

Academische euro's rollen voortaan anders

De miljoenen die de overheid jaarlijks steekt in hoogcomplexere zorg gaan vanaf komend jaar niet meer automatisch en exclusief naar umc's. Maar sowieso kunnen de academische ziekenhuizen niet meer rekenen op het bedrag waar ze tot nu toe zeker van waren.



Een kleine 756 miljoen euro. Dat zit er in de pot die het ministerie van VWS jaarlijks heeft te verdelen over tien partijen: de acht academische ziekenhuizen plus het Antoni van Leeuwenhoek en het in kinderoncologie gespecialiseerde Prinses Máxima Centrum. Los van indexering is dat bedrag al zeker twee decennia hetzelfde. En op basis van de vroegere verhoudingen – wie was er groot, wie klein – wordt die taart al jaren op dezelfde manier verdeeld onder dit selecte clubje. Beschikbaarheidsbijdrage academische zorg (BBAZ) heet dat geld. Het is een financiële aanvulling voor umc's om zorg te kunnen leveren 'waar vaak nog kennis voor moet worden ontwikkeld', aldus de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). Noem het hoog-complexe, academische, topklinische of *last resort*-zorg: het is zorg waar die instellingen een infrastructuur voor op peil moeten houden en waarvan de kosten niet door dbc-inkomsten worden gedekt. Zo kreeg het Erasmus MC in 2018 bijvoorbeeld 121 miljoen euro BBAZ-geld, zo'n 8 procent van de bijna 1,5 miljard aan omzet. En het Maastricht UMC+ ontving 46 miljoen euro, een kleine 7 procent van alle inkomsten dat jaar.

Niet meer van deze tijd

Maar de tijd dat de tien instellingen zich verzekerd zagen van hun vaste aandeel uit het BBAZ-budget is voorbij. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), die deze taartpunten van de VWS-begroting uitserveert, vond het tijd voor meer transparantie. 'Wat is anno nu een eerlijke verdeling?', vat senior beleidsmedewerker Theo Urlings van de NZa de achterliggende vraag samen. 'Erasmus is een groot umc, Maastricht is klein, en verder zit er van alles tussenin. Op die verhoudingen was het verdeeld. Maar hoe groot is een partij op dit moment eigenlijk in de academische wereld?'

Daarnaast vond de NZa het ook niet meer van deze tijd om het geld voor zulke zorg enkel en automatisch aan umc's toe te kennen. Urlings: 'Er zijn meer ziekenhuizen bij gekomen die zich specialiseren,

bijvoorbeeld in oncologie of hartzorg. Instellingen waarvan patiënten zeggen: daar moet je wezen. Dan kun je de vraag stellen of het gerechtvaardigd is dat de beschikbaarheidsbijdrage per definitie alleen naar umc's blijft gaan. Of dat je het zo kunt inrichten dat andere ziekenhuizen er ook een beroep op kunnen doen.'

Drie voorwaarden

In overleg met de NFU is daarom afgelopen jaren gebroed op een nieuwe verdelingsystematiek, die per 2020 in gaat. De belangrijkste wijziging is dat alle zorginstellingen voor de bijdrage in aanmerking komen die aan drie voorwaarden voldoen. Een zorgaanbieder moet jaarlijks minimaal 35 procent academische patiënten hebben behandeld, zo luidt de eerste voorwaarde. Om te bepalen wat een academische patiënt is, hebben de NZa en NFU acht labels ontwikkeld. Zo tellen bijvoorbeeld patiënten mee die een complexe operatie ondergaan die jaarlijks bij minder dan één op 100 duizend patiënten wordt verricht, of die een zeldzame diagnose hebben gekregen. 'Je moet je als ziekenhuis in hoge mate toelagen op zulke patiënten, echt iets betekenen op dat vlak', verklaart Urlings dat gekozen percentage van 35.

Verder moet een instelling een bestuurlijke samenwerking hebben met een instituut voor fundamenteel wetenschappelijk onderzoek, of met een geneeskundefaculteit. En als laatste wordt het zelf verrichten van fundamenteel wetenschappelijk onderzoek van belang geacht.

Een andere belangrijke wijziging is dat de hoogte van het toebedeelde bedrag afhankelijk wordt van het aantal behandelde patiënten en de zorgomzet (de omzet die in rekening is gebracht bij zorgverzekeraars).

De NFU, die benadrukt dat de nieuwe systematiek een gezamenlijk kind van de NZa, VWS en de NFU is, verwacht dat deze methode leidt tot 'een aanzienlijke aanvankelijke wijziging in de bedragen'. 'Voor één umc heeft de herverdeling een relatief groot positief effect, voor twee umc's een relatief groot negatief effect', laat coördinator sturing en financiering

Frank de Bos van de NFU weten. NFU noch NZa wil de namen noemen van de umc's die er het meest van zullen merken. Overigens is een overgangperiode van drie jaar afgesproken, dus tot en met 2022, waarin het verschil in stappen wordt op- of afgebouwd. Zo kunnen de umc's wennen aan die nieuwe situatie en hun bedrijfsvoering daarop aanpassen. Na die overgangperiode verwacht de NFU enkel 'beperkte jaarlijkse bijstellingen'. 'We zien in de ontwikkeling van de patiëntenstroom op dit moment geen grote mutaties', aldus De Bos.

Meer stapjes gewenst

Bij die verwachte initiële wijziging is de concurrentie van nieuwe instellingen nog buiten beschouwing gelaten. De NFU en NZa rekenen er echter eigenlijk beide niet op dat die op korte termijn bij de toezichthouder aankloppen voor geld. 'Het is niet de verwachting dat andere ziekenhuizen snel kunnen voldoen aan de drie toelatingscriteria', aldus De Bos. Urlings:

Een zorgaanbieder moet jaarlijks minimaal 35 procent academische patiënten hebben behandeld

'Geen enkel ziekenhuis zal nu die drempel van 35 procent halen. Als ze het willen, moeten ze hun portefeuille aanscherpen.' Aan een termijn waarop dat wel mogelijk zou zijn, wagen ze zich niet.

Directeur en internist-hematoloog Fenna Heyning van de STZ (Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen, de vereniging van 26 topklinische instellingen) kijkt dan ook met een kritisch oog naar de verandering. 'Ik ben blij dat er meer nuancering in de klassieke indeling van umc's en de rest komt, maar het is een stapje. Er zijn meer stapjes gewenst', zegt zij. 'De vraag is of die drie voorwaarden er toch niet weer voor zorgen dat het knikkertje valt bij één van de huidige instellingen.' Ze heeft vragen bij de 35-procent-drempel. 'Hoe realistisch is dat

percentage? Hoe toon je aan dat je dit haalt, wie berekent het? Umc's zijn gewend cijfers te produceren, voor ons is het nieuwe materie.'

Heyning ziet hoe de beweging van 'de juiste zorg op de juiste plek' ervoor zorgt dat 'complexe, topklinische zorg niet alleen in umc's plaatsvindt'. 'Maar de financiering en de budgetten zitten nog vast in oude systemen. Dat zit ons hoog. Als de budgetten niet verschuiven, hebben topklinische ziekenhuizen een gigantisch probleem. Want hun financiële model is afhankelijk van dbc's en die zijn gebaseerd op gemiddelde kosten die een instelling maakt.'

Heyning noemt de veranderde systematiek 'nog te klassiek instellingsgebonden'. 'Wij zijn voorstander van functiegebonden financiering. Wij vinden het zinniger om te kijken naar afdelingen dan naar hele instellingen. Kijk bijvoorbeeld of een hartafdeling meer doet voor zijn patiënten dan binnenkomt aan dbc-geld.' Dan kunnen ook andere centra, zoals revalida-

tie-, slaap- en epilepsiecentra in aanmerking komen, hoopt Heyning. 'Die kunnen ook op die functie hoogcomplexe zorg leveren en hoogstaand onderzoek doen.'

Na de eerste drie jaar volgt een evaluatie. Voor de NFU is van belang dat de nieuwe financiering 'niet leidt tot grote nieuwe registratieve en administratieve verplichtingen', aldus De Bos. Heyning hoopt dat verdere gesprekken met de NZa en het ministerie van VWS alsnog leiden tot 'fundamentele verschuivingen'. 'Hoe het nu uitpakt, moet de praktijk uitwijzen.' ■

web

Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.