiliteit risicovol. Bovendien bieden onderzoekssubsidies doorgaans onvoldoende ruimte om de vaste onderzoeksinfrastructuur mee op te nemen in de begroting (de ZonMw subsidies Topzorg en TZO zijn hier uitzonderingen op). Financiering vanuit de IZA is gezien de beperkte looptijd niet duurzaam. Financiering via de DBC-systematiek is niet aan te raden, omdat de kosten voor onderzoeksinfrastructuur niet direct toewijsbaar zijn aan individuele patiënten. Bovendien beroepen deze opties zich direct of indirect op financiering vanuit de Zvw. Zoals eerder besproken zijn de juridische mogelijkheden om financiering vanuit de Zvw vorm te geven onduidelijk, omdat de onderzoeksinfrastructuur geen patiëntenzorg betreft of direct ten goede komt van de patiëntenzorg (hoewel patiënten indirect op langere termijn profiteren van deze uitgaven).

Uit Hoofdstuk 3 volgt dat de passende bekostiging van de onderzoeksinfrastructuur via een lumpsum bedrag loopt. Hierdoor is de inschatting dat een beschikbaarheidsfinanciering het financieringshaat oplost met de minste secundaire marktverstoringen. De regeling beschikbaarheidsbijdragen is momenteel het meest in lijn met de inhoud van de beschikbaarheidsfinanciering. Dit is echter ook onderdeel van de Zvw, waardoor onzekerheden blijven bestaan over de juridische mogelijkheden om dit via een beschikbaarheidsbijdrage binnen de Zvw vorm te geven. Dit vergt een additionele juridische toets en mogelijk dient wetgeving hiervoor te worden aangepast. Daarom adviseren we de huidige mogelijkheden nader te verkennen om de noodzakelijke onderzoeksinfrastructuur van topspecialistische instellingen met een adequate structurele beschikbaarheidsfinanciering te bekostigen, en indien noodzakelijk nieuwe mogelijkheden te creëren om noodzakelijke onderzoeksinfrastructuur adequaat te kunnen bekostigen binnen het huidige zorgstelsel.

Aanbeveling 3: Voorzie in een structurele beschikbaarheidsfinanciering voor onderzoeksinfrastructuur binnen topspecialistische instellingen.

Welke criteria kunnen worden gehanteerd?

Idealiter wordt de onderzoeksinfrastructuur binnen een instelling breder ingezet dan alleen topspecialistisch onderzoek binnen één topspecialistische functie. Meerdere functies en afdelingen kunnen profiteren van dezelfde toegepaste onderzoeksondersteuning en data-infrastructuur. Ook faciliteert dit de onderzoekscultuur binnen het ziekenhuis en geeft het andere vakgroepen de mogelijkheid om laagdrempeliger onderzoek te doen, zoals ook uit de eerdere evaluatie is gebleken (1). Daarom is het aanbevolen om de beschikbaarheidsfinanciering te definiëren op het niveau van de instelling, in plaats van het niveau van een topspecialistisch centrum.¹² De besteding van de beschikbaarheidsfinanciering wordt hiermee een strategische keuze van de instelling, die accenten op bepaalde topspecialistische functies kan aanbrengen, en tegelijkertijd kan bewaken dat de synergiën van de onderzoeksinfrastructuur binnen de instelling worden behaald. Centralisatie in een beperkt aantal instellingen kan het beroep op publieke middelen en schaarse arbeid beperken, en daarmee de

doelmatigheid van de besteding verbeteren. Dit impliceert dat bij bepalen van criteria voor toegang tot de beschikbaarheidsfinanciering ingezet kan worden op een selectie van instellingen. Omdat de toegepaste onderzoeksinfrastructuur nodig is voor het binnenhalen van onderzoekssubsidies, die uiteindelijk leiden tot wetenschappelijke publicaties, wordt aanbevolen om die twee criteria te hanteren: instellingen die momenteel een bepaald volume aan onderzoekssubsidies uitvoeren en een bepaalde kwaliteit van wetenschappelijke publicaties halen, zouden aanspraak kunnen maken op de beschikbaarheidsfinanciering. Hiermee sluit de beschikbaarheidsbijdrage aan bij de reeds bestaande structuur.

Een adequate bekostiging is flexibel, wat het mogelijk maakt om te reageren en in te spelen op ontwikkelingen en innovaties, maar tegelijkertijd ook begrenst, om te voorkomen dat de toelatingscriteria te ver worden opgerekt. Een adequaat bekostigingsinstrument zou het daarmee mogelijk moeten maken voor instellingen die nog geen onderzoeksinfrastructuur hebben maar deze wel willen ontwikkelen, op termijn aanspraak te kunnen maken op de beschikbaarheidsfinanciering zodra ze aan de criteria voldoen. Door een eigen investering in onderzoeksinfrastructuur vooraf te vragen van nieuwe instellingen, kan de aanzuigende werking van de beschikbaarheidsfinanciering worden beperkt, maar wordt innovatie wel mogelijk gemaakt. Daarnaast zou een periodieke toetsing kunnen worden ingesteld met de mogelijkheid om de beschikbaarheidsfinanciering stop te zetten als de instelling gedurende langere tijd niet meer aan de criteria voldoet.

Hoofdstuk 3 laat binnen de TZO-projecten enige heterogeniteit zien in de kosten voor de onderzoeksinfrastructuur. Een besispunt bij uitvoering van de financieringsregeling betreft of daadwerkelijke kosten per instelling vergoed worden, of dat een gelijk bedrag voor alle instellingen wordt vergoed. Het eerste riskeert prikkels tot overbesteding en inefficiëntie, het tweede impliceert dat sommige instellingen een tekort hebben om de volledige kosten van de huidige onderzoeksinfrastructuur te dekken. De huidige regelingen rondom beschikbaarheidsfinancieringen sluiten momenteel echter beter aan bij een exacte vergoeding van de daadwerkelijk gemaakte kosten. Dit gaat gepaard met hoge uitvoeringskosten. Een gelijk bedrag per instelling, bijvoorbeeld een normbedrag gebaseerd op de gemiddelde benodigde kosten voor onderzoeksinfrastructuur, kan worden overwogen. Dit heeft lagere uitvoeringskosten, en kan beschouwd worden als gelijkwaardiger, maar vergt aanpassingen aan de huidige bekostigingsmogelijkheden.

Er lijkt geen directe relatie te bestaan tussen de grootte van een instelling, het aantal topspecialistische centra en de benodigde onderzoeksinfrastructuur. Historisch zijn er ook kleine instellingen die relatief veel topspecialistisch onderzoek uitvoeren, en daarmee gebaat zijn bij een (relatief) grotere onderzoeksinfrastructuur. Dit zou pleiten om grootte van een instelling niet direct mee te nemen bij vaststelling van de criteria. Om toch onderscheid te maken tussen instellingen die veel topspecialistisch onderzoek doen en instellingen die weinig topspecialistisch onderzoek doen, kunnen getrapte normbedragen worden overwogen, afhankelijk van het volume van binnengehaalde onderzoekssubsidies en wetenschappelijke publicaties. Bijvoorbeeld een laag normbedrag voor instellingen met beperkt topspecialistisch onderzoek en een hoog normbedrag voor instellingen met uitgebreid topspecialistisch onderzoek.

Wat zijn mogelijke drempels in de implementatie?

De TZO-projecten geven aan dat een kleine investering in onderzoeksinfrastructuur de mogelijkheden om topspecialistisch onderzoek uit te voeren sterk vergroten, door als een vliegwiel voor onderzoek te fungeren. Ook kan de maatregel de samenwerking met universitaire centra verbeteren, omdat er bij de topspecialistische centra meer tijd en middelen beschikbaar komen om de samenwerkingen verder uit te bouwen. Mogelijk kan de maatregel steun vinden bij zorgverzekeraars, omdat dit een

kwetsbaarheid in de financiering van topspecialistische centra vanuit de Zvw wegneemt, en omdat dit een gelijk speelveld creëert tussen zorgverzekeraars met veel of weinig topspecialistische centra in hun adherentiegebied. Een beschikbaarheidsfinanciering vergt een extra investering in de zorg, wat druk geeft op de beperkte publieke middelen. Een mogelijke drempel in dit proces is de juridische inbedding binnen de Zvw, gegeven dat de huidige beschikbaarheidsbijdragen vanuit de NZa onder de Zvw vallen. Hiervoor dient nadere toetsing of aanpassing van de wet plaats te vinden. Een tweede mogelijke drempel is de Europese wetgeving rondom mededingingsbeleid en ongeoorloofde staatssteun.¹³ Een beschikbaarheidsbijdrage moet worden getoetst op deze wetgeving, bijvoorbeeld door te stellen dat de beschikbaarheidsbijdrage een algemeen belang dient. Het is aannemelijk dat de beschikbaarheidsbijdrage zoals hierboven beschreven staat niet concurrentieverstorend werkt ten opzichte van concurrenten in binnen- en buitenland,¹⁴ en dat dit een algemeen belang dient, zoals uitgebreid beschreven in de achtergrond. De afbakening van de criteria riskeert een tijdrovend proces gezien de verwachting dat een groot aantal instellingen aanspraak zou willen maken op de beschikbaarheidsfinanciering. Zeker als de afbakening lastig exact te definiëren valt, kan het implementatietraject meerdere jaren kosten. Een eenduidige toepassing van grenzen op de bovenstaande twee criteria kan het implementatieproces versoepelen, eventueel met herziening van criteria indien deze ontoereikend blijken. Gezien het belang van de onderzoeksinfrastructuur en het risico dat deze op korte termijn deels verdwijnt, wordt aanbevolen om het proces rondom vormgeving van de beschikbaarheidsfinanciering waar mogelijk te versnellen. Het snel vaststellen van de criteria vormt daar een wezenlijk onderdeel van.

Wat is het effect op het zorgstelsel?

Hoofdstuk 3 geeft een inschatting van de gemiddelde kosten voor onderzoeksinfrastructuur van de tien TZO-projecten. Dit neemt niet mee dat er mogelijk binnen een instelling of bij andere instellingen andere topspecialistische centra zijn die mogelijk ook aanspraak kunnen maken op de financiering voor een onderzoeksinfrastructuur. Het totale kostenbeslag is afhankelijk van de hoogte van de vergoeding, de mate van cofinanciering van de instelling, en van het aantal instellingen dat aanspraak kan maken op de vergoeding. Het uiteindelijke effect op de totale zorguitgaven kan lager uitpakken als zorgverzekeraars een deel van de extra uitgaven in de onderhandelingen weten te compenseren, al geven respondenten aan dat dit effect mogelijk beperkt is. Mogelijk dat de stimulans in topspecialistisch onderzoek leidt tot positieve effecten op kwaliteit van zorg, en/of kan leiden tot kostenbesparingen. Dit kan het budgettaire beslag nader beperken. Aan de andere kant geeft de maatregel mogelijk een aanzuigende werking, waardoor meer ziekenhuizen gaan investeren in onderzoeksinfrastructuur, om zo uiteindelijk ook in aanmerking te komen voor een beschikbaarheidsfinanciering. Daar tegenover staat dat mogelijk ook enkele instellingen op termijn niet meer aan de eisen voldoen en de beschikbaarheidsfinanciering verliezen. Mogelijk geeft deze maatregel jurisprudentie om uitgaven die niet direct ten bate komen aan patiënten te vergoeden vanuit de Zvw, maar momenteel is onduidelijk welke kosten dit zouden zijn. Bovendien is het onduidelijk hoe deze kosten vervolgens als een beschikbaarheidsfinanciering kunnen worden opgenomen. Het budgettaire effect is daarmee voornamelijk afhankelijk van de afbakening, de reactie van zorgverzekeraars, en de effectgrootte van het toegepast onderzoek op mogelijke kostenbesparingen in de toekomst.

5.4.4 Toegang tot onderzoekssubsidies

De kosten voor uitvoering van toegepast onderzoek nemen een belangrijk deel van de uitgaven aan de topspecialistische functie in (zie Hoofdstuk 3). Dit onderzoek heeft meestal, maar niet altijd, de vorm van een randomized controlled trial (RCT) of observationeel onderzoek, en heeft doorgaans een tijdelijke looptijd, bijvoorbeeld 2 tot 4 jaar. Vaak wordt het onderzoek uitgevoerd door een PhD-

student, meestal onder begeleiding van een (bijzonder) hoogleraar en een postdoc of senior onderzoeker. De tijdige aard van (toegepast) topspecialistisch onderzoek vraagt om een tijdelijke financiering, waarbij onderzoekssubsidies de voorkeur hebben. Nederland heeft een goede infrastructuur voor financiering van onderzoek in de zorg, bijvoorbeeld via ZonMw, of via subsidieprogramma's vanuit patiëntorganisaties. Ook Europese subsidies behoren tot de mogelijkheden om onderzoeksfinitiering te vinden. Topspecialistische centra ervaren echter knelpunten rondom de toegang tot deze onderzoekssubsidies.

Wat zijn de huidige knelpunten binnen het bestaande zorgstelsel?

Verstrekkeis van wetenschappelijke onderzoekssubsidies, zoals NWO en soms ZonMw, maar ook onderzoeksfondslen rondom specifieke aandoeningen, hanteren vaak het criterium dat de hoofdaanvrager gelieerd moet zijn aan een universiteit of umc. Dit criterium komt primair voort uit de Europese Mededingingswetgeving die ongeoorloofde staatsteun verbiedt. Alle Nederlandse ziekenhuizen zijn privaatrechtelijke instellingen die vallen onder deze wetgeving. Om het toekennen van onderzoeksgelden aan academische centra te faciliteren zijn deze aangemerkt als kennisinstellingen die een maatschappelijke functie vervullen.¹⁵ Los van deze aanwijzingen zijn de verschillen in eigendomsstatus tussen academische centra en andere ziekenhuizen beperkt. In (vrijwel) alle gevallen betreft het private, non-profit instellingen met een maatschappelijke functie. De non-profit-status van ziekenhuizen wordt afgedwongen door het verbod op winstuitkering in de zorg (momenteel onderdeel van de Wet toelating zorginstellingen, wtzi).¹⁶ De aanwijzing van kennisinstelling lijkt geen noodzakelijke randvoorwaarde om onderzoekssubsidies in overeenstemming met de Europese mededingingswet uit te keren; de Topzorg/TZO programma's en het nieuwe programma MedZo van ZonMw hanteren bijvoorbeeld dit criterium niet. Ook Europese onderzoeksprogramma's hebben deze eisen doorgaans niet. Mogelijk dat de verantwoording dat onderzoekssubsidies zonder dit criterium voldoen aan (Europese) wet- en regelgeving wel meer inspanning kost. TZO-projecten geven aan dat het een aanzienlijke drempel is om eerst een samenwerking te zoeken met een universitaire instelling, en om vervolgens afspraken te maken over verdeling van de onderzoeksgelden. Hierdoor ervaren topspecialistische centra een barrière om in te schrijven op onderzoekssubsidies die in theorie passend zouden zijn.

Wat als dit niet wordt verholpen?

In wezen is een goede samenwerking tussen topspecialistische centra en universitaire centra gewenst. Dit hangt sterk samen met de derde aanbeveling, die zich richt op het borgen van een structurele onderzoeksinfrastructuur ter ondersteuning van het topspecialistisch onderzoek. Als een onderzoeksinfrastructuur is geborgd, geeft dit meer mogelijkheden om samenwerking te zoeken met universitaire centra, wat vervolgens weer een positief effect heeft op de wetenschappelijke output van de topspecialistische centra, zoals gedemonstreerd in Hoofdstuk 4. Deze maatregelen versterken elkaar daarmee, wat de meerwaarde van topspecialistisch onderzoek buiten academische centra verder kan vergroten. Momenteel riskeert de samenwerking via hoofdaanvragerschap echter papieren constructies met universitaire centra waarbij de hoofdaanvrager beperkt betrokken is bij het onderzoek in de topspecialistische centra, zoals ook beschreven in hoofdstuk 4. Het kan daarnaast ondoelmatig zijn om de subsidie via een universitair centrum te laten lopen als de bulk van de onderzoekskosten worden gemaakt in topspecialistische centra. Ook kunnen universitaire centra andere belangen of speerpunten hebben dan de topspecialistische centra, wat een drempel kan opwerpen om de samenwerking op onderzoekaanvragen snel vorm te geven. Dit kan uiteindelijk resulteren in ondoelmatige besteding van onderzoeksgelden en gemiste kansen voor maatschappelijk relevant onderzoek. Ook kan deze drempel het aantrekken en behouden van onderzoekers bij topspecialistische centra bemoeilijken. Om een gelijk speelveld te creëren en de toegang te

verbeteren tot onderzoekssubsidies, wordt aanbevolen om drempels voor topspecialistische centra om als hoofdaanvrager bij onderzoekssubsidies weg te nemen.

Wat zijn de mogelijke oplossingsrichtingen?

Een oplossingsrichting is om de oproepen voor onderzoekssubsidies breder open te stellen dan alleen universitaire centra. Een tweede oplossingsrichting is om ten minste één mede-aanvrager te hebben gelieerd aan een universitair centrum, maar niet noodzakelijk als hoofdaanvrager. Dit garandeert niet direct automatisch overeenstemming met de Europese mededingingswet, maar kan wel de samenwerking met universitaire centra verder stimuleren.

De TZO-projecten hebben voornamelijk ingezet op verbetering van de samenwerking met universitaire instellingen om deze drempel te beperken, bijvoorbeeld via bijzondere hoogleraarschappen of netwerkvorming. Toch blijft de afstemming over werkafspraken en financiën vaak een knelpunt; de afstemming kost tijd, en het delen van het onderzoeksbudget dat naar de universitaire centra gaat staat niet altijd in verhouding tot de vergoeding voor het hoofdaanvragerschap. Eén instelling heeft de mogelijkheden verkend om als topspecialistisch centrum gelieerd te raken aan een universiteit, maar dit blijkt uitdagend. Dit knelpunt is mogelijk al eerder onder de aandacht gebracht van subsidieverstrekkers. Momenteel wordt in het kader van IZA een onderzoekssubsidie (MedZo) vormgegeven die toegankelijk is voor niet-academische instellingen.¹⁷

Aanbeveling 4: maak het mogelijk voor topspecialistische centra om op te treden als hoofdaanvrager bij onderzoekssubsidies

Welke criteria kunnen worden gehanteerd bij calls voor onderzoekssubsidies?

Ten eerste wordt aanbevolen om het criterium te hanteren dat tenminste één mede-aanvrager is gelieerd aan een universitair centrum. Dit zou samenwerking tussen de topspecialistische centra en universitaire centra verder kunnen verbeteren. Een tweede optie zou zijn om het criterium te hanteren dat de hoofdaanvrager gelieerd moet zijn aan een universitair centrum, bijvoorbeeld in de positie van (bijzonder) hoogleraar, maar dat de aanvraag vanuit een niet-academisch centrum plaats mag vinden. Een derde optie is dat er twee hoofdaanvragers worden toegestaan op een onderzoeksaanvraag, één van een universitair centrum en één van een topspecialistisch centrum. Een derde optie is om topspecialistische centra buiten academische centra als kennisinstelling aan te merken en een aparte status te geven die het mogelijk maakt om naast universitaire centra als hoofdaanvrager op te treden. Bij deze laatste optie is de afbakening van topspecialistische centra een uitdaging, wat de implementatiekans vermindert. Om deze aanbeveling mogelijk te maken, moet worden onderzocht hoe de nieuwe criteria in lijn gebracht kunnen worden met de Europese mededingingswet.

5.5 Scenario's voor implementatie overwegingen van de vier aanbevelingen

De hierboven beschreven aanbevelingen hebben voor- en nadelen op verschillende aspecten. In tabel 7 beschrijven we de aanbevelingen met een inschatting van de impact op het implementatietraject, administratieve lasten, kosten en betrokken actoren. Dit kan ondersteunen bij keuzes omtrent de inspanningen ter adressering van de verschillende knelpunten van verschillende actoren.

Tabel 7. Inschatting implementatiekansen van de maatregelen.

Aanbeveling	Impact op het implementatietraject	Impact op administratieve lasten	Impact op zorguitgaven	Acties van betrokken actoren
1. Voorzie in een beschikbaarheids-financiering voor topspecialistische categorale centra om vaste kosten die volgen uit de bovenregionale tertiaire verwijsfunctie te vergoeden.	Hoog	Hoog	Laag	VWS, ZIN, NZa
	Deze maatregel kent een (zeer) lange doorlooptijd; Binnen de huidige bekostigingsmogelijkheden is alleen een beschikbaarheidsbijdrage toepasselijk. Dit geeft een hoog belang van adequate afbakening van zowel de instellingen die in aanmerking komen als de kosten die in aanmerking komen.	De impact is hoog, zowel voor de in aanmerking komende instellingen als bij de uitvoerende instanties. Dit is gerelateerd aan dat de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage exact overeen moet komen met de kosten.	Het betreft een beperkt aantal instellingen die in aanmerking zouden komen. Als het precedent scheidt richting de grote ziekenhuizen dan neemt het kostenbeslag toe.	Als VWS het advies overneemt dan kan Zorginstituut Nederland worden gevraagd om te beoordelen of dit onderdeel uitmaakt van de zvw; vervolgens kan het Nza worden gevraagd om dit nader uit te werken.
2. Verken de mogelijkheden en wenselijkheid om een vrij te definiëren en vrij onderhandelbare add-on voor topspecialistische zorg op de DBC-structuur te ontwikkelen	Gemiddeld	Hoog	Geen	Zorgverzekeraars, ziekenhuizen, NZa
	De maatregel vergt enige afstemming tussen verschillende partijen omtrent de wenselijkheid van invoering van het nieuwe add-on segment.	Het kost veel afstemming om overeen te komen welke instellingen de add-on mogen gebruiken voor welke zorg, en ook rondom volgebeleid en prijsstelling worden extra administratieve kosten gemaakt. Binnen een instelling moeten systemen worden aangepast op de nieuwe bekostigingsvorm.	Deze maatregel kan budgetneutraal worden ingevoerd.	Als zorgverzekeraars en ziekenhuizen overeenstemming hebben over de wenselijkheid van het nieuwe add-on segment dan kan de NZa dit nader uitwerken en invoeren.
3. Voorzie in een structurele beschikbaarheids-financiering voor onderzoeks-infrastructuur binnen topspecialistische instellingen.	Hoog	Hoog	Laag	VWS, ZIN, NZa
	Vergelijkbaar met aanbeveling 1, met bijkomende complicatie dat financiering van onderzoek geen onderdeel van de zvw is.	De impact op de administratieve lasten is vergelijkbaar met aanbeveling 1. De huidige beschikbare vorm van beschikbaarheidsfinanciering gaat gepaard met een hoge mate van registratie en controle.	Zowel het aantal instellingen als de kosten per instelling kunnen worden beperkt, al zit er wel een risico dat de maatregel op beide vlakken wordt verbreed.	Vergelijkbaar met aanbeveling 1, met als aanvulling dta VWS mogelijk extra acties moet ondernemen om te garanderen dat de maatregel in overeenstemming is met de zvw.
4. Maak het mogelijk voor topklinische centra om op te treden als hoofdaanvrager bij onderzoekssubsidies	Laag	Laag	Geen	VWS, subsidieverstrekkers
	Met inachtneming van nadere juridische toetsen en onderbouwing is de maatregel relatief snel in te voeren	Enige toename van administratieve lasten bij subsidieverstrekkers, topspecialistische centra en beoordelaars van aanvragen is onvermijdbaar, maar zal beperkt blijven	Deze maatregel kan budgetneutraal worden ingevoerd	VWS kan een coördinerende en handhavende rol nemen om het implementatietraject bij subsidieverstrekkers te bewaken en bespoedigen.

6. Beschouwing

6.1 Algemene beschouwing

Dit hoofdstuk reflecteert op de bevindingen van het onderzoek. Het project loopt nog door tot eind 2024, en de resultaten worden nog getoetst bij de projecten en een bredere groep stakeholders. Deze stap kan nog een verfijning geven van de kansen en knelpunten voor de implementatie. In het eindrapport worden deze aanvullingen meegenomen. Hieronder reflecteren we op verschillende elementen van het project.

In dit rapport hebben we op basis van de resultaten van Fase 1 verdiepend gekeken naar financieringsopties en mogelijkheden voor implementatie. Tevens is de borging van de maatschappelijke meerwaarde op lange termijn van topspecialistische functies in kaart gebracht (hoofdstuk 4). Uit deze analyse blijkt dat het verkrijgen van een subsidie voor topspecialistische functies leidt tot structurele inbedding van onderzoek en samenwerking. Borging van de in TopZorg behaalde resultaten lijkt vooral afhankelijk van gecontinueerde financiering, in combinatie met steun vanuit het ziekenhuismanagement en de medische staf. Specialistische functies lijken zich weliswaar op specifieke plekken te concentreren, maar hebben een bredere uitstraling in de organisatie. Soms gaat het daarbij om een brede, structurele of internationale samenwerking, terwijl die in andere gevallen meer afhankelijk is van het specifieke onderwerp. De wetenschappelijke productie in termen van gepubliceerde artikelen is (sterk) toegenomen en er is een stijging in het marktaandeel voor (complexe) zorg zichtbaar.

Op basis van verdiepende verkenning met de drie testbed centra en een toets met stakeholders zijn vier aanbevelingen gedaan om de financieringsproblematiek rondom de topspecialistische functie buiten academische centra deels op te lossen binnen de kaders van het huidige zorgstelsel. Hierbij zijn aandachtspunten bij de implementatie beschreven. De aanbevelingen zijn:

1. Voorzie in een beschikbaarheidsfinanciering voor topspecialistische categorale centra om vaste kosten die volgen uit de bovenregionale tertiaire verwijzingsfunctie te vergoeden.
2. Verken de mogelijkheden en wenselijkheid om een vrij te definiëren en vrij onderhandelbare add-on voor topspecialistische zorg op de DBC-structuur te ontwikkelen
3. Voorzie in een structurele beschikbaarheidsfinanciering voor onderzoeksinfrastructuur binnen topspecialistische instellingen.
4. Maak het mogelijk voor topspecialistische centra om op te treden als hoofdaanvrager bij onderzoekssubsidies

De vier voorgestelde maatregelen zijn bedoeld om de financieringsproblematiek rondom de topspecialistische functie buiten academische centra deels op te lossen binnen de kaders van het huidige zorgstelsel. De maatregelen zorgen niet voor een optimale financiering van de topspecialistische functie buiten de academische centra, en creëren ook niet een volledig gelijk speelveld. Bovendien lossen de maatregelen niet alle financieringsproblematiek op. Zo zijn de implementatiekosten niet direct gedekt binnen de vier maatregelen. Ook de extra kosten voor onderwijs en kennisdisseminatie hebben geen directe weerspiegeling in de maatregelen. In de afweging tussen ambitie en haalbaarheid is in de aanbevelingen gekozen voor meer nadruk op haalbaarheid. Een optimale oplossing zou het huidige zorgstelsel breder in ogenschouw moeten nemen, inclusief de posities van bestaande zorgaanbieders en aanpalende bekostigingsknelpunten. Dit valt buiten de reikwijdte van dit onderzoek. Nochtans zou het verkennen hiervan op langere termijn een optie kunnen zijn, ook omdat er (internationaal) steeds meer evidentie komt dat de

koppeling tussen onderwijs, onderzoek en zorg ook buiten de academie maatschappelijke meerwaarde heeft (5,6).

Adequate afbakening van de bekostiging

De maatregelen behoeven uiteindelijk een keuze welke instellingen wel en welke instellingen niet aanspraak zouden moeten kunnen maken op de maatregel (breedte), en tevens welke kosten of handelingen in aanmerking komen (diepte). Bij uitwerking is gekozen om te onderzoeken welke criteria relatief goed af te bakenen zijn, waardoor de implementatie niet stopt bij discussies over aanspraak. Dit riskeert een suboptimale breedte en diepte. Daarom is het belangrijk om bij elke maatregel periodiek te toetsen of de breedte en diepte verbeterd kunnen worden. De aanbevelingen houden vanwege dezelfde redenen ook beperkt rekening met mogelijke verschillen tussen optimale uitgaven en huidige uitgaven. Mogelijk dat op bepaalde functies sprake is van onderbesteding, en dat extra middelen nodig zijn om te komen tot een maatschappelijk optimum. Het valt buiten de scope van dit onderzoek om normatieve kaders vast te stellen met betrekking tot de optimale uitgaven, maar ook hierbij valt het aan te bevelen om periodiek te toetsen op over- of onderbesteding. Daarbij moet aangetekend worden dat dit een zorgbreed probleem is; binnen de huidige bekostigingssystematiek zijn over- en onderbesteding lastig vast te stellen.

Representativiteit

Het onderzoek TOVER richt zich op de tien TZO-projecten als representatief voor topspecialistische zorg. De tien TZO-projecten zijn noodzakelijkerwijs een selectie van alle topspecialistische functies buiten academische centra. Dit riskeert dat niet alle problematiek rondom financiering van de topspecialistische functie onder het voetlicht is gekomen, waardoor de aanbevelingen mogelijk incompleet zijn. Om dit te verhelpen wordt aanbevolen om in het implementatietraject van de aanbevelingen vertegenwoordigers van topspecialistische functies buiten academische centra, die geen TZO-subsidie hebben ontvangen, mee te nemen. Gegeven de onzekerheid rondom de definitie en afbakening van de topspecialistische functie is selectie van deze vertegenwoordigers uitdagend; mogelijk dat toepassing van de zeven criteria uit tabel 2 hierbij kan ondersteunen.

Draagvlak voor implementatie en budgetimpact

Het wordt aanbevolen om alle stakeholders proactief te betrekken bij eventuele uitwerking, en eventuele bezwaren tijdig te adresseren. Dit rapport biedt een basis voor stakeholder-engagement, maar mogelijk dat gedurende het implementatietraject nog nieuwe stakeholders worden geïdentificeerd. Voor de haalbaarheid van de maatregelen is het van belang dat de duurzame financiering van topspecialistische functies buiten academische centra beperkte budgettaire impact hebben. Het blijkt echter uitdagend om de topspecialistische functie duurzaam te financieren binnen de huidige financiële kaders. Als financiële dekking elders binnen de zorgsector gezocht moet worden om de maatregelen budgetneutraal in te voeren, impliceert dat duurzame financiering mogelijk ten koste gaat van andere stakeholders, wat de implementatiekansen sterk kan beperken. Als met een beperkte structurele investering belangrijke knelpunten rondom duurzame financiering van topspecialistische functies weggenomen kunnen worden, valt dat beleidsmatig te overwegen. Een kleine extra investering in de topspecialistische functie kan daarbij fungeren als vliegwiel, en leiden tot betere zorgverlening, meer samenwerking met universitaire instellingen, een sterkere internationale onderzoekpositie en snellere diffusie van kennis.

Mechanismen om doelmatige besteding van topspecialistische zorggelden te verbeteren

Dit rapport beoogt bouwstenen te leveren om het implementatieproces te vereenvoudigen en te komen tot een adequate afbakening en doelmatige besteding van zorggelden. De uiteindelijke uitwerking hangt af van de manier waarop maatregelen worden geoperationaliseerd. Er kunnen wel extra mechanismen worden ontworpen om dit te garanderen. Een optie is om een lijst van topspecialistische centra te definiëren op basis van de criteria in werkpakket 2, en deze lijst periodiek te herzien. Dit geeft richting aan het veld om adequate afbakening tot de verschillende regelingen te coördineren en te bewaken; bijvoorbeeld om te bewaken dat een instelling die toegang heeft tot topspecialistische add-ons ook toegang heeft tot een infrastructuur voor topspecialistisch onderzoek, aangezien dit beide onderdeel is van de topspecialistische functie. Een bevinding was dat het bestaande instrumentarium om structurele financiering van de topspecialistische functie op punten ontoereikend is. Met name het instrument van de beschikbaarheidsbijdrage lijkt momenteel te beperkt om de financieringsproblematiek adequaat te adresseren. Het verbeteren van de flexibiliteit van dit instrument, of het ontwikkelen van een nieuw instrument (bijvoorbeeld een tegemoetkoming in de kosten of structurele instellingssubsidie) kan helpen om bestaande drempels rondom afbakening, implementatietijd, uitvoeringskosten en juridische kwetsbaarheid te verminderen.

6.2 Methodologische reflectie

De gehanteerde methodiek in dit onderzoek kent beperkingen. Ten eerste hebben we in het definiëren van de financieringsopties met verschillende stakeholders gesproken. Hierbij is intensief samengewerkt met de drie geselecteerde testbeds, maar gezien de heterogeniteit van de projecten zouden er bij een andere selectie van de testbeds mogelijk nog andere knelpunten naar voren zijn gekomen. We hebben dit deels ondervangen door andere TZO centra ook te betrekken, evenals andere stakeholdergroepen. Ten tweede wordt in veel van de beschreven aanbevelingen topspecialistische zorg als vast omschreven functie beschreven. Dit impliceert een afgebakende en duidelijk gedefinieerde handeling, maar voor een eventueel vervolg dienen deze functies nog nader te worden gedefinieerd. In Fase 1 zijn hiervoor criteria gedefinieerd, die nog een naderen operationalisatie behoeven. Ten derde dienen de voorgestelde aanbevelingen in uitwerking nader geoperationaliseerd te worden en juridisch getoetst te worden. Dit valt buiten de scope van dit onderzoek. Tot slot kent de gehanteerde methodiek bij rapportage van de langere termijn borging van Topzorg beperkingen. Citatiemetingen geven een beperkte reflectie van de maatschappelijke impact, mede door de lange doorlooptijd van wetenschappelijke publicaties. Tevens zijn er andere aspecten die de maatschappelijke impact beïnvloeden, zoals maatschappelijke acceptatie of bredere implementatie in de praktijk.

De topspecialistische functie is onderdeel van een organisatie die over tijd is ontstaan door een combinatie van toevalligheden en strategische keuzes van medisch specialisten, bestuurders en andere stakeholders. Hoe strategische keuzes kunnen leiden tot ontwikkeling van een topspecialistische functie, en onder welke randvoorwaarden, is een relevante vraag voor vervolgonderzoek. Hierbij aansluitend leiden de vier maatregelen mogelijk tot strategische keuzes binnen ziekenhuizen met betrekking tot verdeling van onderzoeksgelden en speerpunten. Onderzoek naar de beweegredenen en argumenten achter deze keuzes zou complementair zijn aan dit rapport. Daarnaast is de maatschappelijke meerwaarde van extra investeringen in vijf topspecialistische functies in drie instellingen eerder onderzocht (1). Het benodigd vervolgonderzoek naar de representativiteit en extrapoleerbaarheid, en daaruit volgend de maatschappelijke optimale hoogte van extra investeringen in topspecialistische zorg zou van toegevoegde waarde zijn. Dit onderzoek gaat uit van het in stand houden van de huidige topspecialistische centra buiten academische centra, en heeft de meerwaarde van bestaande topspecialistische centra getoetst. Het is een openstaande

vraag wat de maatschappelijke meerwaarde is van het creëren van nieuwe topspecialistische centra buiten academische centra. In theorie kan dit schaalnadelen opleveren door duplicatiekosten en verlies van synergie, maar mogelijk dat de voordelen van een kleinschalige setting voor topspecialistische functies hiertegen opwegen. Internationaal onderzoek, met name in Engeland, lijkt te wijzen op positieve effecten. Vervolgonderzoek kan zich bijvoorbeeld richten op de relatieve efficiëntie van uitvoeren van onderzoek in topspecialistische centra buiten academische centra.

6.3 Vervolg

Tot eind 2024 loopt het onderzoeksproject. De laatste fase staat in het teken van disseminatie het voorbereiden van de implementatie. We organiseren een interactieve werkconferentie waarin de ervaringen met de mogelijke nieuwe bekostigingsmodellen vanuit de testbeds 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.

Bijlage 1. Kenmerken respondenten interviews en gesprekken WP5

Organisaties en stakeholders (aantal gesprekken*, aantal personen)	Antonius ziekenhuis (6,5) Oogziekenhuis (5,2) Catharina Ziekenhuis (5,4) Sint Maartenskliniek (4,4) Maastru (4,3) Brandwondencentrum (2,1) Elisabeth Tweesteden ziekenhuis (1,3) STZ (4,3) NVZ (4,3) VGZ (1,1) ZonMw (2,3) NZa (2,3) Ministerie van VWS (1,1)
Totaal aantal gesprekken/interviews/werkbezoeken = 35	
Totaal aantal respondenten = 36	
* gesprekken/werbezoeken kunnen meerdere organisaties/stakeholders omvatten	

Referenties

1. Postma J, van Dongen-Leunis A, Hakkaart-van Roijen L, Bal R. Eindrapportage experiment TopZorg. 2018.
2. ZonMw. Programma Topspecialistische Zorg en Onderzoek [Available from: <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/kwaliteit-van-zorg/medisch-specialistische-zorg/programmas/programma-detail/topspecialistische-zorg-en-onderzoek/>].
3. Christensen CM, Grossman JH, Hwang J. The innovator's prescription. A disruptive Solution for. 2010.
4. van Oijen JC, Grit KJ, Bos WJW, Bal R. Assuring data quality in investigator-initiated trials in Dutch hospitals: Balancing between mentoring and monitoring. *Accountability in Research*. 2022;29(8):483-511.
5. Hardie T, Horton T, Thornton N, Home J, Pereira P. Developing learning health systems in the UK: Priorities for action. London: The Health Foundation; 2022.
6. Enticott J, Braaf S, Johnson A, Jones A, Teede HJ. Leaders' perspectives on learning health systems: a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 2020;20(1):1087.
7. van Oijen JCF, van Dongen-Leunis A, Postma J, van Leeuwen T, Bal R. Achieving research impact in medical research through collaboration across organizational boundaries: Insights from a mixed methods study in the Netherlands. *Health Research Policy and Systems*. 2024;22(1):72.
8. Nelis JLD, Rosas da Silva G, Ortuño J, Tsagkaris AS, Borremans B, Haslova J, et al. The General Growth Tendency: A tool to improve publication trend reporting by removing record inflation bias and enabling quantitative trend analysis. *PLoS One*. 2022;17(5):e0268433.
9. Nilsen P, Stahl C, Roback K, Cairney P. Never the twain shall meet?--a comparison of implementation science and policy implementation research. *Implement Sci*. 2013;8:63.
10. Ministerie van Volksgezondheid WeS. Kamerbrief over verbetering beleid voor zeldzame aandoeningen 2021 [Available from: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2021/01/06/kamerbrief-over-beleid-ten-aanzien-van-expertisecentra-voor-zeldzame-aandoeningen>].
11. van Leeuwen L, Mesman R, Berden H, Jeurissen P. Reimbursement of care does not equal the distribution of hospital resources: an explorative case study on a missing link among Dutch hospitals. *BMC Health Services Research*. 2023;23(1):1007.
12. Wammes JGG, Frederix G, Govaert P, Determann D, Evers S, Paulus A, et al. Case-studies of displacement effects in Dutch hospital care. *BMC Health Services Research*. 2020;20:1-12.

Eindnoten

¹ Dit impliceert dat er bij elke operationalisering van de definitie functies worden uitgesloten die door de meeste mensen wel onder topspecialistisch vallen, of dat er functies worden geïnccludeerd die door de meeste personen niet als topspecialistisch worden beschouwd.

² Met dank aan Thed van Leeuwen voor het uitvoeren van de analyses.

³ Dit wordt ook wel type 2 marktfalen genoemd, zie bijvoorbeeld: Orbach, Barak. "What is government failure." *Yale J. Reg. Online* 30 (2012): 44.

⁴ De mogelijkheid tot kruissubsidiëring geeft ook mogelijkheden om DBC-prijzen strategisch in te zetten in de onderhandelingen of in concurrentie met andere instellingen. Hoewel het wenselijk is om kostprijzen en vergoedingen in lijn te brengen met elkaar (bijvoorbeeld met oog op eigen risico van patiënten), is de informatie-asymmetrie dermate groot dat de markt niet automatisch naar kostprijzen convergeert. Analyse rondom betere aansluiting van kostprijzen en vergoedingen valt buiten de reikwijdte van dit onderzoek.

⁵ Volgens de jaarverslagen van 2019 zijn categorale centra met bedden, exclusief epilepsiecentra/slaapexpertisecentra, dialysecentra en revalidatiecentra: Alexander Monro Ziekenhuis (Stichting), OCON Stichting Orthopedische en Sportmedische Klinieken Oost Nederland, Het Nederlands Kanker Instituut (Stichting), Sint Maartenskliniek (Stichting), Oogziekenhuis Rotterdam (Stichting), Rode Kruis Ziekenhuis B.V., Prinses Máxima Centrum voor Kinderoncologie (B.V)

⁶ Voorbeelden binnen TZO zijn de biobank interstitiële longziekten bij het Antonius Ziekenhuis, de Gammaknife voor hersenoperaties bij het ETZ, de Papillon/MR Linac voor colorectale operaties bij het Catharina ziekenhuis, de hogedosis stereotactische bestralingsapparatuur bij Maastrou, laser doppler imaging apparatuur bij de brandwondencentra, loop-expertisecentrum bij de St. Maartenskliniek, 24-uurs beschikbaarheid van oogzorg bij het Oogziekenhuis.

⁷ Hierdoor wordt gerisikeerd dat de zorgplicht in het geding komt, wat zou kunnen riskeren dat zorgverzekeraars of zorgautoriteit moet ingrijpen om de zorgplicht te garanderen.

⁸ Beleidsregel Beschikbaarheidsbijdrage op aanvraag - BR/REG-24147a

⁹ Bijvoorbeeld dat 30% van de patiënten buiten het adherentiegebied komen, en dat 20% van de patiënten rechtstreeks of via een huisarts vanuit een ander ziekenhuis wordt doorverwezen óf 10% vanuit een umc wordt doorverwezen.

¹⁰ [Staatscourant 2022, 30629 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen \(officielebekendmakingen.nl\)](#)

¹¹ C.q. segment 3 van bekostiging huisartsenzorg: [Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2024 - BR/REG-24132a - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

¹² Een bijkomend voordeel van de koppeling aan een instelling is dat mogelijk minder discussieruimte ontstaat over de definitie van een onderzoeksgerichte instelling dan over de definitie van een topspecialistische functie binnen een instelling.

¹³ [Mededingingsbeleid | Infopagina's over de Europese Unie | Europees Parlement \(europa.eu\)](#)

¹⁴ Het valt te beargumenteren dat een dergelijke beschikbaarheidsbijdrage de concurrentienadelen van topspecialistische centra ten opzichte van academische centra én niet-topspecialistische centra verbetert, omdat alleen topspecialistische centra momenteel de kosten voor de onderzoeksinfrastructuur impliciet moeten doorrekenen in de (marges op) DBC-tarieven.

¹⁵ wetten.nl - Regeling - Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek - BWBR0005682 (overheid.nl)

¹⁶ [Transparante bedrijfsvoering en verbod op winstoogmerk - TH/BR-033 - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

¹⁷ [Programmatekst-MedZO-plus-bijlagen.pdf \(zonmw.nl\)](#)