Eindrapport TOpzorg VERzilveren (TOVER): Evaluatieonderzoek Topspecialistische Zorg, Onderwijs en Onderzoek

Dr. Niek Stadhouders

Dr. Simone van Dulmen

Prof. Dr. Roland Bal

Prof. Dr. Patrick Jeurissen

Nijmegen, december 2024

Erasmus School of Health Policy & Management

IQ Health science department

Radboudumc

Eindrapport

TOpzorg VERzilveren (TOVER): Evaluatieonderzoek Topspecialistische Zorg, Onderwijs en Onderzoek

Dr. Niek Stadhouders

Dr. Simone van Dulmen

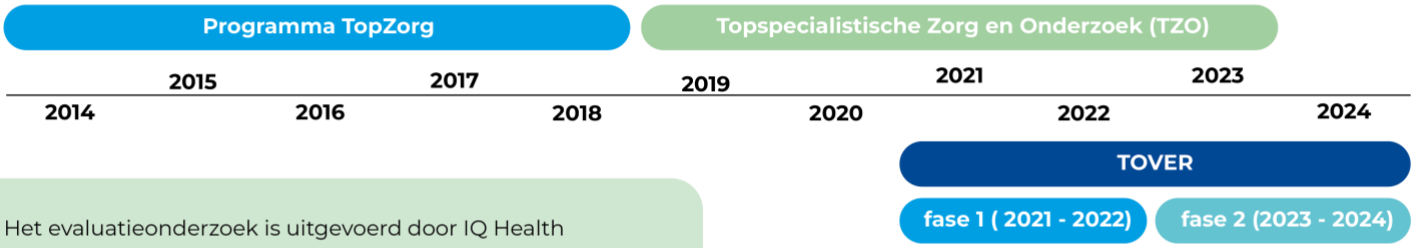
Prof. Dr. Roland Bal

Prof. Dr. Patrick Jeurissen

Dit onderzoek is uitgevoerd met subsidie van ZonMw. Dit is een publicatie van IQ Health, science department van het Radboudumc in samenwerking met Erasmus School of Health Policy & Management. Citeren is toegestaan met bronvermelding: N. Stadhouders, S. van Dulmen, R. Bal en P. Jeurissen. Eindrapport Topzorg verzilveren (Tover): Evaluatieonderzoek topspecialistische Zorg, onderwijs en Onderzoek. IQ Health, Nijmegen december 2024.

Topzorg Verzilveren (TOVER)

In het evaluatieproject zijn mogelijkheden voor **structurele bekostiging** voor topspecialistische functies onderzocht. Daarnaast zijn de **langetermijneffecten van de maatschappelijke meerwaarde** van deze financiële investering in kaart gebracht.



Het evaluatieonderzoek is uitgevoerd door IQ Health (Radboudumc) in samenwerking met Erasmus School of Health Policy & Management.

Fase 1

Verkenning strategieën financiële borging



- **Literatuuronderzoek**
- **Interviews en criteria**
- **Emperisch kostenonderzoek**

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. Hieruit zijn **7 criteria voor de bekostiging** van topspecialistische functies opgesteld

Lees verder op p.18

Fase 2

Borging maatschappelijke meerwaarde & duurzame bekostiging



- Toets borging lange termijn maatschappelijke meerwaarde
- Nadere verkenning opties voor structurele financiering m.b.v. drie testsbeds.

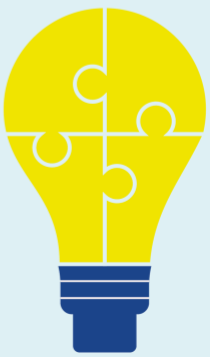
Het verkrijgen van de TopZorg subsidie heeft geleid tot **structurele inbedding onderzoek**. o.a. blijkend uit stijging wetenschappelijke output en stijging marktaandeel voor (complexe) zorg.

Binnen de testbeds zijn intensief en iteratief de mogelijke **oplossingsrichtingen en ervaren knelpunten** geanalyseerd. op basis hiervan zijn vier aanbevelingen opgesteld.

Lees verder in hoofdstuk 4

Aanbevelingen

1. Voorzie in een **beschikbaarheidsbekostiging** voor vaste zorggerelateerde kosten die volgen uit de bovenregionale **tertiaire verwijsfunctie;**
2. Verken de mogelijkheden en wenselijkheid om een vrij **onderhandelbare add-on** voor top-specialistische zorg bovenop de **DBC-structuur** te ontwikkelen;
3. Voorzie in een **structurele** beschikbaarheidsbekostiging voor **onderzoeksinfrastructuur** binnen topspecialistische centra;
4. Maak het mogelijk voor topspecialistische centra om op te treden als **hoofdaanvrager bij onderzoekssubsidies.**



Lees verder op p.34

10 projecten

Tien projecten hebben vanuit het programma TZO financiering ontvangen om de topspecialistische zorg gecombineerd met onderzoek en onderwijs te continueren en te verbeteren en qua bekostiging tot een duurzame oplossing te komen.



Bekijk de tussentijdse resultaten

Vervolg

Begin 2025 heeft het ZonMw-bestuur het eindrapport aangeboden aan de opdrachtgever van het programma, het ministerie van VWS. Verdere besluitvorming ligt bij VWS.

Inhoud

Samenvatting 6
Leeswijzer 9
Afkortingenlijst 9
Begrippenlijst 9
1. Achtergrond 10
1.1 Inleiding 10
1.2 Definitie van de topspecialistische functie 11
1.3 Organisatie van topspecialistische zorg 12
1.4 Bekostiging van topspecialistische functies in topklinische ziekenhuizen 13
2. Aanpak 15
3. Resultaten Fase 1 16
3.1 Opzet van fase 1 16
3.2 Literatuuronderzoek 16
3.3 Interviews 16
3.4 Kostprijsonderzoek 20
3.5 Beschouwing Fase 1 22
4. TopZorg geborgd? 23
4.1 Inleiding 23
4.2 Aanpak 24
4.3 Investeren in de onderzoeksinfrastructuur 24
4.4 Financiering 25
4.5 Bibliometrische analyse 26
4.6 Complexiteit van zorg 27
4.7 Beschouwing 28
5. Testbedanalyse en aanbevelingen voor implementatie van passende bekostiging binnen de kaders van het huidige zorgstelsel 29
5.1 Inleiding en aanpak 29
5.2 Financieringsknelpunten 30
5.3 Aanbevelingen 33
5.3.1 Beschikbaarheidsbekostiging voor vaste zorggerelateerde kosten 35
5.3.2 De meerkosten van complexe topspecialistische zorgverlening 37
5.3.3 Structurele financiering van de vaste onderzoeksinfrastructuur binnen topspecialistische centra 40
5.3.4 Toegang tot onderzoekssubsidies 45
5.5 Finale toetsing 46

6. Beschouwing 48
6.1 Algemene beschouwing 48
6.2 Methodologische reflectie 49
7. Referenties 51
Bijlage 1. Kenmerken respondenten interviews en slotbijeenkomst 52

Samenvatting

Voor u ligt het eindrapport van het onderzoeksproject TOVER (Topzorg VERzilveren). Dit project onderzoekt de mogelijkheden voor structurele bekostiging van topspecialistische functies als onderdeel van het ZonMw programma Topspecialistische Zorg en Onderzoek (TZO). Het programma TZO ondersteunt het doorontwikkelen en duurzaam bestendigen van topspecialistische zorg, onderwijs en onderzoek in ziekenhuizen en categorale centra buiten de universitaire medische centra (umc's). Topspecialistische zorg is door ZonMw gedefinieerd als een combinatie van zeer specialistische zorg, onderwijs en toegepast wetenschappelijk onderzoek. In dit rapport benoemen we dit als topspecialistische functies.

Het programma TZO is een vervolg op het programma TopZorg. Het programma TopZorg was een subsidie voor zeer specialistische zorg gecombineerd met toegepast wetenschappelijk onderzoek en onderwijs buiten umc's. Drie ziekenhuizen konden hierdoor de topspecialistische functie ondersteunen en doorontwikkelen voor een periode van 4 jaar (2014 - 2018). 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 een subsidie van in totaal 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 onderwijs (O&O) duurzaam georganiseerd en structureel bekostigd worden na afronding van het TZO-programma?'* 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. Dat laatste is immers al in de evaluatie van het Topzorg programma aangetoond. Het doel van dit onderzoek is ook niet om een budgettaire raming op te stellen van de minimaal benodigde middelen die nodig zijn om topspecialistische functies buiten de umc's mogelijk te maken. Dit vergt immers politieke besluitvorming over de reikwijdte van dit type functies. Het doel van het onderhavig onderzoek is primair gericht op de vraag *hoe* structurele financiering voor tien topspecialistische functies kan worden vormgegeven. Het onderzoek bestaat uit twee fases.

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 bestaande bekostigingsmodellenmodellen 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 geleid tot zeven criteria:

1. Toegepast wetenschappelijk onderzoek: Het centrum evalueert, innoveert en verbetert zorg met toegepast wetenschappelijk onderzoek. Daarbij zorgt het centrum voor onderbouwing van de hypothese waarom de topspecialistische functie bij de patiëntengroep/interventie aantoonbaar meerwaarde heeft.
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(organisaties) 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 variatie in de gehanteerde definitie en afbakening van de topspecialistische functies, in de inzet van de TZO-subsidie en in de beoogde bekostigingsopties van topspecialistische functies. Dit wordt gereflecteerd in een grote variatie in de uitgavenpatronen van topspecialistische functies tussen centra. Waar sommige centra een relatief groot deel van de subsidie uitgeven aan onderzoek, geven andere centra juist relatief veel uit ter dekking van de vaste onderzoeksinfrastructuur, of ter dekking van niet-vergoede topspecialistische zorgverlening. Dit is deels afhankelijk van de specifieke kenmerken en bijbehorende kostenstructuur van een bepaalde topspecialistische functie. Daarnaast stellen alle centra nog eigen middelen ter beschikking om de kosten te dekken die niet worden vergoed door de subsidie of door de reguliere bekostiging. De TZO-subsidie dekt de facto 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 diverse bekostigingsvormen bij verschillende kostenfuncties, bijvoorbeeld 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 vier bekostigingsvormen wenselijk: een lumpsumbedrag voor de vaste infrastructuur, subsidiebekostiging voor onderzoeksprojecten, een vaste vergoeding voor een beschikbaarheidsfunctie van topspecialistische zorg en patiëntgebonden bekostiging voor de meerkosten van topspecialistische zorg. 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 onderzocht de borging van de maatschappelijke meerwaarde van de reeds eerder toegekende TopZorg-functies. Dit betrof een marginale toets van de borging op de langere termijn. Uit het onderzoek blijkt 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 concentreren zich op specifieke plekken binnen een ziekenhuis, maar hebben een bredere uitstraling in de organisatie. 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 bouwt voort op de resultaten uit de eerste tussenrapportage en onderzoekt de opties voor structurele financiering binnen de mogelijkheden van het zorgstelsel. Hiervoor zijn drie TZO-projecten geselecteerd als testbeds, 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 beschikbaarheidsbekostiging om vaste zorggerelateerde kosten die volgen uit een aanzienlijke bovenregionale tertiaire verwijsfunctie 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 structurele financiering van de vaste 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 topspecialistische functies 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. Op basis hiervan zijn knelpunten en implementatiekansen zijn beschreven. Er blijken aanzienlijke onzekerheden rond het implementatieproces te bestaan. In een slotbijeenkomst zijn de aanbevelingen in een interactieve discussie besproken met de projectteams en een brede groep stakeholders om te komen tot een een gedragen set aanbevelingen met een agenda voor implementatie.

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 bevindingen van de interacties met de drie testbeds (werkpakket 5). In hoofdstuk 6 geven we een beschouwing en presenteren aanbevelingen voor implementatie.

Afkortingenlijst

TZO	Topspecialistische Zorg en Onderzoek
WBMV	Wet Bijzondere Medische Verrichtingen
STZ	Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen
ZVW	Zorgverzekeringswet
DBC	Diagnosebehandelcombinatie
Umc	Universitair medisch centrum
NWO	Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
MSZ	Medisch Specialistische Zorg

Begrippenlijst

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.
Beschikbaarheidsbekostiging	Generieke term voor bekostigingsvormen die het beschikbaar houden van zorgdiensten bekostigen. Voorbeelden zijn beschikbaarheidbijdragen of beschikbaarheidsfinanciering.
Beschikbaarheidbijdrage	Bestaande bekostigingsvorm voor het financieren van bepaalde zorgfuncties zoals beschreven in de beleidsregel beschikbaarheidbijdragen.
Beschikbaarheidsfinanciering	Hypothetische bekostigingsvorm waarbij zorgverzekeraars in afstemming een vergoeding beschikbaar stellen voor het beschikbaar houden van zorgcapaciteit.

1. Achtergrond

Kernboodschappen

Een topspecialistische functie is veelal niet eenduidig te definiëren en het ontstaan van zo'n functie is niet makkelijk te sturen: deze kan soms buiten umc's ontstaan. De bekostiging van de ziekenhuiszorg is bovendien een complex geheel van regelingen met een historische afhankelijkheid en een discrepantie tussen theorie en praktijk. Maatregelen om topspecialistische functies duurzaam te financieren 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.

1.1 Inleiding

Topklinische centra leveren in een aantal gevallen zeer specialistische zorg, in combinatie met toegepast wetenschappelijk onderzoek en onderwijs. ZonMw startte in 2014 het programma TopZorg voor de periode 2014-2018 om de maatschappelijke meerwaarde van deze topspecialistische functies in topklinische ziekenhuizen te onderzoeken. Binnen het programma TopZorg zijn topspecialistische functies 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 TopZorg programma. TZO richt zich daarnaast ook 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 cardiotocografie	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	Maastro 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. Het project TOpzorg VERzilveren (TOVER) richt zich op het verkennen en organiseren van mogelijkheden voor structurele bekostiging van deze topspecialistische functies en de haalbaarheid om mogelijke bekostigingsmodellen naar de praktijk te brengen. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door de afdeling IQ Health, onderdeel van het Radboudumc, en Erasmus School of Health Policy & Management, onderdeel van de Erasmus Universiteit. De centrale vraagstelling is:

'Hoe kan, binnen de kaders van het huidige stelsel, de combinatie van topspecialistische zorg met toegepast klinisch wetenschappelijk onderzoek en onderwijs duurzaam worden georganiseerd en structureel bekostigd worden na afronding van het TZO-programma?'

1.2 Definitie van de topspecialistische functie

De topspecialistische functie heeft een *transcendente definitie*; het is mogelijk om de topspecialistische functie globaal te omschrijven, maar hij valt niet goed objectief en eenduidig af te bakenen.[1] Een topspecialistische functie omvat globaal een combinatie van zeer specialistische zorg, onderzoek en onderwijs. Het kan daarbij een zeer specifieke patiëntgroep betreffen, zoals bij zeldzame ziekten, of een grotere patiëntgroep in combinatie met specialistische behandeling en (toegepast) onderzoek. Topspecialistische zorg kent veelal een hoog aandeel tertiaire verwijzingen, ofwel verwijzingen vanuit een ander ziekenhuis naar het topspecialistische centrum, en heeft een bovenregionale functie, wat betekent dat patiënten vanuit een groot gebied naar het topspecialistisch centrum komen. Topspecialistische centra hebben 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.

In de loop der jaren zijn verschillende formele definities opgesteld die zijn gerelateerd aan vormen van topspecialistische zorg en derdelijnszorgfuncties. In sommige gevallen zijn deze 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 beschikbaarheidbijdrage academische zorg (BBAZ) om topreferente zorg te leveren en academische functies uit te voeren. Soms maken topspecialistische functies deel uit van internationale of Europese netwerken voor zeldzame aandoeningen, vaak zijn ze dan door VWS aangemerkt als expertisecentrum zeldzame aandoeningen (ECZA). Daarnaast bestaan er ook allerlei samenwerkingsverbanden met als doel om de kwaliteit van zorg te verbeteren, zoals de Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ) en bovenregionale netwerken zoals de oncologienetwerken.

De subsidies die zijn verstrekt in de programma's TopZorg en TZO voegen een nieuwe definitie toe aan dit spectrum van derdelijnszorg: topspecialistische zorg. Deze subsidies zijn bedoeld voor zowel

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

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 ons ervan bewust te zijn dat dit een definitie is die een topspecialistische functie afbakent van andere 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 binnen de context van het Amerikaanse zorgstelsel beknopt behandeld door Clayton Christensen in zijn boek *The Innovator's Prescription* (3). In dit boek worden innovaties beschouwd als processen die sterk gecentraliseerd starten, in één of enkele expertisecentra, en zich 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 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- en andere ziekenhuizen, die deze zorgprocessen optimaliseren, bijvoorbeeld via waardegedreven zorg. Dit proces kan vele jaren in beslag nemen, bijvoorbeeld voordat voldoende onderzoek en informatie beschikbaar is om een gestandaardiseerde behandeling te kunnen leveren.

Pad-afhankelijkheid

In het bovenstaande theoretisch raamwerk vervult het umc de rol als innovator en ontwikkelaar van nieuwe topspecialistische kennis door een combinatie van fundamenteel onderzoek en hoogcomplexe, 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. Hoewel vanuit een theoretisch perspectief de schaalvoordelen van topspecialistische functies pleiten voor concentratie van innovaties binnen umc's, kan het maatschappelijk derhalve toch gewenst zijn om bepaalde specifieke topspecialistische functies buiten umc's te faciliteren, gezien de hoge kosten van het doorbreken van de pad-afhankelijkheid.

1.4 Bekostiging van topspecialistische functies in topklinische ziekenhuizen

In dit onderzoek worden de termen *bekostiging* en *financiering* doorgaans min of meer uitwisselbaar gebruikt; het onderscheid tussen de twee termen is dat bekostiging over de formele mogelijkheden en betalingsinstrumenten binnen het stelsel gaat, en financiering betrekking heeft op de praktische financiële randvoorwaarden om deze topspecialistische functies daadwerkelijk te vervullen. Vaak lopen deze termen gelijk op, maar niet altijd. Ter voorbeeld: als een centrum de topspecialistische functie dekt vanuit algemene middelen is er geen bekostiging maar wel financiering. Een 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 van de interne verdeling van middelen binnen een ziekenhuis. Als een nieuwe bekostigingsvorm voor topspecialistische zorg door zorgverzekeraars wordt gecompenseerd door kortingen op het totaalbudget voor de resterende zorg, 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. 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).

DBC-A betreft specifieke verrichtingen waar soms ook een aanwijzing voor nodig is onder de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV). De NZa stelt maximumtarieven voor deze categorie 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.[2] In theorie onderhandelt een instelling met elke zorgverzekeraar over de prijs van elke afzonderlijke DBC in het B-segment binnen een stelsel van gereguleerde concurrentie. In de praktijk onderhandelen zorginstellingen voornamelijk over de hoogte van het jaarlijks 'budget'.[3] Naast vergoedingen vanuit het DBC-A- en B-segment, kunnen niet-academische centra in sommige gevallen aanspraak maken op specifieke subsidies en

[2] Gaspar, Katalin, et al. "Global budget versus cost ceiling: a natural experiment in hospital payment reform in the Netherlands." The European Journal of Health Economics 21 (2020): 105-114.
[3] Gajadien, Chandeni S., et al. "Financial risk allocation and provider incentives in hospital–insurer contracts in The Netherlands." The European Journal of Health Economics 24.1 (2023): 125-138. van Herwaarden et al. 2020. "Opening the black box of DRGs: Unpacking the technical remuneration structure of the Dutch DRG system." *Health Economics, Policy and Law* 15 (2): 196–209. https://doi.org/10.1017/S1744133118000324.

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. 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 naar 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 de kosten van de verschillende topspecialistische functies te onderzoeken en te bepalen hoeverre deze nu al zijn opgenomen en gedekt binnende huidige bekostiging.
- **Werkpakket 4:** Mixed-methods onderzoek naar de lange termijn borging van de maatschappelijke meerwaarde van de topspecialistische functies in de drie oorspronkelijke TopZorg deelnemers
- **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: Tussenrapporten en het eindrapport zijn getoetst bij betrokken stakeholders en gepresenteerd op interactieve werkconferenties om de basis te leggen voor een toekomstige agenda voor implementatie.

3. Resultaten Fase 1

Kernboodschappen

Op basis van een literatuurstudie en interviews met betrokken personen zijn globale criteria opgesteld voor de beoordeling van topspecialistische functies. Deze criteria zijn vervolgens getoetst en nader gespecificeerd. Op basis van data-uitvragen en kostprijsonderzoek van de TZO-projecten is de kostenstructuur van de verschillende topspecialistische functie onderzocht, en zijn verschillende theoretische bekostigingsvormen getoetst. Gezien de grote variatie in topspecialistische functies en bijbehorende kostenstructuren ligt een combinatie van bekostigingsvormen voor de hand: subsidiematige bekostiging voor onderzoek, een vaste vergoeding voor onderzoeksinfrastructuur, een patiëntgebonden bekostiging voor extra kosten van topspecialistische zorgverlening en een vaste vergoeding voor beschikbaarheidscomponent van een topspecialistische functie. Het is belangrijk om daarbij ook de uitvoeringskosten te betrekken.

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 naar de inventarisatie van bestaande bekostigingsmodellenmodellen en de 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

De literatuurstudie richtte zich via gerichte zoekopdrachten op Engelstalige artikelen, gepubliceerd tussen 2005 en april 2021. We hebben vervolgens de referentielijsten van relevante artikelen doorzocht, en citaties van relevante artikelen opgezocht, om zo tot uiteindelijk 21 relevante artikelen te komen. Uit deze artikelen zijn zeven conceptcriteria geïdentificeerd als basis voor verdiepende interviews (zie tabel 2).

3.3 Interviews

Om inzicht te krijgen in de visie van verschillende stakeholdergroepen op de criteria uit de literatuurstudie hebben we in Werkpakket 2 een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Hierbij hebben we ook de visie op bekostiging van de topspecialistische functie uitgevraagd. In interviews met 45 personen is gevraagd naar de definitie van topspecialistische functies, knelpunten bij de huidige bekostiging, criteria voor deze bekostiging en ideeën voor duurzame bekostiging. Dit waren zowel betrokkenen van de centra die een TZO-subsidie hebben ontvangen als andere stakeholders, zoals geïdentificeerd op basis van de stakeholderanalyse.

Uit de interviews blijkt dat er veel variatie is in de definitie van topspecialistische zorg en inzet van de middelen van de TZO-subsidie. Wat ze gemeen hebben is het (gepercipieerde) risico op discontinuïteit door het ontbreken van een structurele vergoeding. Op basis van de resultaten van het literatuuronderzoek en de gehouden 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. Men onderbouwt waarom de topspecialistische functie bij deze patiëntengroep/ interventie aantoonbaar meerwaarde kan hebben. Bijvoorbeeld dat dit bijdraagt aan de effectiviteit van behandelingen (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. De patiëntengroep is complex wanneer er sprake is van een zeldzame/complexe interventie, tertiaire verwijzing of multimorbiditeit	Sub-criteria • Zeldzame/complexe 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	Sub-criteria: • 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 bijvoorbeeld 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	Sub-criteria: *Zorg*: Aantoonbare continuïteit van de topspecialistische zorg op het gebied van menskracht en infrastructuur • Er zijn minimaal twee medisch specialisten betrokken bij de topspecialistische functie. *Onderwijs*: Aantoonbare continuïteit van het topspecialistische onderwijs op het gebied van menskracht en infrastructuur hetgeen zich uit in: • Tenminste één hoogleraar dient verbonden te zijn aan de topspecialistische functie *Onderzoek*: Aantoonbare continuïteit van het topspecialistische onderzoek op het gebied van menskracht en infrastructuur hetgeen zich uit in: • 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 teams, voorlichting en deskundigheidsbevordering van externen	Intern: • Opleiden (nieuwe) experts multidisciplinaire teams Extern: • 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 commissies 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: • Periodiek overleg en afstemming met patiëntenorganisaties • Achterban- en informatie bijeenkomsten met patiëntenorganisaties

3.4 Kostprijsonderzoek

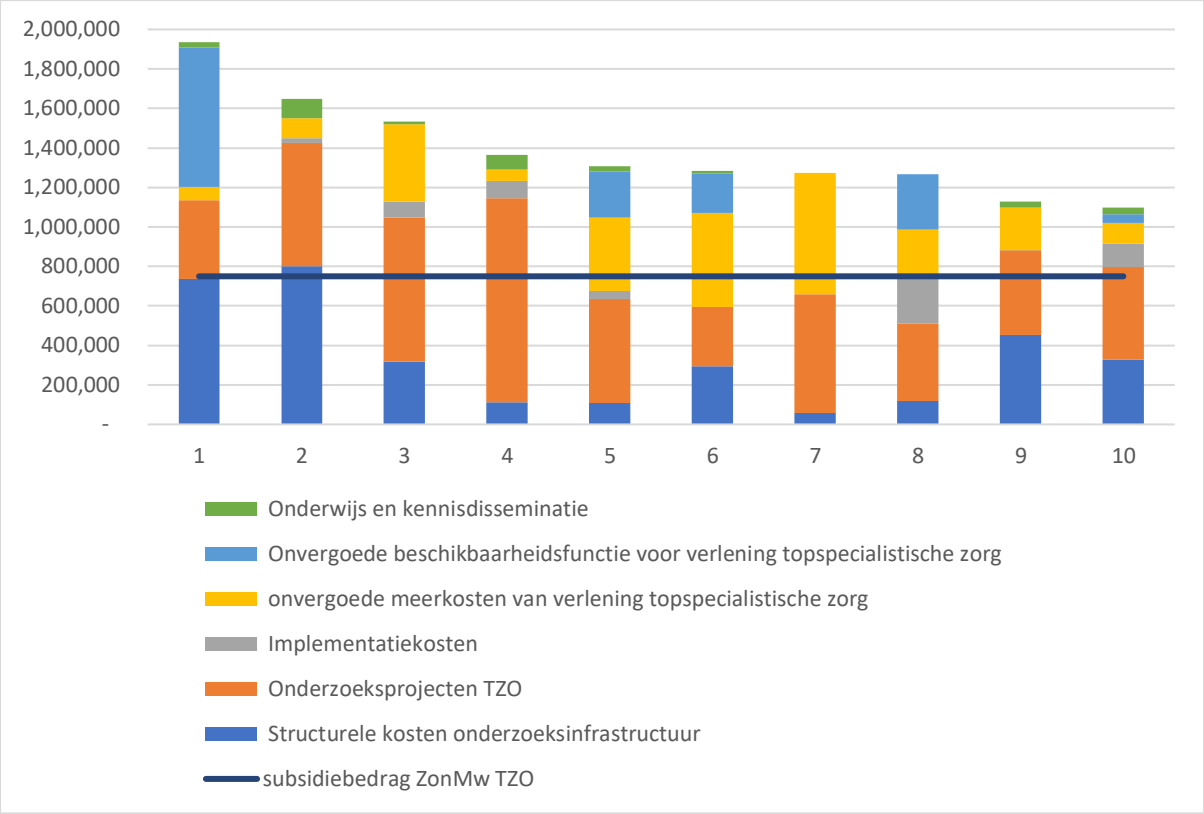
Werkpakket 3 onderzocht de kostenstructuur van de huidige tien TZO-projecten aan de hand van interviews en uitvraag van financiële data, zoals begrotingen en realisaties. De tien centra ontvangen een subsidie van maximaal €750,000 per jaar, die kan worden besteed aan een combinatie van topspecialistische 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 TZO-projecten gebruiken de subsidie deels voor de uitvoering van (twee tot vijf) onderzoeksprojecten. Alle TZO-projecten hebben hiervoor 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.

In totaal zijn zes categorieën van kosten van de topspecialistische functie geïdentificeerd (tabel 3). In overleg met de TZO-projecten zijn de uitgaven per categorie geïnventariseerd, en is bepaald welke kosten zijn gedekt door reguliere bekostiging, welke kosten zijn gedekt door de TZO-subsidie, en welke kosten niet zijn gedekt door reguliere bekostiging of de TZO-subsidie. Deze laatste groep wordt door de instellingen uit algemene middelen bijgelegd. We laten de uitgaven die gedekt zijn door reguliere bekostiging buiten beschouwing en richten de analyse op de kosten die niet worden gedekt door reguliere bekostiging (dekking vanuit de TZO-subsidie en eigen middelen).

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	Eenmalige 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 de verschillende centra, waarbij sommige centra relatief veel uitgeven aan onderzoek (oranje), andere centra relatief veel ter dekking van de vaste onderzoeksinfrastructuur (donkerblauw), andere centra relatief veel ter dekking van niet-vergoede topspecialistische zorgverlening (geel) of ter dekking van de niet-vergoedde beschikbaarheidsfunctie (lichtblauw). Implementatiekosten en kosten voor opleiding en kennisdisseminatie zijn meestal beperkt. Alle centra stellen eigen middelen ter beschikking om de kosten te dekken die niet worden vergoed door reguliere bekostiging noch door de TZO subsidie (weergegeven als de blauwe horizontale lijn). Er is sprake van een behoorlijke variatie: de TZO-subsidie dekt tussen de 39% en 68% van de niet-vergoede kosten voor topspecialistische functies.



Figuur 1: Jaarlijkse (niet-vergoede) kosten, per kostengroep

Op basis van deze data zijn simulaties met (combinaties van) bekostigingsvormen uitgevoerd. Een combinatie van bekostigingsvormen voor een duurzame bekostiging is wenselijk, omdat één enkele bekostigingsvorm onvoldoende aansluit bij de verschillen in 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 (donkerblauw); 2) subsidies waarmee onderzoeksprojecten bekostigd worden (oranje); 3) bekostiging voor topspecialistische zorgverlening vanuit de Zorgverzekeringswet (geel) en 4) een lumpsumvergoeding ter dekking van vaste beschikbaarheidskosten van topspecialistische zorgverlening. Hierbij kan ook nog worden gevariëerd 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 bestaat er een afruil tussen de passendheid van de bekostiging en de uitvoeringskosten (administratieve lasten).

3.5 Beschouwing Fase 1

We vinden veel variatie in belangen en zienswijzen van stakeholders in de definitie en afbakening van topspecialistische functies, veel variatie in de inzet van de TZO-subsidie en veel 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 een basis voor verschillende mogelijke scenario's voor duurzame financiering van de topspecialistische functie. De scenario's zijn in de volgende fase van het project nader getoetst op concrete mogelijkheden binnen de kaders van het zorgstelsel, waarbij de voor- en nadelen van verschillende bekostigingsvormen zijn afgewogen, inclusief de uitvoeringskosten en het risico op perverse prikkels (werkpakket 5).

4. TopZorg geborgd?

Kernboodschappen

De borging en ontwikkeling van topspecialistische zorg op de langere termijn is onderzocht bij de deelnemende centra van het programma TopZorg (2014-2018). In de periode 2017-2022 is de wetenschappelijke productie in termen van gepubliceerde artikelen verder toegenomen en het marktaandeel voor complexe zorg is gestabiliseerd of licht gestegen. Uit interviews blijkt dat het verkrijgen van een subsidie voor topspecialistische functies bijdraagt aan 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 binnen het ziekenhuis te concentreren, maar hebben een bredere uitstraling in de organisatie.

4.1 Inleiding

Als voorganger van het 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 (ETZ) (neuro en trauma) en het Oogziekenhuis Rotterdam (OZR) (oogheelkundige zorg). Het TopZorg programma is destijds positief geëvalueerd vanuit Erasmus School of Health Policy & Management, waarbij de maatschappelijke waarde van TopZorg is vastgesteld (1). In dit hoofdstuk besteden we aandacht aan de mate waarin en de mechanismen waarlangs de effecten van het TopZorg programma op langere termijn zijn geborgd binnen de toen deelnemende ziekenhuizen. 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 eerdere 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 complexiteit van de patiënten, wetenschappelijk onderzoek en innovatiecultuur en infrastructuur. De reden voor deze keuze is deels pragmatisch, waarbij de inschatting is dat deze drie thema’s bij een beperkte belasting toch een goed beeld 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 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 huidige 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 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, adequate financiering noodzakelijk is.

4.2 Aanpak

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen 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 onderzoekscoördinator. In totaal ging het om 12 interviews met 14 personen. Daarnaast is een 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.[4] Ten slotte is onderzoek gedaan naar de complexiteit van de patiëntenpopulatie in de TopZorg domeinen. Deze laatste analyse is 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 we 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 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 system’ 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 er een wetenschappelijke commissie en is inmiddels een wetenschapsbureau opgezet dat ondersteund bij subsidieaanvragen, ethische toetsing en datamanagement. Ook worden interne wetenschapsdagen georganiseerd, 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 dan weer dat samenwerking vooral internationaal vorm krijgt. Onderzoeksprogramma’s

[4] Met dank aan Thed van Leeuwen voor het uitvoeren van de analyses.

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 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 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 hiervan moest een deel van het onderzoek 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 de radiologie, de acute as alsmede met gespecialiseerde verpleegkundigen.

4.4 Financiering

Externe financiering vormt 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 onderzoeksubsidies van ZonMw, NWO of het Horizon programma van de Europese Commissie. Voor deze externe bronnen wordt vaak het criterium gehanteerd dat de hoofdaanvrager een kennisinstelling moet zijn (bijvoorbeeld een umc of universiteit). Omdat de ziekenhuizen niet als kennisinstelling zijn aangemerkt leidt dit soms tot work-arounds waarbij een universiteit of umc als hoofdaanvrager optreedt, terwijl het feitelijke werk in het betreffende TZO-ziekenhuis plaatsheeft. Naast externe gelden wordt er 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 het medisch-specialistisch bedrijf (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 eigen betaaltitel ontwikkeld; het betreft het voeren van expertiseconsulten met betrekking tot interstitiële longziekten in het Antonius ziekenhuis (10). 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/TZO, worden dit soort samenwerkingen door de ziekenhuizen als strategisch belangrijk gezien, mede omdat daarmee gebruik kan worden gemaakt van externe onderzoeksinfrastuctuur en omdat het toegang geeft tot voor het onderzoek benodigde expertise. In 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). Samenwerking met universiteiten en/of umc's is ook nodig omdat voor sommige zaken geldt dat deze niet toegankelijk zijn 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 tussen umc's en TopZorg/TZO ziekenhuizen.

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 analyse gedaan. Daarbij is gebruikt gemaakt van de database van het Centrum voor Wetenschap, Techniek en Samenleving (CWTS) van de Universiteit van Leiden. De periode 2017-2022 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 (mncs); 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 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 stijging in de productie zichtbaar is, inclusief voor ETZ trauma, dat geen onderdeel vormt van het TZO programma. 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.(1) We hebben gekozen voor een vergelijking met vier 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, intensieve diagnostiek, complexe zorgactiviteiten, multidisciplinaire zorg of dure geneesmiddelen. Complexe zorgactiviteiten waren tijdens het TopZorg project geïdentificeerd door de deelnemende TopZorg ziekenhuizen.(1) 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 resultaten laten zien dat bij drie domeinen sprake is van een gestegen aandeel. Vervolgens laten de kwalitatieve analyses zien dat deelname aan TopZorg en TZO voor alle domeinen 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**
Interstitiële longziekten	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
Pulmonaire Hypertensie	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 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), daling polikliniek-bezoeken 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. 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. Testbedanalyse en aanbevelingen voor implementatie van passende bekostiging binnen de kaders van het huidige zorgstelsel

Kernboodschappen

Op basis van verdiepende verkenning met drie testbed centra en een toets met stakholders zijn vier aanbevelingen geformuleerd 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, bekostiging van de meerkosten van topspecialistische zorglevering en bekostiging van de beschikbaarheidsfunctie van topspecialistische zorg. Beperkingen van de huidige bekostigingsvormen rondom (juridische) afbakening van reikwijdte en toegankelijkheid werpen mogelijk aanzienlijke barrières op in het implementatieproces.

5.1 Inleiding en aanpak

Werkpakket 3 geeft vanuit de theorie van bekostiging de aanbeveling om financiering van de topspecialistische functie onder te verdelen in vier delen: 1) een vaste vergoeding voor de beschikbaarheid van topspecialistische zorg; 2) een (maatwerk)financieringsmogelijkheid voor topspecialistische zorg, 3) een vaste vergoeding voor de vaste infrastructuur die nodig is om topspecialistisch onderzoek te doen; 4) subsidiematige financiering van tijdelijke, wetenschappelijke, topspecialistische onderzoeksprojecten. De heterogeniteit van topspecialistische functies binnen TZO impliceert dat de topspecialistische functie niet eenduidig is te financieren.

In dit hoofdstuk beschrijven we de praktische mogelijkheden van bekostiging, waarbij we rekening houden met de haalbaarheid van verschillende bekostigingsopties binnen de kaders en uitgangspunten van het huidige zorgstelsel. We richten ons dus op praktische verbeteringen binnen het zorgstelsel. Het zorgstelsel is een complex, adaptief systeem. Dit betekent dat het zorgstelsel slechts beperkt maakbaar is en 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 diverse 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 er bijvoorbeeld voor zorgen dat een beleidsmaatregel in theorie de situatie verbetert, maar in de praktijk de situatie verergert.[5] In onze analyse proberen we rekening te houden met deze effecten, wat de relatieve waarde van praktisch en haalbaar beleid vergroot. Dit vereist ook een analyse van de perspectieven van verschillende stakeholders op de beoogde maatregelen.

We analyseren 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 doorloopt de volgende stappen:

[5] Dit wordt ook wel type 2 marktfalen genoemd, zie bijvoorbeeld: Orbach, Barak. "What is government failure." Yale J. Reg. Online 30 (2012): 44. Zie verder over complexe interventies ook Greenhalgh et al. 2023. "Toward a Values-Informed Approach to Complexity in Health Care: Hermeneutic Review." *The Milbank Quarterly* 101 (3): 646-674. https://doi.org/10.1111/1468-0009.12656.

- 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 van de 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 zijn werksessies met de TZO-projecten georganiseerd. Om de diepgang van het interatieve proces te versterken, hebben drie TZO-projecten als testbeds gefungeerd (Catharina ziekenhuis, St Antonius ziekenhuis en het Oogziekenhuis). Hiermee zijn initïeel in meerdere rondes interviews, gesprekken en werksessies georganiseerd om de bovenstaande doelen in detail te bespreken, ondersteund door interne data, documentatie en analyses. 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, en getoetst in een bijeenkomst met alle vertegenwoordigers in februari 2024. Deze sessies zijn gebruikt om de meest passende bekostigingsmogelijkheden nader uit te werken en praktische aanbevelingen te doen. Deze 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 en schriftelijk feedback leveren van de centra en betrokken stakeholders. 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. Tot slot is er in november 2024 een bijeenkomst gehouden waarin de aanbevelingen in een interactieve discussie zijn besproken met de projectteams en een brede groep stakeholders om te komen tot een toekomstige agenda voor implementatie.

5.2 Financieringsknelpunten

In werkpakket 3 zijn vier grote kostenposten benoemd in het kader van de topspecialistische functie: 1) beschikbaarheid van topspecialistische zorg, 2) meerkosten van complexe zorgverlening, 3) onderzoeksinfrastructuur en 4) onderzoeksprojecten. Door middel van interviews en gesprekken zijn de financieringsknelpunten nader verkend. Op deze vier punten ervaren de TZO-projecten grote knelpunten in de financiering. Op het gebied van implementatie, onderwijs en kennisdisseminatie worden momenteel minder knelpunten ervaren. Alle TZO-projecten geven aan dat de topspecialistisch functie niet duurzaam gefinancierd kan worden zonder de TZO-subsidie.

Financiering van beschikbaarheid van topspecialistische zorg

Topspecialistische centra hebben doorgaans een regio-overstijgende tertiaire of quaternaire verwijsfunctie. Dit wil zeggen dat andere ziekenhuizen complexe patiënten rechtstreeks doorverwijzen naar het topspecialistisch centrum, of dat huisartsen een patiënt doorverwijzen naar het topspecialistisch centrum wanneer 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.

De bovenregionale tertiaire verwijsfunctie gaat vaak, maar niet altijd, samen met een beschikbaarheidsfunctie, bijvoorbeeld doordat dure specialistische apparatuur beschikbaar moet zijn, of omdat er 24-uurs beschikbaarheid van medisch specialisten nodig is. Dit zijn vaak vaste kosten die niet goed toe te schrijven zijn aan de individuele patiënten via de DBC-structuur. 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 sommige zorgverzekeraars mogelijk profiteren als een groter deel van de vaste kosten worden vergoed door de concurrent (het zogeheten freerider-probleem). Dit maakt financiering van vaste kosten voor complexe zorg vanuit het systeem van gereguleerde concurrentie problematisch.

De problematiek rond financiering van beschikbaarheid lijkt vooral te spelen bij de categorale centra binnen TZO. Nederland kent momenteel een beperkt aantal categorale ziekenhuizen die zich richten op hoog-complexe zorg.[6] Vier categorale centra hebben een TZO-subsidie ontvangen om de kosten voor topspecialistische functies te dekken. Bij topspecialistische categorale centra kan de marktpositie en freerider-problematiek een grotere invloed hebben op mogelijkheden om de beschikbaarheidsfunctie via reguliere bekosting te dekken. Hierbij hebben ontoereikende DBC-tarieven voor topspecialistische functies een grotere impact op het budget van categorale topspecialistische centra. Dit kan betekenen dat met name kleine topspecialistische centra onvoldoende mogelijkheden hebben om de financiering van beschikbaarheid te adresseren in de onderhandelingen met zorgverzekeraars.

Financiering van complexe topspecialistische zorglevering

Een kenmerk van de topspecialistische functie is dat de topspecialistische centra een complexere patiëntpopulatie hebben dan algemene ziekenhuizen (inclusief de andere topklinische ziekenhuizen). In principe is het aan de zorgverzekeraars om te beslissen deze meerkosten al dan niet te vergoeden. Hier worden in de praktijk knelpunten ervaren, bijvoorbeeld omdat de zorg ontoereikende maximumtarieven kent, of omdat zorgverzekeraars onvoldoende inzicht of afstemmingsmogelijk-heden hebben om een adequaat tarief te faciliteren.

De DBC-bekostigingssystematiek is momenteel onvoldoende onderscheidend tussen de complexe- en de standaardbehandeling: beide vallen doorgaans binnen dezelfde DBC. De behandeling van complexe patiënten kost echter meer expertise, tijd en middelen dan een gemiddelde behandeling. 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

[6] 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)

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. Maar ook hier is het lastig om de volledige kosten voor de complexe zorglevering 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 patiënten die topspecialistische zorg nodig hebben ondergefinancierd blijven. De ervaring van de TZO-projecten is dat zorgverzekeraars doorgaans welwillend zijn, maar dat bovenstaande punten een kostendekkende DBC-prijs onhaalbaar maken.

Binnen ziekenhuizen is er een extra dimensie van complexiteit. Ziekenhuizen onderhandelen met zorgverzekeraars over de (maximale) jaaromzet, en het totaalbedrag wordt binnen een ziekenhuis over de afdelingen verdeeld, meestal 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 (11).[7] Een hogere DBC-prijs voor een topspecialistische functie leidt daarmee niet direct tot een hogere budgetafspraak met zorgverzekeraars, en daarmee heeft de hoogte van de prijzen van de topspecialistische DBC's weinig directe invloed op het beschikbare budget. Topspecialistische centra spelen binnen ziekenhuizen mogelijk wel een rol bij budgetonderhandelingen met zorgverzekeraars. Ziekenhuizen formuleren speerpunten in de onderhandelingen met zorgverzekeraars met als doel om een hoger totaalbudget uit te onderhandelen. De uitkomst hangt onder andere af van de relatieve onderhandelmacht van het ziekenhuis, en de topspecialistische functies profiteren daar mogelijk indirect van. Ziekenhuizen kunnen wellicht hun onderhandelingsmacht verhogen als ze topspecialistische functies bezitten die een zorgverzekeraar wel *moet* contracteren, bijvoorbeeld vanwege de tertiaire verwijsfunctie. 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 veelal te indirect om de financieringsproblematiek van de topspecialistische functie te isoleren van de financiering van het gehele ziekenhuis. De mate van financiering van topspecialistische zorg is een strategische keuze van het ziekenhuis. Dit impliceert dat eventuele knelpunten in financiering van topspecialistische zorglevering primair moeten worden opgelost als onderdeel van de onderhandelingen over het totaalbudget tussen zorgverzekeraars en instellingen, en dat wijzigingen in de bekostigingsstructuur niet direct invloed hoeven te hebben op de ervaren financieringsproblematiek rondom de topspecialistische functie.

Financiering van vaste onderzoeksinfrastructuur

De infrastructuur die topspecialistisch onderzoek ondersteunt wordt beschouwd als randvoorwaarde om toegepast onderzoek uit te voeren. Het betreft vaak beperkte kosten die de opzet van het toegepast onderzoek sterk verbeteren, en de kansen op succesvolle toewijzing van subsidies vergroten. De onderzoeksinfrastructuur omvat bijvoorbeeld ondersteuning bij het schrijven van

[7] 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.

onderzoeksprojecten, (statistische) ondersteuning bij uitvoeren van onderzoek en faciliteren van data-toegang en -infrastructuur. De 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 benodigde onderzoeksinfrastructuur is doorgaans niet mogelijk binnen (Europese) onderzoekssubsidies.

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. Hiervoor zijn de TZO-projecten sterk afhankelijk van samenwerkingen met universiteiten of umc's. In theorie kan samenwerking tussen academische centra en topspecialistische centra meerwaarde opleveren: topspecialistische centra hebben de patiëntpopulatie die nodig is voor fundamenteel en toegepast onderzoek, en academische centra hebben specialistische infrastructuur en specifieke kennis die meerwaarde kan leveren bij uitvoering van het onderzoek. Ook noemen TZO-projecten op andere vlakken meerwaarde van samenwerking: de inclusie van patiënten is mogelijk goedkoper in topspecialistische ziekenhuizen, en kortere lijntjes binnen het topspecialistisch centrum kunnen de doorlooptijd van onderzoek mogelijk verkorten. Uit hoofdstuk 4 blijkt bovendien dat de impact van onderzoek hoger ligt bij nationale en internationale samenwerking. In de praktijk worden in de samenwerking met universitaire centra echter verschillende knelpunten ervaren, bijvoorbeeld op het gebied van gelijkwaardigheid. Een adequate financiering van de basisonderzoeksinfrastructuur en gelijkwaardige toegang tot onderzoekssubsidies kan de samenwerking van tospecialistische centra en academische centra stimuleren.

5.3 Aanbevelingen

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

1. Voorzie in een beschikbaarheidsbekostiging voor vaste zorggerelateerde kosten die volgen uit de bovenregionale tertiaire verwijsfunctie
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 beschikbaarheidsbekostiging voor onderzoeksinfrastructuur binnen topspecialistische centra
4. Maak het mogelijk voor topspecialistische centra om op te treden als hoofdaanvrager bij onderzoekssubsidies

Deze aanbevelingen hebben ieder voor- en nadelen. In tabel 7 beschrijven we de geschatte impact van deze aanbevelingen op het implementatietraject, de administratieve lasten, de kosten en de betrokken actoren. Hieronder werken we elke aanbeveling nader uit.

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-bekostiging voor topspecialistische categorale centra om vaste kosten die volgen uit de bovenregionale tertiaire verwijsfunctie te vergoeden.	**Hoog**	**Zeer hoog**	**Laag**	**VWS, ZIN, NZa**
	Deze maatregel kent een (zeer) lange doorlooptijd; Binnen de huidige bekostigingsmogelijkheden is alleen de beschikbaarheidbijdrage toepasselijk. Dit kent een hoog belang toe aan adequate afbakening van zowel de instellingen die in aanmerking komen als van de relevante kosten.	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 overeen moet komen met de additionele kosten.	Het betreft een beperkt aantal instellingen die in aanmerking zouden komen. Als het een precedent schept 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 onderhandelbare add-on voor topspecialistische zorg op de DBC-structuur te ontwikkelen	**Gemiddeld**	**Hoog**	**Geen**	**Zorgverzekeraars, ziekenhuizen, NZa**
	De maatregel vergt 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 volgbeleid en prijsstelling worden administratieve kosten gemaakt. Binnen een instelling moeten systemen worden aangepast op de nieuwe bekostigingsvorm.	Deze maatregel kan budgetneutraal worden ingevoerd. Mogelijk dat de maatregele onvoorziene secundaire effecten uitsorteert die tot extra zorguitgaven leiden	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 beschikbaarheidsbekostigin g voor onderzoeks-infrastructuur binnen topspecialistische centra	**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 beschikbaarheidsbekostiging gaat gepaard met een hoge mate van registratie en controle.	Zowel het aantal instellingen als de kosten per instelling kunnen worden beperkt. Wel bestaat het risico op verdere uitbreiding.	Vergelijkbaar met aanbeveling 2, met als aanvulling dat 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	Deze maatregel kan budgetneutraal worden ingevoerd	VWS kan een coördinerende rol pakken om het implementatietraject bij subsidieverstrekkers te bewaken en bespoedigen.

5.3.1 Beschikbaarheidsbekostiging voor vaste zorggerelateerde kosten

Voor veel topspecialistische centra geldt dat de topspecialistische functie gepaard gaat met dure infrastructuur of 24-uurs beschikbaarheid.[8] Deze zorgkosten zijn onafhankelijk van het aantal patiënten. Een bekostigingsvorm waarbij de daadwerkelijke kosten van het topspecialistisch centrum structureel worden vergoed met een vast bedrag (specifieke bekostiging) zou het best aansluiten bij de kostenstructuur. Gezien de hoge uitvoeringskosten van een dergelijke regeling is het aan te bevelen om dat alleen toe te passen als er sprake is van grote 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 beschikbaarheidsbekosting via onderhandelingen met zorgverzekeraars te financieren. Het wordt hierbij aanbevolen om per topspecialistische functie de afweging te maken of een beschikbaarheidsbekostiging gepast is en opweegt tegen de uitvoeringskosten. Mogelijk dat hierbij onderscheid gemaakt wordt tussen grotere ziekenhuizen met één of meerdere topspecialistische centra, en kleinere topspecialistische instellingen met een groter aandeel aan topspecialistische functies. Hoewel de financieringsproblematiek vergelijkbaar is tussen topspecialistische centra, is de omvang van de marktverstoring groter bij kleinere topspecialistische instellingen, ook omdat de vaste kosten relatief een groter deel van de totale begroting innemen. Voor kleinere topspecialistische instellingen is er bovendien een directere relatie tussen de budgetonderhandelingen en de financiering van de topspecialistische beschikbaarheidsfunctie. Grotere instellingen hebben mogelijk meer financiële ruimte en gewicht om een beschikbaarheidsfunctie in de lucht te houden, hoewel ook hier in sommige gevallen significante marktverstoringen kunnen ontstaan door de beschikbaarheidsfunctie. Dit vergt een individuele afweging per topspecialistische functie.

Wat als dit niet wordt verholpen?

De hierboven beschreven marktverstoringen riskeren onderbesteding vanuit maatschappelijk perspectief, met name bij topspecialistische functies die momenteel worden ingevuld door kleinere (categorale) instellingen. Hierdoor ontstaat het risico dat deze topspecialistische functies langzaam kunnen eroderen. Dit riskeert kapitaalvernietiging. Daarnaast is het mogelijk dat academische centra deze functies niet of onvoldoende oppakken, waardoor een hiaat ontstaat in de zorglevering. Hierdoor komt de zorgplicht mogelijk in het geding, wat zou kunnen riskeren dat zorgverzekeraars of de zorgautoriteit moet ingrijpen om de zorgplicht te garanderen. Behoud van de topspecialistische functies in – met name – categorale topspecialistische centra vraagt om maatregelen die de marktverstoring verminderen.

Wat zijn de mogelijke oplossingsrichtingen?

Op basis van de beleidsregel beschikbaarheidbijdrage op aanvraag[9] is het mogelijk om kosten binnen de MSZ via een beschikbaarheidbijdrage te vergoeden indien deze niet aan individuele patiënten toe te kennen valt, en waarbij sprake is van aantoonbare marktverstoring. Hoewel de knelpunten rondom bekostiging van de beschikbaarheidsfunctie binnen de DBC-structuur door alle topspecialistische centra zijn benoemd, ervaren met name categorale centra momenteel sterk een marktverstorend

[8] 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 Maastro, laser doppler imaging apparatuur bij de brandwondencentra, loop-expertisecentrum bij de St. Maartenskliniek, 24-uurs beschikbaarheid van oogzorg bij het Oogziekenhuis.

[9] Beleidsregel Beschikbaarheidbijdrage op aanvraag - BR/REG-24147a

effect in de budgetonderhandelingen met zorgverzekeraars. Voor bepaalde topspecialistische categorale centra met een significante beschikbaarheidsfunctie zou een beschikbaarheidbijdrage passend kunnen zijn. Enkele categorale centra ontvangen overigens al een beschikbaarheidbijdrage ter vergoeding van de beschikbaarheid in het kader van de bovenregionale tertiaire verwijsfunctie. 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 beschikbaarheidbijdrage naar andere topspecialistische centra kan de duurzame financiering van deze beschikbaarheidsfuncties verbeteren.

Het beperken van de uitvoeringskosten van een beschikbaarheidsbekostiging kan helpen om de financieringsproblematiek doelmatiger op te lossen, bijvoorbeeld door ontwikkeling van een nieuw bekostigingsinstrument dat gerichter 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 een generieke maatregel om beschikbaarheidsfuncties in topspecialistische centra te bekostigen vereist een eenduidige definitie en afbakening van een topspecialistisch centrum. Dit kan de implementatiekans beperken en de doorlooptijd van een maatregel verder doen toenemen.

Aanbeveling 1: Voorzie in beschikbaarheidsbekostiging om vaste zorggerelateerde kosten die volgen uit een aanzienlijke bovenregionale tertiaire verwijsfunctie te vergoeden.

Welke criteria kunnen worden gehanteerd?

Het wordt aanbevolen om de toegang tot de beschikbaarheidsbekostiging te beperken tot de instellingen waarbij het verhelpen van de marktverstoring opweegt tegen de uitvoeringskosten van het financieringsinstrument. Een eerste mogelijkheid om de haalbaarheid te vergroten is om beschikbaarheidsbekostiging voor individuele topspecialistische centra of functies te verkennen, op basis van de afruil tussen uitvoeringskosten en baten van verhelpen van de marktverstoring. Momenteel is de beschikbaarheidbijdrageregeling de enige optie om een beschikbaarheidsfinanciering vorm te geven. De uitvoeringskosten van een beschikbaarheidbijdrage zijn echter aanzienlijk, zowel voor de topspecialistische centra als voor de uitvoeringsinstantie. Dit vergt immers dat jaarlijks een exacte verantwoording van de kosten van de beschikbaarheidsfunctie wordt gegeven, die vervolgens op kloppendheid moet worden gecontroleerd. Vanwege de hoge uitvoeringskosten van deze regeling wordt aanbevolen om zo'n type regeling te beperken tot 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 beschikbaarheidsbekostiging nader af te bakenen is om een combinatie te maken van een percentage tertiaire of quaternaire verwijzingen en een percentage patiënten buiten het adherentiegebied.[10] Hierbij wordt aanbevolen om doorverwijzingen over meerdere jaren te nemen, omdat bij complexe problematiek soms enkele jaren kunnen zitten tussen de eerste behandeling in

[10] 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.

een ziekenhuis en een doorverwijzing naar het topspecialistisch centrum. De aanbevelingen voor de reikwijdte van de beschikbaarheidsbekostiging zijn om die vaste kosten mee te nemen die toe te wijzen 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 – waarschijnlijk met name – categorale instellingen. Hiermee is een aanzienlijke meerwaarde gemoeid (1). Het is lastig om een inschatting te maken van de meerkosten van de maatregel. De maatregel kan aanzuigende werking hebben of precedenten scheppen. Mogelijk dat meer instellingen zullen inzetten op (door)ontwikkeling richting topspecialistische functies om in aanmerking te komen voor de beschikbaarheidsbekostiging, of dat ziekenhuizen een topspecialistisch centrum opbouwen om in aanmerking te komen voor de beschikbaarheidsbekostiging. De maatregel kan precedenten scheppen om ook topspecialistische functies bij grotere ziekenhuizen te voorzien van een beschikbaarheidsbekostiging. Topspecialistische centra binnen een ziekenhuis hebben vaak ook te maken met vaste kosten door de bovenregionale tertiaire verwijsfunctie. Het is nog onbekend welk effect een eventuele uitbreiding van beschikbaarheidsbekostiging heeft op de budgetonderhandelingen met zorgverzekeraars. Mogelijk dat een deel van de kosten van de beschikbaarheidsfunctie momenteel via onderhandelingen met zorgverzekeraars kan worden gedekt, met name bij grotere ziekenhuizen. De mate waarin deze afspraken worden aangepast wanneer de beschikbaarheidsfunctie via een beschikbaarheidsbekostiging worden gedekt is onbekend. Dit geldt ook voor de interne budgetverdeling. Het wordt aanbevolen om de uitwerking te onderzoeken van een dergelijke beschikbaarheidsbekostiging voor grote ziekenhuizen op de onderhandelingen en de interne financiering van afdelingen in het ziekenhuis voordat overgegaan wordt tot bredere toegang. Een voorbeeld van een gebied waarbij het afsplitsen van de kosten voor de beschikbaarheidsbekostiging van de reguliere bekostiging mogelijk meerwaarde oplevert zijn de expertisecentra zeldzame aandoeningen (ECZA).

5.3.2 De meerkosten van complexe topspecialistische zorgverlening

Zoals eerder beschreven werkt de DBC-bekostigingssystematiek onvoldoende onderscheidend tussen de complexe- en de standaardbehandeling: beide vallen doorgaans binnen dezelfde DBC. De gemiddelde prijzen zijn dus voor deze behandeling onvoldoende 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 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 deze extra kosten. Dit kan leiden tot veel administratieve lasten 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 momenteel 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’ 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, hetgeen bezuinigingen riskeert op topspecialistische functies die maatschappelijk meerwaarde genereren. Als de prijzen beter overeen komen met de daadwerkelijke kosten, kan dit de werking van het financieringssysteem 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. Hierdoor is onderscheidend vermogen tussen complexe en niet-complexe zorg afgenomen. In 2012 zijn 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. 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. Bovendien leveren topspecialistische centra vaak een mix van hoogcomplexe en reguliere zorg, waardoor extra onderscheid binnen de patiëntengroep van een topspecialistisch centrum nodig is.

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 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 omdat de facto sprake is van een budgetsystematiek, en zal het gangbare tarief waarschijnlijk uitsplitsen in een basistarief en een add-ontarief. 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 de 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. Deze functie kan dan op basis van de criteria die in tabel 2 (hoofdstuk 3) zijn beschreven worden vastgesteld. 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 onder bepaalde voorwaarden worden beschouwd als communicerende vaten. Dit staat vervolgens ook 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 openeinde budget, waarbij het netto-effect extra groei is. Aangezien de meeste topspecialistische instellingen echter een budgetafspraak hebben, en zorgverzekeraars naar verwachting de add-on compenseren in de prijsafspraken, is het budgettaire effect van de maatregel naar verwachting beperkt. Extra inzicht in complexe patiënten en de groei over tijd kunnen instellingen en zorgverzekeraars wel meer mogelijkheden geven om passende contracten uit 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. 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. Een bijkomend voordeel is dat de add-

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

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 zeer specialistische zorg. Daarnaast bestaat het risico van upcoding, op het moment dat de add-on binnen een topspecialistisch centrum wordt doorgetrokken naar niet-complexe patiëntgroepen.

Tot slot bestaat een relatie tussen de eerste en tweede aanbeveling. Idealiter versterken deze elkaar: een (categoraal) topspecialistisch centrum zou de kosten van de beschikbaarheidsfunctie kunnen dekken door een beschikbaarheidsbekostiging, en vervolgens de meerkosten 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.

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. 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. 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 vergoedt via een beschikbaarheidbijdrage, 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.

5.3.3 Structurele financiering van de vaste onderzoeksinfrastructuur binnen topspecialistische centra

Een wezenlijk onderdeel van de topspecialistische functie is het uitvoeren van toegepast onderzoek. Dit 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 onderzoekslijn geeft 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 ter vastlegging van patiëntgegevens bij

topspecialistische zorg en ontsluiting voor toegepast onderzoek. Veel topspecialistische centra investeren bijvoorbeeld in prospectieve dataverzameling ter behoeve van toegepast onderzoek en kwaliteitsverbetering. Ten derde vergt het schrijven van onderzoeksvoorstellen tijd en ondersteuning. Ondersteuning van een grant writer of ervaren senior onderzoeker helpt bij het verhogen van de slagingskans. Dit betreft de basale infrastructuur die in huis aanwezig moet zijn; voor specialistische onderzoeksinfrastructuur kan bijvoorbeeld gebruik worden gemaakt van samenwerkingsverbanden. De basisinfrastructuur dient deze samenwerkingsverbanden wel te kunnen faciliteren.

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. Momenteel financieren topspecialistische centra deze infrastructuur – afgezien via de TZO subsidie – doorgaans uit de marges van de zorglevering en de overige onderzoekssubsidies.

Wat zijn mogelijke knelpunten binnen het huidige zorgstelsel?

De structurele financiering voor onderzoeksinfrastructuur kan niet eenvoudig worden toegeschreven aan individuele patiënten, en valt strikt genomen niet 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 materiële 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 lastig te maken, wat handhaving van de adequate besteding van zorggelden compliceert.

Er bestaat ook een kwetsbaarheid voor 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. Deze keuzes worden mogelijk niet alleen op maatschappelijke meerwaarde gemaakt, maar wellicht ook op basis van urgentie of andere afwegingen (12). Dit maakt de onderzoeksinfrastructuur kwetsbaar voor bezuinigingen, ondanks de mogelijke maatschappelijke meerwaarde. Zeker als deze 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 mogelijk versterkt door twijfels over de juridische legitimiteit van deze investeringen. De verwachting van respondenten is dat deze onderzoeksinfrastructuur bij wegval van de TZO-subsidie krimpt, met nadelige effecten voor de toegang tot overige onderzoekssubsidies en afbouw van de onderzoekfunctie. De financieringsproblematiek van de onderzoeksinfrastructuur heeft nadelige gevolgen voor de uitvoering van toegepast topspecialistisch onderzoek.

Wat zijn de mogelijke oplossingsrichtingen?

Binnen de kaders van het huidige zorgstelsel zijn diverse oplossingsrichtingen geinventariseerd 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 beschikbaarheidsbekostiging 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). 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 stabiele aard van deze kosten past een structurele financieringsvorm. Financiering vanuit marge op onderzoekssubsidies is risicovol. Bovendien bieden onderzoekssubsidies doorgaans onvoldoende ruimte om de vaste onderzoeksinfrastructuur 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.

Uit Hoofdstuk 3 volgt dat de passende bekostiging van de onderzoeksinfrastructuur via een lumpsum bedrag loopt. Hierdoor is de inschatting dat een beschikbaarheidsbekostiging het financieringshiaat oplost met de minste marktverstoringen. De huidige regeling beschikbaarheidbijdragen ligt het meest in lijn met de inhoud van de beschikbaarheidsbekostiging. Deze is echter ook onderdeel van de Zvw, waardoor onzekerheden blijven bestaan over de juridische haalbaarheid om de onderzoeksinfrastructuur via een beschikbaarheidbijdrage te financieren. 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 vorm van beschikbaarheidsbekostiging 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 beschikbaarheidsbekostiging voor onderzoeksinfrastructuur binnen topspecialistische centra

Welke criteria kunnen worden gehanteerd?

Idealiter wordt de onderzoeksinfrastructuur binnen een instelling breed ingezet. Meerdere functies en afdelingen kunnen profiteren van dezelfde 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 valt het te overwegen om de beschikbaarheidsbekostiging te definiëren op het niveau van de instelling, in plaats van het niveau van een topspecialistische functie.[12] De besteding van de beschikbaarheidsbekostiging wordt hiermee een strategische keuze van de instelling, die accenten op bepaalde topspecialistische functies kan aanbrengen, en tegelijkertijd kan bewaken dat er synergiën met de onderzoeksinfrastructuur binnen de instelling worden behaald. Centralisatie in een beperkt aantal instellingen is waarschijnlijk nodig om het beroep op publieke middelen en schaarse arbeid te beperken en daarmee de doelmatigheid van de besteding verbeteren. Dit impliceert dat bij het bepalen van criteria voor toegang tot de beschikbaarheidsbekostiging ingezet kan worden op een selectie van instellingen. Voor de topspecialistische functie binnen een instelling kunnen de criteria zoals beschreven in hoofdstuk 2 worden gehanteerd. Omdat de toegepaste onderzoeksinfrastructuur nodig is voor het binnenhalen van onderzoekssubsidies wordt aanbevolen om twee criteria nadrukkelijker te hanteren: instellingen die momenteel een bepaald volume aan onderzoeksubsidies uitvoeren en een bepaalde kwaliteit van wetenschappelijke publicaties halen, zouden aanspraak kunnen maken op de beschikbaarheidsbekostiging.

Een adequate bekostiging is flexibel, wat het mogelijk maakt om te reageren en in te spelen op ontwikkelingen en innovaties, maar tegelijkertijd ook begrensd, 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 beschikbaarheidsbekostiging zodra ze aan de criteria voldoen. Door een substantiële eigen investering in onderzoeksinfrastructuur vooraf te vragen van instellingen, kan de aanzuigende werking van de beschikbaarheidsbekostiging worden beperkt, maar wordt innovatie wel mogelijk gemaakt. Daarnaast zou een periodieke toetsing kunnen worden ingesteld met de mogelijkheid om de beschikbaarheidsbekostiging stop te zetten als de instelling gedurende een bepaalde tijd niet meer aan de criteria voldoet.

Een beslispunt 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 regeling beschikbaarheidbijdrage vereist 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

[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.

beschouwd worden als gelijkwaardiger, maar vergt wel aanpassingen aan de huidige bekostigingsmogelijkheden.

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 de 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. 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] 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. Nadere afbakening van de criteria is een tijdrovend proces gezien de verwachting dat een groot aantal instellingen aanspraak zal willen maken op de beschikbaarheidsbekostiging. 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 beschikbaarheidsbekostiging 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 houdt er geen rekening mee dat er mogelijk andere topspecialistische centra zijn die 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 deze vergoeding. Daar tegenover staat dat mogelijk ook enkele instellingen op termijn niet meer aan de eisen voldoen en de beschikbaarheidsbekostiging verliezen. Het budgettaire effect is daarmee voornamelijk afhankelijk

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

[14] Het valt te beargumenteren dat een dergelijke beschikbaarheidbijdrage 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.

van de afbakening en de effectgrootte van het toegepast onderzoek op mogelijke kostenbesparingen in de toekomst.

5.3.4 Toegang tot onderzoekssubsidies

De kosten voor uitvoering van toegepast onderzoek nemen een belangrijk deel van de uitgaven aan de topspecialistische functie in. 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. Dit vraagt om een tijdelijke financiering, waarbij onderzoeksubsidies de voorkeur hebben. Nederland heeft een goede infrastructuur voor financiering van onderzoek in de zorg, bijvoorbeeld via ZonMw, of via andere subsidieprogramma's. Ook Europese subsidies behoren tot de mogelijkheden om onderzoeksfinanciering te vinden. Topspecialistische centra ervaren echter knelpunten rondom de toegang tot deze onderzoekssubsidies.

Wat zijn de huidige knelpunten binnen het bestaande zorgstelsel?

Verstrekkers van wetenschappelijke onderzoekssubsidies, zoals NWO en soms ZonMw, maar ook onderzoekfondsen 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 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 specifieke aanwijzing als kennisinstelling lijkt geen noodzakelijke randvoorwaarde om onderzoekssubsidies in overeenstemming met de Europese mededingingswet te brengen; 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. 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?

Een goede samenwerking tussen topspecialistische centra en universitaire centra is gewenst. Dit hangt sterk samen met de derde aanbeveling, het borgen van een structurele onderzoeksinfrastructuur ter ondersteuning van het topspecialistisch onderzoek. Als een onderzoeksinfrastructuur is geborgd, geeft dit meer mogelijkheden samenwerking te zoeken met universitaire centra, wat vervolgens een positief effect heeft op de wetenschappelijke output van de topspecialistische centra. Momenteel

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)

riskeert de samenwerking via hoofdaanvragerschap echter papieren constructies met universitaire centra waarbij de hoofdaanvrager beperkt betrokken is bij het onderzoek in de topspecialistische centra. 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. Dit kan uiteindelijk resulteren in ondoelmatige besteding van onderzoeksgelden en gemiste kansen voor maatschappelijk relevant onderzoek. 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?

Momenteel wordt in het kader van IZA een onderzoeksubsidie (MedZo) vormgegeven die toegankelijk is voor niet-academische instellingen.[17] De TZO-projecten hebben daarnaast ingezet op verbetering van de samenwerking met universitaire instellingen, bijvoorbeeld via bijzondere hoogleraarschappen of netwerkvorming. Toch blijft de afstemming over werkafspraken en financiën vaak een knelpunt. Eén instelling heeft de mogelijkheden verkend om als topspecialistisch centrum gelieerd te raken aan een universiteit, maar dit blijkt uitdagend. Een oplossingsrichting is om de oproepen voor onderzoekssubsidies breder open te stellen dan alleen universiteiten en umc's.

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?

Naast het faciliteren van topspecialistische centra om op te treden als hoofdaanvrager kunnen aanvullende criteria worden overwogen om de samenwerking met universitaire centra nader te versterken. Zo kan het criterium worden gehanteerd 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 vierde 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. Om deze aanbeveling mogelijk te maken, moet worden onderzocht hoe de nieuwe criteria in lijn gebracht kunnen worden met de Europese mededingingswet.

5.5 Finale toetsing

Om de opgestelde aanbevelingen te toetsen op haalbaarheid en relevante aspecten voor implementatie te identificeren zijn aanvullende gesprekken gevoerd met verschillende stakeholders. Daarnaast is er een slotbijeenkomst georganiseerd voor de deelnemende centra en een brede groep stakeholders. Hierin zijn de (voorlopige) resultaten van de tien TZO projecten gepresenteerd en zijn de aanbevelingen in een interactieve discussie besproken om te komen tot een een gedragen set aanbevelingen met een agenda voor implementatie. In totaal waren er 35 mensen uit 16 organisaties

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

(zie bijlage 1). In de bijeenkomst werd de waarde voor de patient van de topspecialistische zorg nogmaals benadrukt en werd duidelijk dat de ontwikkeling van topspecialistische functies goed past in de huidige doelstellingen binnen het IZA. In een paneldiscussie werden de kansen en uitdagingen voor de implementatie besproken, en de rol en mogelijkheiden die de verschillende stakeholdergroepen en de TZO centra hebben om de behaalde resultaten te bestendigen.

6. Beschouwing

6.1 Algemene beschouwing

Dit hoofdstuk reflecteert op de bevindingen van het onderzoek. In de periode 2020-2024 is in het onderzoek criteria opgesteld voor het definiëren van topspecialistische functies, is de kostenstructuur van de huidige TZO projecten inzichtelijk gemaakt, en is 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 op basis van de Topzorg projecten. 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 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 stakholders 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. De aanbevelingen zijn:

1. Voorzie in beschikbaarheidsbekostiging om vaste zorggerelateerde kosten die volgen uit een aanzienlijke bovenregionale tertiaire verwijsfunctie 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 beschikbaarheidsbekostiging voor onderzoeksinfrastructuur binnen topspecialistische centra
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 functies (deels) op te lossen binnen de kaders van het huidige zorgstelsel. Deze maatregelen zorgen niet voor een theoretisch optimale financiering van de topspecialistische functies en creëren ook niet een volledig gelijk speelveld. Bovendien lossen de maatregelen niet alle financieringsproblematiek op. Zo zijn de implementatiekosten niet gedekt en hebben de extra kosten voor onderwijs en kennisdisseminatie 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 generieke bekostigingsknelpunten en de werking van het systeem van gereguleerde concurrentie. Dit valt buiten de reikwijdte van dit onderzoek.

Adequate afbakening van topspecialistische functies en bekostiging

Dit onderzoek signaleert een grote variatie en onduidelijkheid bij de exacte definitie en afbakening van een topspecialistische functie, en heeft een kader ontwikkeld om de definitie van de

topspecialistische functie nader af te bakenen. Dit is van belang bij de vormgeving van adequate bekostiging van de topspecialistische functie. De maatregelen behoeven uiteindelijk een keuze welke instellingen wel en welke instellingen niet aanspraak zouden moeten kunnen maken op de bekostiging (breedte), en tevens welke kosten of handelingen in aanmerking komen voor financiering (diepte). Bij uitwerking is gekozen om te onderzoeken welke criteria hiervoor relatief goed af te bakenen zijn, waardoor de implementatie niet stokt bij discussies over de aanspraak. Dit riskeert een suboptimale breedte en diepte. De aanbevelingen houden vanwege dezelfde redenen ook beperkt rekening met mogelijke verschillen tussen optimale uitgaven en de huidige uitgaven. Mogelijk dat bij 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 voor topspecialistische zorgfuncties.

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. Gezien de heterogeniteit hebben we ook andere TZO centra betrokken, evenals andere stakeholdergroepen. Ten tweede wordt in veel van de aanbevelingen topspecialistische zorg als een 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 nadere operationalisatie behoeven. Ten derde dienen de voorgestelde aanbevelingen in hun uitwerking nader geoperationaliseerd 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 beinvloeden, zoals maatschappelijke acceptatie of bredere implementatie in de praktijk.

De topspecialistische functies zijn in de loop der jaren ontstaan door een combinatie van toevalligheden en strategische keuzes van medisch specialisten, bestuurders en andere stakeholders. Hoe deze 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. Dit kan schaalnadelen opleveren door duplicatiekosten en verlies van synergie. Ook is denkbaar dat de capaciteit voor reguliere zorg onder druk komt bij steeds verdere vergroting van het topzorg segment.

Representativiteit

De tien TZO-projecten zijn noodzakelijkerwijs een selectie van alle topspecialistische functies buiten academische centra. Dit heeft als risico dat niet alle problematiek rondom financiering van alle

verschillende mogelijke topspecialistische functies voor het voetlicht zijn gekomen, waardoor de aanbevelingen mogelijk op sommige punten incompleet zijn. Daarom wordt aanbevolen om in het implementatietraject ook vertegenwoordigers van topspecialistische functies die geen TZO-subsidie hebben ontvangen te betrekken. Gegeven de onzekerheid rondom de definitie en afbakening van de topspecialistische functie is een goede 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 nieuwe stakeholders worden geïdentificeerd. Voor de haalbaarheid van de maatregelen is het van belang dat de duurzame financiering van topspecialistische functies beperkte budgettaire impact hebben. Als financiële dekking elders binnen de zorgsector gezocht moet worden om de maatregelen budgetneutraal in te voeren, impliceert dit 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 de duurzame financiering van topspecialistische functies weggenomen kunnen worden, valt dat beleidsmatig te overwegen. Een beperkte extra investering in de topspecialistische functie kan fungeren als vliegwiel, en leiden tot betere zorgverlening, meer samenwerking met universitaire instellingen, een sterkere internationale onderzoekpositie en snellere diffusie van kennis. Het is ook niet onredelijk om net als bij de voorwaarden voor de TZO projecten uit te gaan van cofinanciering van de topspecialistische functies.

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 beter te garanderen. Een optie is om een lijst van topspecialistische centra te definiëren en te limiteren op basis van de criteria in werkpakket 2, en deze lijst periodiek te herzien. Dit geeft richting om een 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 voor structurele financiering van de topspecialistische functie op punten ontoereikend is. Met name het instrument van de beschikbaarheidbijdrage 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 een structurele instellingssubsidie) kan helpen om bestaande drempels rondom afbakening, implementatietijd, uitvoeringskosten en juridische kwetsbaarheid te verminderen.

7. 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 JJG, 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.

Bijlage 1. Kenmerken respondenten interviews en slotbijeenkomst

Respondenten interviews en WP5

Organisaties en stakeholders (aantal gesprekken*, aantal personen)	Antonius ziekenhuis (6,5) Oogziekenhuis (5,2) Catharina Ziekenhuis (5,4) Sint Maartenskliniek (4,4) Maastro clinic (4,3) Brandwondencentrum (2,1) Elisabeth Tweesteden ziekenhuis (1,3) STZ (4,3) NVZ (4,3) NFU (1,1) VGZ (1,1) ZonMw (2,3) NZa (2,3) Ministerie van VWS (1,1)
Totaal aantal gesprekken/interviews/werkbezoeken = 36 ***Totaal aantal respondenten = 37*** **** gesprekken/werbezoeken kunnen meerdere organisaties/stakeholders omvatten***	

Aanwezigen bij slotbijeenkomst in november 2024 (n=35)

Organisaties en stakeholders	Antonius ziekenhuis Oogziekenhuis Catharina Ziekenhuis Sint Maartenskliniek Maastro clinic Brandwondencentrum Elisabeth Tweesteden ziekenhuis Maxima Medisch Centrum STZ NVZ Pleitbezorger voor patienten ZonMw NZa NFU ZonMw Radboudumc