



Advies Bekostiging acute zorg



12 december 2023

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
1 Aanleiding en doel	8
1.1 Aanleiding opdracht en doel	8
1.2 Leeswijzer	8
Deel I: Integratie hap en seh en het vormen van spoedpleinen	10
2 Inleiding	11
2.1 Adviesvraag minister van VWS	11
2.2 Aanpak	11
2.3 Leeswijzer	11
3 Samenwerking hap en seh en spoedpleinen	12
3.1 Inleiding	12
3.2 Samenwerking hap en seh	12
3.3 Spoedpleinen	14
4 Huidige bekostiging en knelpunten	16
4.1 Inleiding	16
4.2 Bekostiging hap	16
4.3 Bekostiging seh	17
4.4 Bekostiging overige deelnemers spoedplein	17
4.5 Ervaren knelpunten in samenwerking en integratie	19
5 Oplossingsrichtingen	22
5.1 Inleiding	22
5.2 Bestaande oplossingen	22
5.3 Nieuwe oplossingen korte termijn	26
5.4 Visie lange termijn	27
6 Conclusie	31
Deel II: Beschikbaarheidsbekostiging seh	33
7 Inleiding	34
7.1 Adviesvraag minister van VWS	34
7.2 Aanpak	35
7.3 Leeswijzer	35
8 Probleemanalyse	36
8.1 Inleiding	36

8.2	Knelpunten huidige situatie	36
8.3	Beschikbaarheidsbekostiging seh	37
9	Visie en normenkader voor beschikbaarheid seh's	38
9.1	Inleiding	38
9.2	Normenkader voor beschikbaarheid seh's	38
9.2.1	Beleidsagenda Toekomstbestendige acute zorg	39
9.2.2	Doel van een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh	41
9.2.3	Advies NZa	41
10	Afbakening seh	43
10.1	Inleiding	43
10.2	Afbakening seh	43
10.3	Voorbeeldscenario's afbakening seh	44
11	Bekostiging en schoning	49
11.1	Inleiding	49
11.2	Mogelijkheden binnen de huidige bekostiging	49
11.3	Vormgeving beschikbaarheidsbekostiging	50
11.4	Schoning	54
12	Gevolgen	57
12.1	Inleiding	57
12.2	Administratieve lasten	57
12.3	Dynamiek en prikkels	58
13	Conclusie	60
14	Consultatie en vervolg	63
14.1	Aandachtspunten consultatie	63
14.2	Vervolgproces	64
Bijlagen		
	Bijlage A. Geconsulteerde partijen conceptadvies	67
	Bijlage B. De 45-minutennorm	68
	Bijlage C. Huidige beschikbaarheidsbijdrage seh	68
	Bijlage D. Kwaliteit van zorg op de seh	69
	Bijlage E. Overzicht bekostigingsvormen acute zorg	72

Samenvatting

Zoals wij vorig jaar in ons [advies Passende acute zorg](#) concludeerden, moet de acute zorgketen een transitie doormaken. De keten piept en kraakt: enorme druk op de huisartsenpost (hap), ziekenhuizen die door personeelstekorten tijdelijk de spoedeisende hulp (seh) moeten sluiten, problemen bij de uitstroom van patiënten, en veel te weinig inzicht in elkaars capaciteit. Deze transitie moet de acute zorgketen toekomstbestendiger maken en beter aan laten sluiten bij de toekomstige acute zorgvraag. De bekostiging en financiering moeten dit ondersteunen. In dit adviesrapport leggen wij uit hoe.

Adviesaanvraag

De NZa heeft in maart 2023 een adviesaanvraag van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ontvangen. Na verkenning van de NZa heeft het ministerie van VWS de volgende drie bekostigingsvraagstukken centraal gesteld:

1. Integratie hap en seh en het vormen van spoedpleinen.
2. Beschikbaarheidsbekostiging voor de seh
3. Zorgcoördinatie voor de acute zorg.

Dit adviesrapport bestaat uit twee delen, waarin we de eerste twee vraagstukken uitwerken. Het advies over de bekostiging van zorgcoördinatie wordt naar verwachting in maart 2024 opgeleverd.

Deel I: Integratie hap en seh en het vormen van spoedpleinen

Het belang van integratie en samenwerking op de hap en seh en het spoedplein voor een goed werkende acute zorg is groot. Deze beweging is op veel locaties in het land zichtbaar. In hoeverre wordt dit ondersteund door de huidige bekostiging?

Ruimte in de bekostiging en samenwerking

Allereerst: er bestaat ruimte in de bekostiging. De huidige bekostigingssystematiek biedt vrijheid om integratie en samenwerking te bekostigen. Zo kunnen bijvoorbeeld de hap en seh in verregaande vorm samenwerken en gezamenlijk kosten dragen. Zo kunnen zij een geïntegreerde hap/seh realiseren. Zorgaanbieders kunnen met zorgverzekeraars ook specifieke (maatwerk)afspraken maken over het aanbod van acute zorg in de regio. Zij kunnen samen transformatiegelden aanvragen om eenmalige investeringen voor grote veranderingen te bekostigen. Ook kan de Beleidsregel Innovatie in sommige gevallen een uitkomst bieden om kansrijke initiatieven te bekostigen.

De NZa roept iedereen op om de mogelijkheden en ruimte in het huidige bekostigingssysteem zo goed mogelijk te benutten. De NZa wil daar graag bij helpen waar dit mogelijk is. Tegelijk vraagt het benutten van die ruimte wel meer regionale samenwerking tussen de partners in de acute zorg. Het succes van integratie en samenwerking hangt in zeer grote mate af van een gezamenlijke visie over de inrichting van zorg, een goede relatie tussen zorgaanbieders in de regio en betrokkenheid en gelijkgerichtheid van zorgverzekeraars. De ontwikkelde ROAZ-beelden en -plannen moeten dit verder brengen.

Knelpunten

Maar er zijn ook diverse knelpunten die samenwerking en integratie in de weg staan. Deze knelpunten spelen onder andere op het gebied van gezamenlijke bouw, ict, inzet van personeel, triage en facturatie van zorg. De verschillende bekostigingsvormen in de acute zorg zorgen voor schotten en bemoeilijken integratie en samenwerken. Ook willen huisartsen en medisch specialisten snel kunnen schakelen door middel van overleg. De huidige opzet van meekijkconsulten tussen de eerste en tweede lijn helpt daar niet bij. Zorgaanbieders geven aan dat het meekijkconsult mede daarom niet altijd goed van de grond komt.

Oplossingsrichtingen

Momenteel voert de NZa gesprekken met veldpartijen over de mogelijke introductie van een structurele bekostigingsmogelijkheid voor meedenkconsulten. Het streven is om het meedenkconsult per 2025 in te voeren. Daarnaast zien we voor de korte termijn een mogelijke stimulans door een nieuwe bekostigingsmogelijkheid voor meekijkconsulten in te voeren. Wij verkennen deze optie graag verder met zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Ook zal de introductie van zorgcoördinatie bijdragen aan betere samenwerking tussen de aanbieders van acute zorg. Dit kan de triage en coördinatie verbeteren.

Maar een echt integraal aanbod van acute zorg vraagt om een bekostigingsmodel waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars voldoende ruimte hebben om passende acute zorg te bieden die aansluit op de regionale zorgvraag. Wij zien in de praktijk goede samenwerkingsinitiatieven waar behoefte is aan vormen van bekostiging die nog meer flexibiliteit en integraliteit met zich mee brengen dan nu mogelijk is.

Experiment integrale beschikbaarheidsbekostiging hap en seh

Daarom willen we de bekostigingsprikkel in de acute zorg gelijk trekken en meer flexibiliteit bieden. Met name voor de seh, die als een van de weinige vormen van acute zorg prestatiebekostiging kent, adviseren wij op termijn een beschikbaarheidsbekostiging. Zie hiervoor het tweede deel van dit advies. Ook willen we een integrale beschikbaarheidsbekostiging voor de hap en seh verkennen. Een integrale bekostiging zou de hap en seh meer flexibiliteit geven om hun werkzaamheden beter te integreren.

Die verkenning zouden wij op korte termijn willen starten met experimenten in de regio. Hierover gaan wij graag in gesprek met zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Hoewel een integrale beschikbaarheidsbekostiging veelbelovend lijkt, moeten we de gevolgen hiervan nog scherper krijgen. Hierbij speelt vooral de complexiteit van het vraagstuk, maar ook verschillen tussen de hap en seh, op het gebied van cultuur, locaties, financiële belangen, machtsverhoudingen, en de relatie met andere onderdelen van het ziekenhuis een belangrijke rol. Een (experiment met) integrale bekostiging van de hap en seh vereist dat kritieke prestatie-indicatoren (kpi's) worden opgesteld. Hiermee maken we de effecten van de geleverde zorg inzichtelijk en kunnen we daarvan leren.

Deel II: Beschikbaarheidsbekostiging seh

In ons [advies Passende acute zorg](#) uit maart 2022 hebben wij een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh geadviseerd. Daarvoor is wel een duidelijk kader met normen voor de beschikbaarheid van de seh vereist. Dit kader ontbreekt momenteel nog. Dit kader moet worden gebaseerd op basis van nieuwe normen ter vervanging van de huidige 45-minutennorm. Hierbij moet de balans tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid centraal staan. Het invoeren van een beschikbaarheidsbekostiging zonder een dergelijk normenkader vormt een prikkel om alle bestaande locaties in stand te houden. Dit zou de transitie naar een toekomstbestendige organisatie van de acute zorg met meer samenwerking juist belemmeren. We adviseren de minister van VWS dan ook om spoedig tot een nieuw normenkader voor de beschikbaarheid van de seh te komen.

Probleemanalyse

De huidige dbc-bekostiging stimuleert samenwerking in de acute zorgketen niet. Zij bevat juist een productieprikkel en stimuleert niet om patiënten te verplaatsen naar de juiste plek. Ook past de huidige concurrentiële inkoop door zorgverzekeraars niet goed bij de beschikbaarheidsfunctie van de seh. Het in concurrentie onderhandelen met verschillende verzekeraars borgt geen integrale aanpak. Dit leidt mogelijk ook tot discussies over de fair share bijdrage van zorgverzekeraars die geen marktleider zijn. Daarnaast is met de huidige bekostiging en inkoop de beschikbaarheid van de seh niet per se geborgd. Als een ziekenhuis onder financiële druk staat heeft dat mogelijk sluiting van de seh tot gevolg. De zorgvraag stijgt en er is schaarste aan zorgpersoneel en andere middelen. Tegelijkertijd ontbreekt in de

huidige situatie expliciete regie of sturing op een passend aanbod van seh's. Zorgverzekeraars kunnen hier als regionale zorginkoper wel op sturen, maar in de praktijk zien we dit weinig terug.

Beschikbaarheidsbekostiging seh

Invoering van een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh trekt de bekostigingsprikkel gelijk met de hap, de acute ggz en de ambulancezorg. Deze vorm van bekostiging geeft zorgaanbieders financiële zekerheid, bevordert de samenwerking en maakt het makkelijker om afspraken te maken over het verplaatsen van zorg. Zorginkoop in representatie door zorgverzekeraars is daarbij het meest passend. Zo kan de zorgverzekeraar als regionale zorginkoper zijn rol pakken en wordt de samenhang met de overige zorg in het ziekenhuis en de regio geborgd. Wij concluderen daarom ook dat een beschikbaarheidsbijdrage via de overheid geen geschikte bekostigingsvorm is.

Belangrijk om hierbij te benoemen, is dat een beschikbaarheidsbekostiging soms ten onrechte wordt gezien als een middel om lastige keuzes over de inzet van schaarse middelen (geld, personeel, etc.) niet te hoeven maken. Dat is niet juist. Een beschikbaarheidsbekostiging zorgt er niet voor dat er ineens wel genoeg personeel beschikbaar is, maar kan wel bijdragen aan het optimaal inzetten van de beschikbare middelen. Hiermee kan de bekostiging sturen op een passend aanbod van seh's.

Afbakening seh

Voor de vormgeving van een beschikbaarheidsbekostiging is het essentieel om de functie(s) van de seh goed af te bakenen. Hierbij kan het Kwaliteitskader Spoedzorgketen een belangrijke rol spelen. Door een heldere afbakening wordt duidelijk wat er precies bekostigd moet worden. In het advies werken wij hiervoor drie voorbeeldscenario's uit. Voor alle duidelijkheid: wij pleiten niet voor een landelijke blauwdruk. Wij adviseren sterk om hierbij differentiatie toe te passen; afhankelijk van bepaalde kenmerken (zoals bijvoorbeeld de grootte van het adherentiegebied of de level-indeling van het ziekenhuis). Dit sluit goed aan bij de diversiteit die we zien in het acute zorglandschap.

Hierbij kan een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh ook nadrukkelijker dan nu sturen op de kwaliteit van de geleverde zorg. Dit kan door de kwaliteitseisen mee te nemen in de afbakening van de bekostiging en alle bijbehorende kosten te vergoeden, met als voorwaarde dat de seh ook daadwerkelijk aan deze kwaliteitseisen voldoet.

Transitie naar nieuwe bekostiging

Bij het invoeren van beschikbaarheidsbekostiging vervalt de huidige beschikbaarheidsbijdrage seh (voor 28 gevoelige ziekenhuizen). Voor veldpartijen dient het duidelijk te zijn hoe deze transitie moet verlopen. Om dubbele bekostiging te voorkomen, moeten daarnaast de tarieven van de dbc-zorgproducten worden geschoond van kosten die onder de beschikbaarheidsbekostiging gaan vallen. Ook zullen zorgverzekeraars hun contractafspraken moeten aanpassen. Dit is een complex proces. Het is daarom belangrijk dat de NZa zorgverzekeraars en ziekenhuizen ondersteunt zodat de schoning van de tarieven en de aanpassing van de contractering goed verloopt.

Gevolgen beschikbaarheidsbekostiging seh

Elke wijziging van bekostiging betekent tijdelijk een sterke toename van administratieve lasten tijdens de transitie. Eenmaal ingevoerd verwachten wij een beperkte stijging van de administratieve lasten. Dit is sterk afhankelijk van de afspraken die veldpartijen met elkaar maken over de registratie. Ook hangt dit af van hoe onderhoudsgevoelig de bekostiging is. Dit is een belangrijk aandachtspunt in de uitwerking van de plannen, waarbij het betrekken van de veldpartijen essentieel is.

De prikkels die voortkomen uit een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh hangen voor een groot deel af van de afbakening die gekozen wordt. Bij invoering van een beschikbaarheidsbekostiging vervalt

de productieprikkel voor de seh. Tegelijkertijd behoudt de rest van het ziekenhuis prestatiebekostiging op basis van productie. Een groot deel van de vervolgzorg (63% van alle ligdagen in 2021) komt het ziekenhuis binnen via de seh. Daarom verwachten we dat het overall effect op de productieprikkel van het ziekenhuis in de praktijk beperkt zal zijn.

Vervolgstappen

Samen met het ministerie van VWS en alle betrokken zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere veldpartijen gaan we graag aan de slag met de vervolgstappen voor een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh. Deze vervolgstappen staan globaal beschreven in tabel 1.

Tabel 1: Stappen richting beschikbaarheidsbekostiging seh

Nr.	Stap	Instrument	Wie is aan zet?
1.	Passend regionaal aanbod van seh's	Publiek normenkader voor bereikbaarheid acute zorg en beschikbaarheid seh's	Het ministerie van VWS
2.	Afbakening van de seh voor de beschikbaarheidsbekostiging	Concrete afbakening die duidelijk maakt welke zorgfuncties en faciliteiten onder de beschikbaarheidsbekostiging seh vallen, inclusief kaders voor differentiatie in de afbakening (<i>indien van toepassing</i>).	Het ministerie van VWS (<i>NZa kan adviseren over toerekeningsvraagstukken en vormgeving differentiatie, op basis van input veldpartijen</i>)
3.	Keuze passend bekostigingsmodel	Besluit van het ministerie van VWS over een passend bekostigingsmodel, op basis van advies NZa.	Het ministerie van VWS (<i>NZa adviseert</i>)
4.	Vormgeving van de beschikbaarheidsbekostiging	Praktische invulling van de bekostiging, op basis van de afbakening en het gekozen bekostigingsmodel	NZa
5.	Schoning van de beschikbaarheidsbekostiging uit de dbc-tarieven	Kostprijsonderzoek om de gereguleerde dbc-tarieven (en overige zorgproducten) te schonen.	NZa
6.	Schoning van de beschikbaarheidsbekostiging uit de contracten	Handreiking NZa om partijen te ondersteunen bij het schonen van dbc's in het vrije segment in de contractering	Zorgverzekeraars en zorgaanbieders (<i>NZa stelt handreiking op</i>)

1 Aanleiding en doel

1.1 Aanleiding opdracht en doel

Zoals wij vorig jaar in ons [advies Passende acute zorg](#) concludeerden, moet de acute zorgketen een transitie doormaken. De keten piept en kraakt: enorme druk op de huisartsenpost (hap), ziekenhuizen die door personeelstekorten tijdelijk de spoedeisende hulp (seh) moeten sluiten, problemen bij de uitstroom van patiënten, en veel te weinig inzicht in elkaars capaciteit. Deze transitie moet de acute zorgketen toekomstbestendiger maken en beter aan laten sluiten bij de toekomstige acute zorgvraag. De bekostiging en financiering moeten dit ondersteunen. In dit adviesrapport leggen wij uit hoe.

Op 15 maart 2023 heeft de NZa een adviesaanvraag van de minister van VWS ontvangen met betrekking tot de bekostiging van de acute zorg. In aanvulling hierop heeft de NZa op 4 mei 2023 een aanvullende adviesaanvraag ontvangen van de minister aangaande de bekostiging van zorgcoördinatie.

Verkenning en prioritering adviesaanvragen

In de eerste fase heeft de NZa op verzoek van de minister van VWS een verkenning uitgevoerd naar de impact en haalbaarheid van de vragen uit de adviesaanvraag. Op basis van deze verkenning heeft het ministerie van VWS de adviesaanvragen geprioriteerd en aangescherpt. Daarbij zijn drie bekostigingsvraagstukken centraal gesteld:

1. Integratie hap en seh en vorming spoedpleinen
2. Beschikbaarheidsbekostiging seh
3. Zorgcoördinatie (conform aanvullende adviesaanvraag minister van VWS)

In dit adviesrapport werken we de eerste twee vraagstukken uit. Het advies over de bekostiging van zorgcoördinatie leveren we naar verwachting in maart 2024 op.

1.2 Leeswijzer

Dit advies bestaat uit twee delen:

1. Integratie hap en seh en vorming spoedpleinen
2. Beschikbaarheidsbekostiging seh

Ter afsluiting staan we na beide delen van het advies stil bij de aandachtspunten uit de consultatie van het advies en het vervolgproces.

1. Integratie hap en seh en vorming spoedpleinen

In deel 1 van het advies gaan we na de inleiding (hoofdstuk 2) eerst in op de samenwerking tussen de hap en seh en op spoedpleinen (hoofdstuk 3). In hoofdstuk 4 behandelen we de bekostiging van de hap en de seh en enkele overige mogelijke deelnemers aan een spoedplein, alsmede knelpunten voor verdere samenwerking en integratie die zorgaanbieders ervaren. Hoofdstuk 5 geeft een overzicht van oplossingen die samenwerking kunnen stimuleren. Deze zijn onderverdeeld in oplossingen voor de huidige situatie, korte termijn en een visie voor de lange termijn. Tot slot wordt dit deel van het advies afgesloten met een conclusie (hoofdstuk 6).

2. Beschikbaarheidsbekostiging seh

Deel 2 van het advies start met een inleiding (hoofdstuk 7), gevolgd door de probleemanalyse (hoofdstuk 8). Daarna gaan we in op de visie, een normenkader en doelen die leidend zijn bij het vormen van een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh (hoofdstuk 9). Hoofdstuk 10 behandelt de

(zorginhoudelijke) afbakening die gemaakt moet worden van de seh voor de beschikbaarheidsbekostiging. Hierbij maken we gebruik van drie voorbeeldscenario's. In hoofdstuk 11 presenteren we diverse bekostigingsmodellen die mogelijk zijn bij beschikbaarheidsbekostiging. Daarnaast gaan we verder in op de schoning van tarieven en aanpassing van contractafspraken binnen de huidige bekostiging. De mogelijke gevolgen en administratieve lasten behandelen we in hoofdstuk 12, gevolgd door een conclusie in hoofdstuk 13.

Consultatie en vervolgproces

Ter afsluiting van het advies staan we in hoofdstuk 14 stil bij aandachtspunten uit de consultatie. Hierin beschrijven we relevante punten uit de consultatie die buiten de scope van het advies vallen, of nadere uitwerkingsvragen die we nu nog niet in het advies kunnen adresseren. We sluiten af door kort stil te staan bij het vervolgproces.

Samenhang advies

Deel 1 en **deel 2** van dit advies behandelen twee verschillende bekostigingsvraagstukken, maar deze vraagstukken hebben ook de nodige overlap. Zo maakt de beweging naar een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh (**deel 2**) de samenwerking en integratie van de hap en seh (**deel 1**) makkelijker. Een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh trekt de bekostigingsprikkel gelijk met de hap, de acute ggz en de ambulancezorg. Deze zorgvormen worden ook op basis van beschikbaarheid bekostigd. Dit bevordert de samenwerking en maakt het makkelijker om afspraken te maken over het verplaatsen van zorg, omdat geen van de partijen een direct financieel belang heeft bij het behandelen van extra patiënten. Bijkomend voordeel is dat beschikbaarheidsbekostiging voor de seh, vooral in combinatie met meerjarenafspraken voor de overige ziekenhuiszorg, financiële zekerheid kan geven om een transformatie te realiseren.

Tot slot, is het voor de lange termijn interessant om – als mogelijke vervolgstap op invoering van een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh (**deel 2**) – na te denken over een integrale beschikbaarheidsbekostiging voor de hap en seh samen, **deel 1** gaat in op deze mogelijkheid.

Deel I

Integratie hap en seh en het vormen van spoedpleinen



2 Inleiding

2.1 Adviesvraag minister van VWS

In dit eerste deel van het advies richten we ons op de integratie van de hap en seh en de samenwerking van zorgaanbieders op een spoedplein. Samenwerking tussen de aanbieders van spoedzorg is essentieel om de uitdagingen binnen de acute zorg het hoofd te bieden. Zo maakt integratie van de hap en seh de onderlinge samenwerking makkelijker, waardoor onnodige doorverwijzingen worden voorkomen, en patiënten efficiënter worden overgedragen. In veel regio's worden de hap en seh daarom steeds verder geïntegreerd. Ook met andere zorgverleners zoals de acute ggz en de vvt wordt meer samengewerkt op spoedpleinen.

Binnen dit deel van het advies staat de volgende vraag centraal: *'welke bekostiging stimuleert de integratie tussen de hap en seh en de beschikbaarheid van ketenbrede expertise op een spoedplein?'* In dit deel bekijken we de samenwerking van de hap en seh en de vorming van spoedpleinen. Daarna staan we stil bij de huidige bekostiging. Vervolgens inventariseren we de knelpunten die aanbieders in de praktijk ervaren bij de integratie en samenwerking. Ten slotte bespreken we diverse oplossingen die kunnen helpen bij deze knelpunten. Deze zijn onderverdeeld in oplossingen voor de huidige situatie, korte termijn en lange termijn.

2.2 Aanpak

Ons advies voor dit eerste deel over de hap en seh en spoedpleinen is mede tot stand gekomen door interviews met zorgaanbieders. We spraken vijftien zorgaanbieders over samenwerking en integratie in de acute zorg. Hierbij hebben we de focus gelegd op de knelpunten die zij hebben ervaren bij initiatieven tot samenwerking en integratie en de mogelijke oplossingen die hiervoor naar voren zijn gekomen. Vanuit de opbrengst van deze gespreksronde hebben we een tussentijds consultatiedocument opgesteld met een overzicht van de ervaren knelpunten en mogelijke oplossingen hiervoor. Dit document hebben we bij de branchepartijen geconsulteerd. Mede op basis van de input van zorgaanbieders, branchepartijen en eigen onderzoek hebben wij voor deze knelpunten gezocht naar mogelijke oplossingen. Hierbij hebben we gekeken naar zowel bestaande als nieuwe oplossingen, binnen en buiten de bekostiging, voor zowel de korte als lange termijn.

2.3 Leeswijzer

In dit eerste deel van het advies werken we het thema integratie hap en seh en vorming spoedpleinen verder uit. In hoofdstuk 3 lichten we de huidige samenwerking tussen de hap en seh en op spoedpleinen toe. Hoofdstuk 4 gaat in op de huidige bekostiging en knelpunten die men in de praktijk ervaart. Vervolgens bespreken we in hoofdstuk 5 de oplossingsrichtingen die we voor deze knelpunten zien voor de korte en lange termijn. Tot slot beschrijven we in hoofdstuk 6 onze conclusie voor dit eerste deel van het advies. Het tweede deel van dit advies gaat over beschikbaarheidsbekostiging voor de seh en wordt beschreven in hoofdstukken 7 t/m 13.

3 Samenwerking hap en seh en spoedpleinen

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staan we stil bij de samenwerking tussen de hap en seh en op spoedpleinen. De integratie van de hap en seh is in volle gang; we zien in de afgelopen tien jaar een significante stijging van de fysieke vestiging van hap's bij de seh. Ook is de gezamenlijke triage van spoedpatiënten door de hap en de seh sterk toegenomen. Als we kijken naar de spoedpleinen, waar we minimaal een samenwerking tussen hap, seh en dienstapothek onder verstaan, dan zien we dat de minimale vorm van samenwerking vrij vaak voorkomt, zeker voor de samenwerkingsvorm tussen hap en seh (zie tabel 2). De vorm van spoedpleinen waarbij naast de hap, seh en dienstapothek ook andere zorgaanbieders deelnemen aan het spoedplein, zoals vvt of ggz, komt minder vaak voor.

3.2 Samenwerking hap en seh

In de praktijk zien we diverse samenwerkingsvormen tussen de hap en seh. De integratie tussen de hap en seh vindt actief plaats, zie de cijfers in tabel 2. Veel zorgaanbieders hebben al stappen gezet om de hap en seh meer te integreren en nauwer samen te werken, of geven aan actief bezig te zijn om stappen te zetten op dit gebied. Dit ligt in lijn met onze eerdere conclusies in de [Monitor Samenwerking seh en hap](#) uit 2017. Nederland is niet uniek wat betreft deze beweging, we zien in [internationaal onderzoek](#) namelijk dezelfde trend in landen als Engeland, Frankrijk en Denemarken. Uit [Belgisch wetenschappelijk onderzoek](#) komt naar voren dat het merendeel van de artsen voordelen ziet in de samenwerking tussen de hap en de seh. Zo zou het een juiste verwijzing ondersteunen, de kwaliteit van zorg verbeteren en wachttijden reduceren.

Tabel 2 toont de aantallen waarin hap's en seh's samenwerken in 2014 en 2023. Deze tabel gaat in op zowel het ziekenhuisgebouw met een seh, als op de ziekenhuislocatie (waarop meerdere ziekenhuisgebouwen kunnen staan).

In 2014 telde Nederland nog 95 seh's, waarvan 91 seh's 24/7 open waren en 4 alleen overdag (bron: [Monitor Samenwerking seh en hap](#)). Bij 51 ziekenhuislocaties was in 2014 sprake van een gezamenlijke ingang in het ziekenhuisgebouw voor de hap en de seh. We zien een daling van seh's zonder hap op de ziekenhuislocatie: dit aantal is van 24 naar 9 afgenomen in de periode 2014-2023. Dit komt met name door het sluiten van 12 seh's in deze periode.

In 2023 waren er 80 seh's met een 24/7 openstelling, en 3 locaties die 's nachts hun deuren sloten (bron: Monitor acute zorg 2023). Van de seh's met 24/7 openstelling hadden er 65 van de 80 een gezamenlijke ingang met de hap. Dit betekent een stijging van 14 ziekenhuisgebouwen met een gezamenlijke ingang voor de seh en de hap in de periode 2014-2023. Daarnaast was er in 8 van de 80 van de gevallen een hap in het ziekenhuisgebouw gevestigd, zonder dat er een gemeenschappelijke ingang was. In één geval was er sprake van een hap die op de ziekenhuislocatie was gevestigd, maar niet in het ziekenhuisgebouw met de seh. Dit was in 2014 nog bij 6 locaties het geval. Daarnaast waren er 9 seh's zonder een hap op de ziekenhuislocatie in 2023. Dit kan zijn doordat in enkele steden meerdere ziekenhuizen zijn gevestigd, en 1 van de 2 ziekenhuizen de hap op de ziekenhuislocatie heeft gevestigd. Hierdoor heeft de andere ziekenhuislocatie logischerwijs geen hap.

Samenvattend kunnen we spreken van een trend waarbij het aantal seh's daalt en de fysieke integratie van de hap's en seh's toeneemt.

Tabel 2: seh's met hap op de ziekenhuislocatie, 2014 en 2023

seh's met hap op de ziekenhuislocatie	2014	2023
hap is in het ziekenhuisgebouw gevestigd en heeft een gezamenlijke ingang met de seh.	51	65
hap is in het ziekenhuisgebouw gevestigd, maar heeft geen gezamenlijke ingang met de seh.	14	8
hap is niet in het ziekenhuisgebouw gevestigd, maar wel op de ziekenhuislocatie.	6	1
Totaal aantal seh's met hap op de ziekenhuislocatie.	71	74
seh's zonder hap op de ziekenhuislocatie.	24	9
Aantal seh's in Nederland.	95*	83**

Bron: NZa, [Monitor Samenwerking seh en hap 2017](#) en *Monitor acute zorg 2023*

*4 seh's waren in 2014 niet 24/7 open

**3 seh's waren in 2023 niet 24/7 open

Triage is het toekennen van een urgentieniveau en het bepalen van de benodigde vervolgzorg door de ernst van de situatie van de patiënt te beoordelen. Triage kan op verschillende manieren georganiseerd worden, afhankelijk van de afspraken tussen de hap en de seh. Tabel 3 laat de verschillende samenwerkingsvormen zien en toont de ontwikkelingen rond de afspraken over triage van patiënten bij de hap en seh in de periode van 2014-2023.

Tabel 3: Triage bij seh's met hap op de ziekenhuislocatie, 2014 en 2023

Samenwerkingsvorm	2014	2023
Vorm 1: Parallel: zelfverwijzers kunnen vrij kiezen uit hap of seh. hap en seh triëren hun eigen zelfverwijzers.	18	8
Vorm 2: Serieel: alle zelfverwijzers gaan naar de hap en worden daar getrieerd.	39	49
Vorm 3: Volledige integratie: hap en seh hebben een gezamenlijk loket voor triage en een gemeenschappelijke triage.	4	13
Vorm 4: Alle zelfverwijzers gaan naar de seh en worden daar getrieerd, met terugverwijzing naar de hap als dat gepast is.	10*	1
Vorm 5: Alle zelfverwijzers gaan naar de seh en worden daar getrieerd en behandeld.		3
Totaal samenwerkingsvormen hap en seh	71	74
Seh's zonder hap op de ziekenhuislocatie	24	9
Aantal seh's in Nederland	95**	83***

Bron: NZa, [Monitor Samenwerking seh en hap 2017](#) en *Monitor acute zorg 2023*

*De data van 2014 bevat één waarde voor vorm 4 en vorm 5 samen (triage van zelfverwijzers op de seh).

**4 seh's waren in 2014 niet 24/7 open

***3 seh's waren in 2023 niet 24/7 open

Samenvattend kunnen we uit de cijfers concluderen dat de vormen met de minste samenwerking in triage, maar waar de hap en seh wel op hetzelfde locatie zijn gevestigd, namelijk vormen 1, 4 en 5, in de

periode 2014-2023 in totaal zijn afgenomen van 28 naar 12. Vorm 2, waarin alle zelfverwijzers eerst door de hap worden getrieerd, en vervolgens worden doorgestuurd naar de seh, is gestegen van 39 naar 49 locaties. Ten slotte is vorm 3, waarin er sprake is van volledige integratie op het gebied van triage, gestegen van 4 naar 13 locaties. Met deze stijging kunnen we spreken van een flinke groei in samenwerkingsvormen (vormen 2 en 3) richting volledige integratie van de hap en seh. In de mate van samenwerking tussen de hap en seh zien we dat de lokale situatie een grote rol speelt.

Het enkel op dezelfde locatie gevestigd zijn of het hebben van een gemeenschappelijke ingang draagt niet automatisch bij aan passende zorg of een hogere effectiviteit. Sommige hap's en seh's op collocatie delen wel een gezamenlijke ingang maar kennen verder nog grotendeels gescheiden processen, waardoor de samenwerking en integratie beperkt blijft. In de [Monitor Samenwerking seh en hap](#) concludeerden we dat veel hap's en seh's op een collocatie verschillende triageprotocollen hanteren. Een goede verstandhouding tussen de hap en seh is cruciaal voor samenwerking en integratie. Meerdere geïnterviewde hap's en seh's geven aan samen te werken, processen te integreren en concrete afspraken over samenwerking te maken. Dit resulteert bijvoorbeeld in gezamenlijke triageprotocollen. Voorbeelden zijn onder meer te vinden bij BovenIJ, Elkerliek, CWZ en het Rode Kruis Ziekenhuis. Ook zien we dat instellingen zijn begonnen met het inzetten van artsen vanuit het ziekenhuis op de hap. Hierbij valt op dat financiële afspraken soms van secundair belang lijken en pas in een later stadium worden vastgelegd.

Losstaande huisartsenposten

Nederland kende in 2022 105 hap's (bron: [InEen Benchmark Huisartsenposten 2022](#)). Hiervan zijn 72 hap's op een ziekenhuislocatie met een seh gevestigd. Van de overige 33 hap's zijn er 15 gevestigd op een ziekenhuislocatie zonder seh. De resterende 18 hap's zijn niet gevestigd op een ziekenhuislocatie. Deze losstaande hap's bevinden zich voornamelijk in plaatsen waar geen ziekenhuizen gevestigd zijn, en waar deze hap's wel benodigd zijn voor het lokale zorgaanbod. Omdat wij geen nader onderzoek hebben gedaan naar de mogelijke knelpunten of mogelijkheden tot integratie van deze losstaande hap's, trekken wij in dit advies geen conclusies over deze groep hap's.

3.3 Spoedpleinen

Voor de term spoedplein bestaan meerdere definities. Voor dit advies hanteren we de volgende omschrijving: **een spoedplein is een locatie waar meerdere zorgaanbieders acute zorg verlenen; hieronder vallen minimaal de hap, seh, en de dienstapotheek**¹. Hiermee wordt het verschil tussen de integratie van de hap en seh en de samenwerking op het spoedplein vooral gevormd door de deelnemende partijen. De vorm van spoedpleinen waarin de hap, seh en dienstapotheek zijn gevestigd, komen we landelijk veel tegen.

Uit onze inventarisatie komt naar voren dat gaandeweg de beweging is ingezet richting het vormen van spoedpleinen waar naast de seh, hap en dienstapotheek, ook andere zorgverleners zoals de acute ggz en wijkverpleging aan deelnemen. Deze ontwikkeling staat echter nog in de kinderschoenen. De partijen die deze beweging inzetten zijn zoekende naar een effectieve manier van het inzetten van zorgverleners en het maken van werkafspraken. Ook is de manier van financieren en bekostigen een zoektocht.

Uit onze gespreksronde en verkenning is niet gebleken dat de kennis en expertise van partijen in de acute zorg momenteel onvoldoende beschikbaar is voor andere ketenpartners in de acute zorg. Het feit dat buiten de hap, seh en dienstapotheek nog veel zorgaanbieders niet op het spoedplein zijn

¹ Zorgverzekeraars Nederland (ZN) gaat in haar Visiestuk '[Samenwerken aan acute zorg](#)' (april 2022) uit van deelname van minimaal deze drie partijen aan een spoedplein.

gevestigd, betekent namelijk niet dat hun kennis en expertise niet beschikbaar is. Deze kan bijvoorbeeld ook telefonisch worden ingewonnen. Wij juichen verdere integratie en samenwerking toe. De goede voorbeelden die wij verder in dit advies belichten, laten zien dat het fysiek op één locatie gevestigd zijn zeker voordelen heeft ten opzichte van het organiseren van overleg op afstand. Op spoedpleinen werken ketenpartners (idealiter fysiek) samen op het gebied van zorgverlening, triage, coördinatie en kennisdeling. Zo kan de doorstroom en uitstroom in de acute zorgketen worden geoptimaliseerd en kan onnodige instroom in de acute zorgketen worden voorkomen.

Waar de hap, seh en dienstapothek vaak bij elkaar in de buurt zijn gevestigd, zijn andere mogelijke deelnemers aan het spoedplein van oudsher op andere locaties buiten het ziekenhuis gevestigd. Uit de interviews kwamen enkele voorbeelden naar voren van teams uit de vvt en de acute ggz die op het spoedplein waren gevestigd, en niet op de reguliere vestiging van de vvt- of ggz-aanbieder. Vvt-teams, die op het spoedplein zijn gevestigd, worden bijvoorbeeld ingezet bij spoedzorg. De frequentie van inzetten is daarbij een stuk lager dan de inzet bij de reguliere vvt, wat zorgt voor inefficiëntie.

Voor de acute ggz gold in het voorbeeld dat beoordelingen niet bij het spoedplein worden uitgevoerd, maar bij voorkeur dicht bij een opnamefaciliteit van de ggz. Dat maakt deelname aan spoedpleinen op de locatie van het ziekenhuis lastig voor ggz-aanbieders die niet al op het terrein van het ziekenhuis gevestigd zijn. Verder zijn er vaak meerdere ziekenhuizen binnen de regio van de acute ggz. Omdat de triage van acute ggz-patiënten steeds meer wordt gecentraliseerd, is versnippering over de verschillende ziekenhuizen niet doelmatig. Daarnaast presenteren zich onvoldoende ggz-patiënten op een spoedplein om continue fysieke aanwezigheid van de ggz-zorgverlener te verantwoorden. Daarom kan een spoedplein zich ook virtueel organiseren: zorgaanbieders zoeken telefonisch contact voor consultatie.

Spoedplein Helmond-De Peel

In Helmond-De Peel hebben huisartsen, hap, ziekenhuis, vvt-organisaties, ggz, GGD en zorgverzekeraars een aantal jaar geleden samen het initiatief genomen tot het opzetten van een spoedzorgnetwerk. In deze regio werd voor iedereen steeds duidelijker dat de inrichting van de spoedzorgketen en samenwerking niet goed was aangesloten op de regionale zorgvraag en vergrijzing. Patiënten kwamen op de verkeerde plek terecht en de keten raakte op bepaalde momenten verstopt. In de spoedlijn (hap) zijn de afspraken met betrekking tot triage gemaakt. Op het spoedplein is de werkverdeling tussen de hap en seh ontschot; patiënten worden via een gezamenlijke wachtruimte en spoedbalie gericht doorgestuurd naar de hap of seh en er kan contact worden gelegd met een gespecialiseerde ggz-triagist. Vanuit een pilot werkt een anios van het ziekenhuis mee op de hap, ter verlaging van de druk bij de huisarts.

Ook de vvt houdt kantoor in het ziekenhuis. De vvt is een belangrijke speler in de aanpak van knelpunten binnen de acute zorg; namelijk zowel de instroom als de uitstroom van kwetsbare ouderen in de acute zorgketen. Dit wordt onder meer gedaan door implementatie van digitale coördinatie bij het regionale coördinatiepunt tijdelijk verblijf: hier wordt 24/7 een actueel overzicht gegeven van de beschikbare plekken in de regio.

Om instroom in het ziekenhuis te voorkomen werken vvt en ziekenhuis nauw samen. Zo worden vanuit een experiment thuiszorgteams ingezet bij dringende zorgvragen (U3) en zorgvragen die niet dringend zijn (U4). Door deze samenwerkingsvorm worden taken van de huisarts en de ambulance overgenomen. Dit resulteert onder meer in een 10% lagere verwijzing van patiënten naar het ziekenhuis.

4 Huidige bekostiging en knelpunten

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geven we een korte beschouwing van de bekostiging van de hap en de seh en enkele mogelijke overige deelnemers aan een spoedplein. Daarnaast geven we een beeld van de knelpunten die zorgaanbieders ervaren bij integratie en samenwerking in de acute zorg.

4.2 Bekostiging hap

Er is bij de hap sprake van een gebudgetteerd systeem. Dit in tegenstelling tot de bekostiging van de seh, waar sprake is van prestatiebekostiging. De bekostiging van de hap wordt geregeld via de huisartsendienstenstructuren (hds) en de gelijknamige [beleidsregel](#) van de NZa. Vanaf 2005 kent de bekostiging van de hds een genormeerd financieringssysteem. Het vast te stellen budget van iedere hds is opgebouwd uit de volgende budgetonderdelen:

- het budgetbedrag per inwoner
- het beschikbare bedrag
- het lokaal overeengekomen budget
- het aanvullend overeengekomen budget

Het beschikbare budget berekenen we door het (maximaal) budgetbedrag per inwoner te vermenigvuldigen met het aantal inwoners in het adherentiegebied van de hds (=100%). Daarnaast kan dit bedrag worden verhoogd tot maximaal 110% van het berekende beschikbare bedrag middels de inzet van een plusmodule. De plusmodule vergroot de lokale regelruimte tussen de zorgverzekeraars en de hds. Hierover maken zorgverzekeraar en hds gezamenlijke afspraken in de budgetonderhandeling.

Substitutiemogelijkheden hap en seh

In de huidige hds bekostiging bestaat de mogelijkheid voor de hap en seh om afspraken te maken om zorg van de seh over te hevelen naar de huisartsenpost. Huisartsen en huisartsenposten kunnen financieel beloond worden als zij zorg overnemen van het ziekenhuis. Het lokaal afgesproken budget kan dan het maximale budget van 110% overschrijden in het kader van substitutie van zorg. Een van de voorwaarden hiervoor is dat deze afspraken in overleg met de zorgverzekeraars worden vormgegeven door middel van een inschatting van de extra kosten, besparingen, en aantallen patiënten waarop het betrekking heeft. Uit onze informatie blijkt dat deze substitutiemogelijkheid door ruim 50% van de hap's wordt toegepast. Het daadwerkelijke aantal hap's dat zorg overneemt van het ziekenhuis kan hoger zijn dan deze 50%. Dit komt omdat er ook zonder het inzetten van de substitutiemogelijkheid tweedelijnszorg kan zijn verschoven naar de eerste lijn. hap

Voor uitvoer van de substitutiemogelijkheid is het wel noodzakelijk dat kosten van de substitutie ook daadwerkelijk bij het ziekenhuis wegvallen. Uit onze gesprekken met de hap's komt naar voren dat niet alle partijen dit goed voor de onderlinge verstandhouding vinden, omdat het ziekenhuis minder inkomsten krijgt. Tegelijkertijd levert het ziekenhuis in dit geval ook minder zorg doordat de hap een deel overneemt. Om substitutie te realiseren is het belangrijk dat de hap en seh zich hiervoor gezamenlijk inspannen en dat de zorgverzekeraar hier ook duidelijke lijnen in trekt en de inkoop van de eerste en tweede lijn goed op elkaar afstemt. Mogelijk kunnen 'shared savings' afspraken daarbij helpen.

Ziekenhuizen kunnen dan deels gecompenseerd worden door ze mee te laten profiteren van de besparingen die worden gerealiseerd door de verschuiving richting de huisarts en hap.

4.3 Bekostiging seh

De zorg die op de seh door het ziekenhuis wordt geleverd wordt bekostigd uit de gedeclareerde zorgproducten. De arts registreert het seh-bezoek als zorgactiviteit. Diagnoses en behandelingen (vastgelegd middels zorgactiviteiten) vormen samen de dbc-zorgproducten. De dbc-systematiek wordt gebruikt voor alle medisch-specialistische zorg in het ziekenhuis, niet alleen voor de zorg op de seh van het ziekenhuis. Er bestaan geen specifieke seh-dbc's; de gedeclareerde dbc-zorgproducten uit het gehele ziekenhuis dienen ter dekking van de kosten van de seh.

De prijs van een dbc-zorgproduct komt tot stand na onderhandeling tussen zorgverzekeraar en aanbieder. Er is sprake van zowel dbc-zorgproducten met een vrij tarief (vrij segment), als dbc-zorgproducten die een maximumtarief kennen (gereguleerd segment). Hierbij hebben zij ruimte om in de contractering aanvullende afspraken te maken over de bekostiging van bepaalde typen zorg en de voorwaarden die hierbij gesteld worden. Bij dbc-zorgproducten waarvoor een max-max tarief geldt, kunnen zorgaanbieders in afspraak met de zorgverzekeraar maximaal 10% boven het maximumtarief afspreken.

In de praktijk maken ziekenhuizen en zorgverzekeraars vooral afspraken over het totale omzetplafond. Daarbij staat het zorgverzekeraars vrij om afspraken op een hoger niveau te maken, bijvoorbeeld door één vaste aanneemsom voor het ziekenhuis (of bijvoorbeeld de seh) af te spreken met het ziekenhuis, in combinatie met een prestatiebeloning op basis van kpi's². In de praktijk zien wij met name dat er tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders aanneemsommen voor het gehele ziekenhuis overeen worden gekomen. Daarentegen zien we nog maar weinig concrete voorbeelden van beschikbaarheidsbekostiging (dus zonder productieprikkel) specifiek voor de seh of de acute zorg.

Naast de reguliere prestatiebekostiging via de dbc's worden momenteel 28 seh's deels bekostigd via de beschikbaarheidsbijdrage seh. Ziekenhuizen die gevoelig zijn voor de 45-minutennorm komen in aanmerking voor deze overheidssubsidie. De beschikbaarheidsbijdrage seh dekt de minimale normen voor de seh zoals beschreven in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen (hierna: Kwaliteitskader). Voor meer over de beschikbaarheidsbijdrage seh zie bijlage C.

4.4 Bekostiging overige deelnemers spoedplein

Buiten de hap en seh kennen de andere mogelijke deelnemers aan het spoedplein allemaal ook hun eigen specifieke vorm van bekostiging. Naast de dienstapotheek, die vaak verbonden is aan een spoedplein, zijn enkele andere mogelijke deelnemers aan het spoedplein de acute ggz en de vvt. Mogelijk zijn er meer sectoren betrokken bij spoedpleinen, maar wegens het ontbreken van goede voorbeelden en informatie hierover beperken wij ons voor nu tot deze sectoren.

Acute ggz

De acute ggz (acute psychiatrische hulpverlening in de eerste drie kalenderdagen) kent sinds 2020 een nieuw bekostigingssysteem. Waar de acute ggz tot die tijd via prestatiebekostiging werd ingekocht door zorgverzekeraars, is er sindsdien sprake van bekostiging op basis van beschikbaarheid. De zorg

² Het Maasstad ziekenhuis is een voorbeeld uit de praktijk dat een dergelijke contractvorm heeft afgesproken met zorgverzekeraars.

bestaat uit de functies triage, beoordeling, beschikbaarheid ambulante crisisbehandeling tot maximaal drie kalenderdagen, beschikbaarheid crisisbedden en opname tot maximaal drie kalenderdagen.

Daarvoor is in de regio één representerende zorgverzekeraar aangewezen samen met één zorgaanbieder die budgethouder is. De bekostiging verloopt via beschikbaarheidsbekostiging met een budgetsysteem en is gebaseerd op een vergoeding voor de capaciteit in een regio. De financiering van de acute ggz verloopt via de consulten acute ggz (binnen budget) uit het zorgprestatiemodel. Het verschil tussen het afgesproken budget en de gedeclareerde opbrengsten binnen budget wordt middels een verrekenbedrag door de NZa in een beschikking vastgesteld. De budgethouder kan dit vervolgens in rekening brengen bij de zorgverzekeraars.

Wij zien geen aanleiding om voor de acute ggz een wijziging in de bekostiging voor te stellen. Omdat er reeds sprake is van beschikbaarheidsbekostiging, is de brandweerfunctie van de acute ggz financieel geborgd. Daarnaast zien wij in de praktijk nog onvoldoende ervaring binnen de acute ggz met fysieke samenwerking op een spoedplein met andere zorgaanbieders. Significante knelpunten in de bekostiging bij de samenwerking tussen de acute ggz met andere spoedzorgaanbieders zijn niet naar voren gekomen.

Dienstapothek

Op spoedpleinen zien wij tevens de aanwezigheid van de dienstapothek. De dienstapothek voorziet in de toegang tot medicatie buiten de reguliere openingstijden van de apotheek. De bekostiging van de dienstapotheken geschiedt op grond van de prestaties voor de farmaceutische zorg. Deze prestaties zorgen voor vergoeding van de terhandstellingskosten van de apotheker en de kosten voor de dienstverlening tijdens de avond, nacht, zondag en feestdagen (anz). De dienstapothek maakt in de praktijk met de twee grootste zorgverzekeraars afspraken over de hoogte van het tarief op basis van de verwachte kosten en de verwachte aantallen te leveren prestaties. Deze afspraken zijn non-concurrentieel en worden gevolgd door de andere verzekeraars. Indien er (financiële) tekorten of overschotten plaatsvinden, dan worden deze achteraf verrekenend. Door deze voorgaande aspecten wordt de farmaceutische spoedzorg in de praktijk op basis van beschikbaarheid gefinancierd. Deze systematiek vloeit voort uit de 'Handreiking inkoop acute farmaceutische zorg ZN'. Hierin zijn zorgverzekeraars met de farmacie tot nadere afspraken gekomen over de invulling van de bekostiging van de dienstverlening tijdens de anz.

De huidige opzet van de bekostiging in combinatie met bovengenoemde inkoopsystematiek van de dienstapothek lijkt de beschikbaarheid van de zorgverlening aan de patiënt en de mogelijkheden om met andere zorgverleners in overleg te gaan over patiënten te borgen. Daarom zien wij geen aanleiding om te adviseren om de bekostiging van de dienstapothek te wijzigen.

Vvt

Binnen de vvt, waar de wijkverpleging vrije tarieven kent, bestaat de prestatie 'Organisatie en beschikbaarheid van onplanbare avond-, nacht- en weekendzorg'. Deze prestatie kan gebruikt worden voor 'Het inrichten en/of onderhouden van een netwerk, infrastructuur en organisatie die ziet op de organisatie en beschikbaarheid van onplanbare avond-, nacht- en weekendzorg in de verpleging en verzorging'. Deze prestatie is per 2022 ingevoerd om de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de vvt in de nacht tussen 23.00 en 07.00 uur te bekostigen. Deze prestatie ziet niet op de individuele patiënten, maar wordt lumpsum gefinancierd.

Momenteel zien wij sporadisch dat de vvt fysiek is gevestigd op het spoedplein om met de andere zorgaanbieders zoals de hap en seh samen te werken aan spoedzorg. Van oudsher vindt samenwerking tussen hap en seh enerzijds en de vvt anderzijds - fysiek gezien - meer op afstand

plaats. Zorgaanbieders weten elkaar te vinden indien nodig. Tijdens onze interviews werd, indien er sprake was van een experiment of geplande vestiging van vvt op het spoedplein, aangegeven dat deze constructie nog geëvalueerd of opgestart moest worden. Fysieke deelname van de vvt aan een spoedplein zien wij nog niet als een gegeven. De (nabije) toekomst moet uitwijzen of deze samenwerkingsvorm fysieke nabijheid behoeft en of deze organisatievorm houdbaar is.

We zien dat de positie van de vvt op het spoedplein nog vol in ontwikkeling is. Er worden pilots uitgevoerd, die mede door experimentgelden worden bekostigd. Hierbij is er nog geen duidelijkheid over de ideale organisatie- en samenwerkingsvorm. In de toekomst moet helder worden op welke manier de vvt het beste kan samenwerken met het spoedplein.

Daarnaast is er volop ontwikkeling binnen de huidige bekostiging van de vvt. De prestatie '*organisatie en beschikbaarheid van onplanbare avond, nacht en weekendzorg*' wordt momenteel alleen ingezet voor de nachtzorg, terwijl de toepassing breder zou kunnen. Tegelijkertijd gaat het spoedplein uit van 24/7 bereikbaarheid in verband met de openingstijden van de seh. Daarvoor is de prestatie niet toegerust. Bovendien is de prestatie geen vergoeding voor individueel geleverde zorg. Wanneer duidelijker is hoe de vvt het beste kan samenwerken met het spoedplein, gaat de NZa hierover graag verder in gesprek met het veld. Het is daarom nu te vroeg om te concluderen dat er sprake is van knelpunten in de samenwerking op het spoedplein, of dat de huidige bekostiging veranderd dient te worden.

4.5 Ervaren knelpunten in samenwerking en integratie

Om inzicht te krijgen in de mate van samenwerking en de (ervaren) knelpunten in de acute zorg (hap, seh en spoedplein) hebben we diverse gesprekken gevoerd met aanbieders en zijn branchepartijen geconsulteerd.

Relationele knelpunten in de samenwerking

In de samenwerking tussen zorgaanbieders spelen relationele aspecten een belangrijke rol. Het hebben van een gezamenlijk geformuleerde visie en doelstellingen zien wij als een belangrijke voorwaarde voor een succesvolle samenwerking. Daarnaast moet er voldoende vertrouwen zijn tussen partijen. Ook de manier van communicatie en de mate van openheid in de communicatie is cruciaal. Dit geldt tevens voor de governance en aansturing van de samenwerking. Wij zien dat op basis van deze elementen de volwassenheid van verschillende samenwerkingsverbanden enorm kan verschillen. Er zijn goede voorbeelden van volwassen samenwerkingsverbanden, maar wij zien ook dat samenwerking nog niet overal goed van de grond komt. Indien de samenwerking niet goed verloopt, dan vormt dit een belangrijk knelpunt voor mogelijke integratie.

Schotten in de bekostiging

Sommige zorgaanbieders die bezig zijn met de integratie van hap en seh of het vormen van een spoedplein lopen daarbij tegen knelpunten aan vanwege schotten in de bekostiging. In de praktijk zien we bijvoorbeeld dat zorgaanbieders de samenwerking tussen hap en seh vormgeven door seh-verpleegkundigen als triagist in te zetten bij de hap. In enkele gevallen worden triagisten van de ggz en de vvt betrokken. Sommige zorgaanbieders geven aan dat zij moeite hebben om hiervoor de juiste bekostiging te vinden, en verrekenen onderling de kosten met elkaar. Deze route van [onderlinge dienstverlening](#) wordt soms ervaren als een administratieve last en het lukt niet altijd om hier goede afspraken met zorgverzekeraars over te maken.

In de organisatie van het werk ervaren de zorgaanbieders tevens dat het niet altijd mogelijk is om de inzet of beschikbaarheid van bepaalde zorgverleners te bekostigen. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om de beschikbaarheid van een vvt-team dat gevestigd is op het spoedplein van het ziekenhuis. Deze vvt-teams kunnen in plaats van de huisarts of ambulance ingezet worden in de wijk om daar zorg te leveren. Het signaal dat er problemen zijn met de bekostiging van de beschikbaarheid van onplanbare nachtzorg in de vvt-sector wordt breder gedeeld. De NZa gaat graag met ActiZ en andere betrokken partijen in gesprek om te kijken naar een mogelijke oplossing voor dit vraagstuk.

Meekijkconsult werkt niet naar tevredenheid

Het meekijkconsult is een instrument om de samenwerking over de sectoren heen te faciliteren. Voor de situatie waarin de hap een patiënt onder behandeling heeft en advies inwint van de seh, of elders in het ziekenhuis, kan een meekijkconsult ingezet worden. Het doel hiervan is om onnodige doorverwijzingen naar de tweede lijn te voorkomen. Daarnaast wordt de eerste lijn versterkt door advies vanuit de tweede lijn.

De huidige bekostiging van meekijkconsulten gaat via de eerste lijn. Over de meekijkconsulten die overdag plaatsvinden maken huisartsen afspraken met de zorgverzekeraars binnen [Segment 3 \(S3\)](#) van de bekostiging van de huisartsenzorg. Over de meekijkconsulten in de anw-uren kan de hap afspraken maken met zorgverzekeraars via de ruimte die wordt geboden in de budgetbekostiging van de hap (via de beleidsregel hds). De hap declareert het meekijkconsult bij de verzekeraar en rekent vervolgens via onderlinge dienstverlening (odv) het consult af met het ziekenhuis.

De constructie waarbij een seh-arts op de hap even kan meekijken met de huisarts wordt als een succes ervaren op de werkvloer omdat een deel van de patiëntenstroom richting de seh hiermee kan worden afgevangen. Wij ontvangen signalen dat dit meekijken momenteel niet overal voldoende van de grond komt. Het ziekenhuis geeft aan de inzet van de seh-arts nu niet vergoed te krijgen, omdat het niet lukt om maatwerkafspraken te maken met zorgverzekeraars. Hier is vaak onderbouwing vanuit data voor nodig, alvorens er kosten gedeclareerd kunnen worden. Daarbij wordt de registratie en de facturatie naar en afstemming met de eerste lijn ervaren als een administratieve last, mede omdat er vaak verschillende afspraken nodig zijn.

Zorginkoop

Naast knelpunten gerelateerd aan de schotten in de bekostiging, signaleren sommige zorgaanbieders ook het knelpunt dat zorgverzekeraars soms incongruent gedrag vertonen. Er worden bijvoorbeeld door ziekenhuizen afspraken gemaakt met een of meerdere grotere zorgverzekeraars. Vervolgens worden deze afspraken niet altijd overgenomen door de andere zorgverzekeraars. Aanbieders moeten vervolgens tijd investeren om deze zorgverzekeraars mee te krijgen. Hoewel sommige zorgaanbieders dit punt naar voren brengen, zien we ook voorbeelden waar er wel degelijk sprake is van gelijkgericht gedrag door de zorgverzekeraars. Zo zijn alle zorgverzekeraars betrokken bij het uitvoeren van het 'waardegedreven' zorgcontract bij het Maasstad ziekenhuis (zie het tekstvak in paragraaf 11.2 voor meer toelichting). Wij zien dit als een positieve ontwikkeling.

Herinrichting van faciliteiten en nieuwbouw

Bij verdere samenwerking door bijvoorbeeld de hap en seh wordt idealiter gebruik gemaakt van één gemeenschappelijke ingang, wachtruimte, balie, koffiekamer en werkkamers waardoor de medewerkers van de hap en seh elkaar snel kunnen opzoeken voor overleg. Door het creëren van deze gemeenschappelijke faciliteiten wordt triage en samenwerking gefaciliteerd. Door intercollegiale samenwerking kan ook de kwaliteit van zorg verbeteren. Sommige instellingen hebben echter geen fysieke capaciteit om bijvoorbeeld de hap bij de seh in te huizen. Tevens wordt aangegeven dat bouwkundige vernieuwingen kunnen leiden tot het saneren van bestaand vastgoed en het versneld

moeten afboeken van vastgoedkosten. Dit leidt tot hoge financieringskosten die niet altijd binnen de huidige begroting bekostigd kunnen worden. Dit punt geldt ook voor de gezamenlijke nieuwbouw van faciliteiten waarin bijvoorbeeld de hap en seh gezamenlijk een gebouw gaan neerzetten.

Knelpunten in de triage

Eenduidige en gemeenschappelijk triage verbetert de acute zorg. Triage is dan ook een van de activiteiten waar aanbieders van acute zorg voordelen kunnen halen uit verdere samenwerking. Zorgaanbieders geven aan dat er een aantal knelpunten bestaan in de triage die verdere samenwerking of integratie tegenwerken. Zo wordt er in de acute zorg veelal met verschillende triagemodellen en triagesystemen (ict) gewerkt. Een belangrijk onderdeel van dit probleem is dat de ict-systemen van bijvoorbeeld de hap en de seh niet op elkaar aansluiten. Dit heeft als gevolg dat in de acute setting onvoldoende bekend is welke zorg een patiënt al doorlopen heeft en de actuele medische informatie niet altijd beschikbaar is.

Daarnaast komt als knelpunt naar voren dat het triëren voor elkaar tijd kost en de tijd om samen te werken niet expliciet wordt vergoed. Sommige zorgaanbieders ervaren dit bijvoorbeeld wanneer een seh-verpleegkundige wordt ingezet als triagist op de hap. Hiervoor is dan geen prestatie beschikbaar. Daar staat tegenover dat overleg valt onder indirect patiëntgebonden tijd: het zit verdisconteerd in de tarieven voor direct patiëntgebonden tijd en wordt op die manier vergoed.

5 Oplossingsrichtingen

5.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk beschreven we diverse knelpunten die zorgaanbieders ervaren wanneer zij samenwerking of integratie zoeken in de acute zorg. In dit hoofdstuk beschrijven we mogelijke oplossingen in de bekostiging die kunnen helpen bij deze knelpunten. De oplossingen zijn verdeeld in oplossingen die reeds bestaan en in oplossingen die op relatief korte termijn gerealiseerd kunnen worden. Ten slotte sluiten we af met een langere termijn advies voor de bekostiging van de hap en seh en andere aanbieders van acute zorg.

5.2 Bestaande oplossingen

Na de inventarisatie van de (ervaren) knelpunten, gaan wij verder in op de huidige oplossingen die er zijn om samenwerking en integratie tussen hap en seh en op het spoedplein te bespoedigen. Om te beginnen, presenteren we enkele bestaande opties in de huidige bekostiging. We realiseren ons dat er naast deze oplossingen in de bekostiging mogelijk andere oplossingen zijn buiten de bekostiging. Deze hebben wij niet verder onderzocht in dit advies.

Ruimte en samenwerking binnen huidige bekostiging en contractering

De huidige bekostiging van de acute zorg biedt veel ruimte en vrijheidsgraden om regionale maatwerkafspraken te maken. Zo kan verdere integratie en samenwerking op het spoedplein worden bekostigd en kunnen knelpunten door schotten in de bekostiging of knellende infrastructuur in gebouwen verholpen worden. Belangrijk is dat het realiseren van maatwerkafspraken tussen zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars een aanpak en houding vereist die ziet op goede samenwerking, een gezamenlijke en gedragen visie op het zorgaanbod in de regio, en het gezamenlijk delen van de kosten en de baten.

Een voorbeeld van een samenwerkingsverband tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars dat aan deze kenmerken voldoet, is de realisatie van de spoedpost Amsterdam-Noord. Hier was het gezamenlijk investeren in het nieuwe pand door ziekenhuis en zorgverzekeraars een van de voorwaarden voor het realiseren van de spoedpost.

Spoedpost Amsterdam-Noord (BovenIJ)

In de regio Amsterdam hebben zorgaanbieders en zorgverzekeraars onder regie van het ROAZ een gezamenlijke toekomstvisie op de acute zorg geformuleerd. Om de acute zorg toekomstbestendig te maken en te houden, zijn een aantal wijzigingen in het zorgaanbod doorgevoerd. Zo hebben zowel het Amsterdam UMC als het OLVG profielkeuzes gemaakt die de komende jaren worden gerealiseerd en heeft het Amstelland Ziekenhuis haar openingstijden van de seh aangepast naar overdag.

Een andere belangrijke verandering heeft plaatsgevonden in het BovenIJ in Amsterdam-Noord: BovenIJ en Huisartsenposten Amsterdam (HpA) hebben op 25 mei 2023 hier de Spoedpost Amsterdam-Noord geopend. In deze Spoedpost zijn de seh en hap volledig geïntegreerd met een gezamenlijke ingang, balie en een uniforme triage. De kamers op de Spoedpost zijn zo ontworpen dat alle kamers flexibel te gebruiken zijn door alle zorgprofessionals die op de Spoedpost werken. De patiënten krijgen na triage een zelfzorgadvies of worden geholpen door de zorgprofessional die past bij hun spoedvraag. Naast de HpA en het BovenIJ hebben ook de grootste zorgverzekeraars onder regie van Zilveren Kruis vanaf het beginstadium meegedacht over de realisatie en financiering van deze Spoedpost. De zorgverzekeraars dragen significant bij in de afschrijvingskosten waardoor realisatie van het nieuwe pand mogelijk werd. De eerste ervaringen van zowel de zorgprofessionals als de patiënten zijn positief. Eind 2023 wordt de eerste evaluatie van de Spoedpost verwacht zowel in kwalitatief als kwantitatief opzicht.

De Spoedpost wordt nu deels via prestatiebekostiging van BovenIJ bekostigd op basis van volume (en is daarmee afhankelijk van de hoeveelheid patiënten) en deels via budgetbekostiging van de hap. Het ziekenhuis geeft aan dat het bij wijze van experiment interessant zou zijn om te onderzoeken of beschikbaarheidsbekostiging voor de gehele Spoedpost, dus zowel de seh als de hap, beter past bij deze vorm van integrale samenwerking. Zo wordt de bekostiging losgetrokken van de patiëntenaantallen. Het ziekenhuis wordt dan niet geconfronteerd met lagere inkomsten als er bijvoorbeeld door betere triage op de hap minder opnames in het ziekenhuis plaatsvinden.

In veel contracten binnen de acute zorg zijn afspraken over prijs en volume nog dominant. Er worden nog te weinig afspraken gemaakt over de transformatie van acute zorg. Het maken en realiseren van zulke afspraken vraagt om een andere contractrelatie. Dit betekent dat partijen afspraken maken over het delen van de 'winsten en verliezen' en hoe de transformatie wordt vormgegeven. Een contract gericht op de transformatie van zorg vraagt om een bekostiging waarin de zorgaanbieder voldoende ruimte heeft om passende acute zorg te leveren, bijvoorbeeld door middel van lumpsum- of budgetafspraken. Een contractrelatie gericht op de transformatie van acute zorg in de regio vraagt ook om een meerjarig contract waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars, vanuit een gedeelde visie, samenwerken aan gezamenlijke doelen. Randvoorwaardelijk voor zulke contracten is goede informatie over de kwaliteit van zorg, patiëntrelevante uitkomsten, en kritieke prestatie-indicatoren (kpi's) gericht op bereikbaarheid en toegankelijkheid. Een andere belangrijke randvoorwaarde is dat zorgverzekeraars betrokken en gelijkgericht gedrag vertonen, en hun fair share nemen bij afspraken. Zie bijvoorbeeld de afspraken die het Maasstad Ziekenhuis met zorgverzekeraars heeft gemaakt over een waardegedreven zorgcontract.

Transformatiemiddelen

Met transformatiemiddelen kunnen individuele, lokale, regionale of landelijke initiatieven worden ondersteund die bijdragen aan de verwezenlijking van de inhoudelijke doelen en financiële opgaven van het Integraal Zorgakkoord (IZA). Inzet van transformatiemiddelen dient gekoppeld te zijn aan een transformatieplan voor een impactvolle transformatie. Met een impactvolle transformatie wordt bedoeld

dat de transformatie een substantiële positieve impact heeft op passende zorg, en daarmee de toegankelijkheid (beschikbaarheid) en/of kwaliteit van de zorg op lange termijn borgt of verbetert. Daarnaast is het doel van de transformatiemiddelen het behouden, ontzorgen en optimaal inzetten van zorgverleners. Impactvolle zorgtransformaties gaan over het voorkomen, verleggen en/of optimaliseren van patiëntenstromen, waarbij de acties veelal gericht zijn op de hele keten van zorg inclusief het sociaal domein.

Om in aanmerking te komen voor transformatiemiddelen, moet een transformatieplan worden geschreven. Het transformatieplan moet voldoen aan de voorwaarden en criteria zoals opgesteld door de zorgpartijen. Zorgverzekeraars beoordelen het transformatieplan via een sneltoets en een integrale beoordeling. Zorgaanbieders benoemen als nadeel van dit proces dat er erg veel informatie en data aangeleverd dient te worden voor een aanvraag. Het ontbreekt sommige zorgaanbieders aan management en beleidsmedewerkers om dit uit te voeren. Ook de snelle toets kost veel tijd. In IZA-verband is de afspraak gemaakt dat zorgverzekeraars congruent handelen ten aanzien van de transformatiemiddelen, om zo de haalbaarheid en doorloopsnelheid te vergroten.

Het anders organiseren van de zorg op een spoedplein kan een grote impact hebben op de organisatie van de zorg in de regio. Vanuit dit perspectief is het mogelijk om transformatiegelden aan te vragen om eenmalige kosten te dekken. Denk daarbij aan afbouw van capaciteit en activiteiten en - onder voorwaarden - investeringen in ict. Belangrijk is dat het hierbij moet gaan om investeringen die niet structureel uit de reguliere bekostiging betaald kunnen worden. Transformatiemiddelen zijn bedoeld als eenmalige steunmaatregel voor individuele projecten, en niet voor de structurele financiering van veranderingen. Indien zich er structurele, jaarlijkse kosten voordoen die niet gedekt worden met het tarief, dan moet een zorgaanbieder hier afspraken over maken met de zorgverzekeraars. Dit kan bijvoorbeeld aan de hand van een meerjarige businesscase.

Zorgaanbieders geven aan dat het lastig kan zijn om na eenmalige transformatiemiddelen de structurele bekostiging goed geregeld te krijgen. Dit fenomeen speelt op meer plekken in de zorg en zien we vaker; na een pilot, experiment of tijdelijke subsidie is het voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars soms lastig om de transitie van tijdelijke bekostiging naar structurele bekostiging te maken. Om dit proces succesvol te doorlopen, is het belangrijk dat aanbieders en verzekeraars bij een transformatie vanaf het begin nadenken over de mogelijkheden voor structurele bekostiging. De NZa wil partijen hierin faciliteren en denkt graag mee over de mogelijkheden die de bekostiging biedt.

Spoedeisende Medische Dienst (SEMD) Beverwijk

Op het nieuw te bouwen spoedplein in het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk gaan zes partijen vanuit één nieuwe organisatie acute basiszorg leveren in de vorm van een Spoedeisende Medische Dienst (SEMD). In de SEMD nemen het ziekenhuis (seh), hap, ggz, vvt, ambulancedienst en huisartsen samen deel. Het plan is als een van de eerste transformatieplannen van Nederland goedgekeurd door zorgverzekeraar Zilveren Kruis en krijgt transformatiegelden vanuit het IZA.

Gezamenlijk hebben de betrokken partijen (het Rode Kruis Ziekenhuis, de huisartsenpost, Parnassia Groep, ViVa! Zorggroep, de ambulancedienst en de huisartsen in regio Midden-Kennemerland) het afgelopen jaar intensief samengewerkt aan het transformatieplan voor de SEMD. Uniek is hierbij dat triage-, behandel- en verwijzfuncties van aanbieders vanuit vijf verschillende acute zorgdomeinen zoveel als mogelijk onder één nieuwe gezamenlijke entiteit gaan vallen. Partijen hebben het doel om lichte behandelingen over te hevelen van de tweedelijns seh naar de gezamenlijke eerstelijns SEMD en gezamenlijk personeel in de anw veel slimmer in te zetten door taakverruiming, taakroulatie en taakverrijking. Alle aangesloten aanbieders hebben daarin een gezamenlijke verantwoordelijkheid om de instroom te coördineren en de door- en uitstroom te optimaliseren. Dit moet leiden tot één poort met passende acute basiszorg, die begrijpelijk is voor de patiënt en goed vindbaar.

Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten

De NZa stimuleert zorginnovatie met de Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten. [Deze beleidsregel](#) biedt zorgverzekeraars en zorgaanbieders de mogelijkheid om samen in drie jaar tijd te experimenteren met een innovatie die onder de Wmg valt. Het doel van de beleidsregel is het ondersteunen van innovaties die de zorg voor de patiënt verbeteren, of die de zorg goedkoper en efficiënter maken zonder in te leveren op kwaliteit. Het kan hierbij ook gaan over nieuwe manieren van het organiseren van zorg. Gedurende deze experimenteerperiode wordt beoordeeld of, en hoe dit moet leiden tot structurele bekostiging. Andere zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen zich bij een lopend experiment aansluiten. Als de innovatie aantoonbaar geresulteerd heeft in betere, goedkopere of efficiëntere zorg, dan wordt onderzocht hoe de innovatie uit het experiment opgenomen kan worden in de reguliere bekostiging.

Wij zien dat deze beleidsregel ook kansrijk kan zijn voor initiatieven binnen de acute zorg, waarvoor binnen de huidige bekostiging geen mogelijkheden bestaan. Zo biedt de beleidsregel de mogelijkheid tot een innovatieve zorgprestatie aan experimenten die bijvoorbeeld gericht zijn op substitutie van zorg. Zowel instellingen die zorg binnen de Wlz als de Zvw leveren kunnen een aanvraag doen bij de NZa voor een termijn van 3 jaar. Een voorbeeld hoe [deze beleidsregel](#) bij kan dragen aan passende zorg is [de Wijkkliniek](#). Dit nieuwe zorgconcept is gericht op kwetsbare ouderen die anders in het ziekenhuis zouden worden opgenomen vanwege acute medische problemen. De Wijkkliniek is een afdeling van het verpleeghuis waar medisch-specialistische zorg wordt verleend onder leiding van een geriater. Zowel de huisarts als de seh kan patiënten hiernaar doorverwijzen. Op deze manier ontvangt de patiënt passende zorg en wordt de druk verlicht op de seh.

5.3 Nieuwe oplossingen korte termijn

Naast de genoemde oplossingen die nu al mogelijk zijn, onderscheiden wij ook enkele oplossingen die nu nog niet bestaan, maar wel op korte termijn een oplossing zouden kunnen bieden voor de genoemde knelpunten.

Zorgcoördinatie

De implementatie van zorgcoördinatie zal een positief effect zal hebben op de samenwerking tussen de aanbieders van acute zorg. Bij zorgcoördinatie kan er zowel fysiek als digitaal worden samengewerkt vanuit verschillende disciplines in de acute zorg. Zorgcoördinatie kan eraan bijdragen dat patiënten in de acute zorgketen op de juiste plek de juiste zorg ontvangen en dat schaars zorgpersoneel efficiënter wordt ingezet.

Bij zorgcoördinatie staat, naast het creëren van een efficiënt triageproces, het inzicht in de capaciteit van de verschillende zorgaanbieders in de regio centraal. Hiermee kan de zorgverlener, die vervolgzorg voor een patiënt zoekt, worden ontlast en hoeft de patiënt minder lang te wachten op passende zorg. Op verschillende locaties in het land zijn in de regio al uiteenlopende vormen van zorgcoördinatie opgezet, waaronder de [pilots zorgcoördinatie](#). De eerste ervaringen met deze vormen van zorgcoördinatie zijn positief. Voor de korte termijn hebben wij [handvatten](#) opgesteld, die inzicht geven in de mogelijkheden om zorgcoördinatie te financieren binnen de huidige bekostiging. Voor de lange termijn brengen wij een advies uit over de bekostiging van zorgcoördinatie, dit advies leveren we naar verwachting in maart 2024 op.

Meekijkconsulten en meedenkconsulten³

Ziekenhuizen pleiten voor een nog te creëren eigen prestatie voor meekijkconsulten waarmee zij zelf bij de zorgverzekeraars afspraken maken en rechtstreeks kunnen declareren. Een afzonderlijke prestatie voor deze inzet van de medisch specialist bestaat nu nog niet. De invoering van een dergelijke prestatie zou ook de samenwerking tussen de hap en de tweede lijn kunnen vergemakkelijken. Wel is nog onduidelijk wat in de praktijk het effect is op de kosten(effectiviteit) en de aantallen doorverwijzingen.

Naast meekijkconsulten bestaan er ook meedenkconsulten. Een meedenkconsult kan worden gebruikt als huisartsen bijvoorbeeld medisch-specialistische expertise willen inschakelen, zonder dat de patiënt hierbij aanwezig is. Momenteel voert de NZa gesprekken met veldpartijen over de mogelijke introductie van een structurele bekostigingsmogelijkheid voor meedenkconsulten.

Voor de hap en de seh zou dit in de praktijk betekenen dat de inzet van de huisarts die om het meedenkconsult vraagt via de hds-bekostiging blijft lopen. De inzet van een medisch specialist bij het meedenkconsult zou of kunnen worden vergoed via facturatie aan de hap of via een aparte algemene msz-prestatie. Het streven is om het meedenkconsult per 2025 in te voeren.

Meekijkconsulten

Omdat het meedenkconsult (in eerste instantie) niet gaat om de situatie met direct patiëntcontact, is het direct declarabel maken van het meedenkconsult waarschijnlijk slechts gedeeltelijk een oplossing voor de belemmeringen die ziekenhuizen nu ervaren bij meekijkconsulten. Voor de situatie met direct patiëntcontact vormt het meedenkconsult (vooralsnog) geen oplossing. Wel willen wij in de toekomst met zorgaanbieders en zorgverzekeraars verkennen in hoeverre een aanpassing in de bekostiging van

³ Onder een meekijkconsult verstaan we hier de situatie waarin een zorgverlener fysiek of digitaal meekijkt bij een zorgverlener uit een andere sector, met direct patiëntcontact. Onder een meedenkconsult verstaan we hier de situatie waarin een zorgverlener fysiek of digitaal meekijkt bij een zorgverlener uit een andere sector, zonder direct patiëntcontact.

meekijkconsulten tussen de hap en seh wenselijk is. Hiervoor zien we twee mogelijke opties binnen de bekostiging.

Een eerste mogelijkheid is om de bekostiging vorm te geven via een aparte algemene msz-prestatie die door het ziekenhuis kan worden gedeclareerd. Deze optie heeft het voordeel dat er weinig administratieve lasten worden ervaren door het ziekenhuis om mee te kijken. Het sluit aan bij de manier waarop het ziekenhuis gewend is te factureren en de middelen intern te verdelen. Het maakt ook dat de financiële afspraken geen onderdeel zijn van eerste afspraken om nauwer samen te werken, wat het maken van deze afspraken kan vergemakkelijken. Tegelijk ziet de NZa dit als een kortetermijnoplossing om de eerste stappen in nauwere samenwerking te stimuleren. Op de langere termijn zien wij een andere inrichting van de bekostiging voor ons om de organisatie en levering van passende zorg beter te stimuleren.

Een tweede mogelijkheid is om de meekijkconsulten voor de hap onder te brengen in een nieuw te vormen budgetparameter voor de hds-bekostiging. Dit is dan in plaats van de huidige vorm, waarin het meekijkconsult onderdeel is van de vrije (lokale) budgetruimte tussen hap en het ziekenhuis. De verzekeraar wordt in deze constructie verantwoordelijk voor het inkopen van de meekijkconsulten bij de hap. Vervolgens maakt de hap afspraken met het ziekenhuis over de inzet van de meekijkconsulten en rekenen zij de verrichte meekijkconsulten onderling af. Hoewel de administratieve lasten hoger zijn dan bij de eerste optie, zien wij bij deze optie een betere beheersing in termen van doelmatigheid. Daarnaast sluit het beter aan bij de beweging van sectorale prestaties naar integrale bekostiging. Deze optie past daarom ook beter bij regio's waar de hap en seh al verder geïntegreerd zijn of verder willen gaan integreren.

5.4 Visie lange termijn

Onze visie is dat een verdere samenwerking tussen de aanbieders van acute zorg noodzakelijk is. Zo houden we de acute zorg in de toekomst toegankelijk en van goede kwaliteit. Wij zien in de praktijk goede samenwerkingsinitiatieven waar behoefte is aan vormen van bekostiging die nog meer flexibiliteit en integraliteit met zich mee brengen dan nu mogelijk is. Bijvoorbeeld de noodzaak tot nauwere samenwerking en integratie van de hap en seh. De schotten in de huidige bekostiging staan verdere samenwerking en integratie vaak in de weg.

In de meest verregaande vorm van samenwerken tussen de hap en seh worden beide zorgaanbieders helemaal geïntegreerd. Een echt integraal aanbod van acute zorg vraagt om een bekostigingsmodel waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars voldoende ruimte hebben om, in aansluiting op de regionale zorgvraag, passende acute zorg te bieden.

Daarom willen we de bekostigingsprikkel binnen de acute zorg gelijktrekken en meer flexibiliteit bieden. Met name voor de seh, die als een van de weinige vormen van acute zorg prestatiebekostiging kent, adviseren wij op termijn een beschikbaarheidsbekostiging. Tevens willen we een integrale beschikbaarheidsbekostiging voor de hap en seh verkennen. Een integrale bekostiging zou de hap en seh meer flexibiliteit geven om hun werkzaamheden beter te integreren. Er kunnen bijvoorbeeld gezamenlijke faciliteiten gebouwd worden en personeel kan worden bekostigd en naar eigen inzicht worden ingezet.

Een daadwerkelijke invoering van een integrale beschikbaarheidsbekostiging voor de hap en seh is op korte termijn nog niet aan de orde. In deel 2 van dit rapport geven wij advies over de mogelijkheden voor een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh. Op termijn komt vervolgens een integrale

beschikbaarheidsbekostiging voor de hap en seh in beeld. Tegelijkertijd is er nog veel onbekend over de gevolgen van een mogelijke integrale beschikbaarheidsbekostiging. Hierbij speelt vooral de complexiteit van het vraagstuk, maar ook verschillen tussen hap en seh op het gebied van cultuur, locaties, financiële belangen, machtsverhoudingen, en de relatie met andere afdelingen van het ziekenhuis een belangrijke rol.

Daarom vinden wij het belangrijk om voor die tijd meer inzicht te krijgen in de gevolgen, kansen en risico's. Hiervoor is het nodig om experimenten op te zetten die uitwijzen welke effecten er in de praktijk optreden. De NZa wil het voortouw nemen om deze experimenten te starten. Die verkenning willen wij op korte termijn willen starten met experimenten in de regio, hierover gaan wij graag in gesprek met zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Experiment met integrale beschikbaarheidsbekostiging hap en seh

Om de route richting een integrale bekostiging voor de hap en seh nader te verkennen, zou de NZa graag op korte termijn een experiment met een pilot voor een integrale hap/seh beschikbaarheidsbekostiging willen starten. Een dergelijk experiment kan inzichtelijk maken wat er allemaal komt kijken bij een integrale bekostiging van de hap en seh en hoe dat in de praktijk uitpakt. Een (experiment met) integrale bekostiging van de hap en seh vereist dat kpi's worden opgesteld, om de effecten op de geleverde zorg inzichtelijk te maken en daarvan te leren. Hierdoor komt er meer zicht op de effecten die volledige integratie van de bekostiging van de hap en seh kan hebben op bijvoorbeeld patiëntenstromen. Dit inzicht kan ook nuttig zijn voor andere hap's en seh's buiten het experiment.

De NZa neemt daarom graag het voortouw om samen met het ministerie van VWS, en zorgaanbieders, zorgverzekeraars en brancheorganisaties, landelijk meerdere experimenten te realiseren. De NZa roept zorgaanbieders en zorgverzekeraars op om hun interesse kenbaar te maken.

Kritische Prestatie Indicatoren

Voordat een integrale beschikbaarheidsbekostiging voor de hap en seh geïntroduceerd wordt, vinden wij het noodzakelijk dat de verwachte effecten concreet worden gemaakt in kpi's. Deze moeten ook worden gemonitord. Het vaststellen en monitoren van kpi's geldt uiteraard ook voor de bijbehorende experimenten. Kpi's kunnen worden gemeten op het niveau van proces, output (bijvoorbeeld aantallen opnames of patiënten), maar bijvoorbeeld ook op uitkomstniveau (in hoeverre het effect of resultaat is bereikt, bijvoorbeeld: seh-stops, patiënttevredenheid of andere medische uitkomsten). Zonder duidelijkheid over welke kpi's worden geregistreerd en gebruikt, is het niet wenselijk nieuwe bekostigingsvormen voor de acute zorg vast te stellen.

Effecten

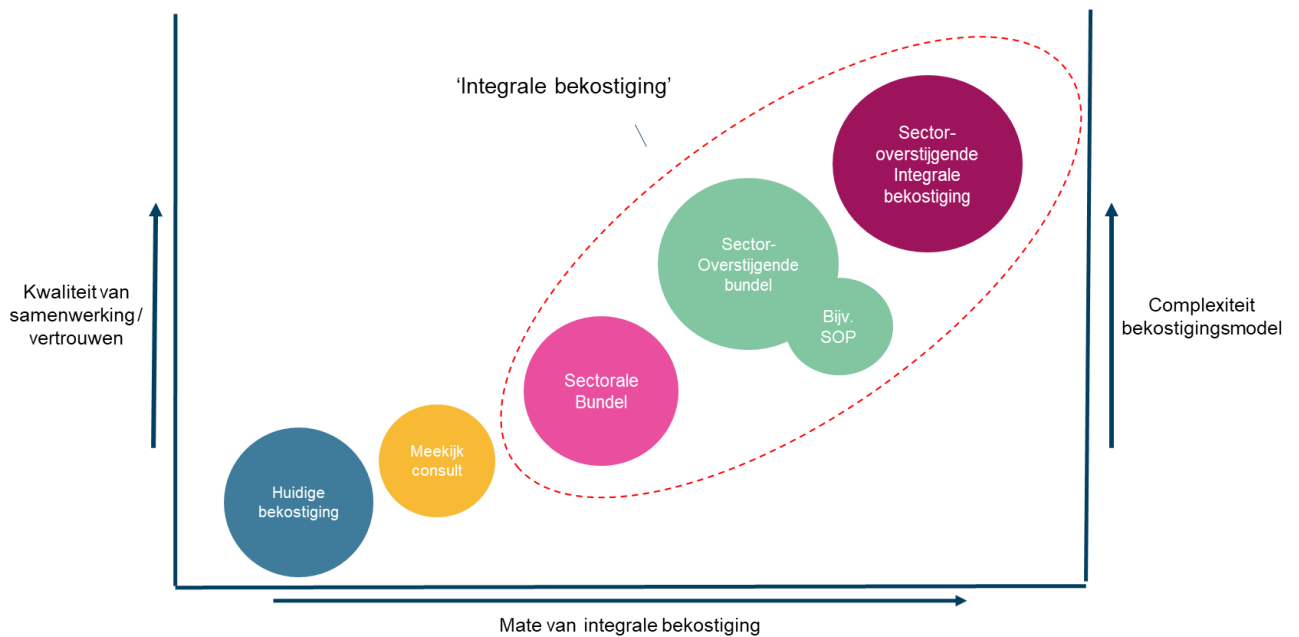
Een consequentie van het mogelijke doorvoeren van integrale bekostiging, is dat het voor de NZa lastiger wordt om op de huidige wijze per sector tarieven te berekenen. Een integrale beschikbaarheidsbekostiging en verregaande integratie van de activiteiten van de hap en seh zal de toerekening van de kosten naar de afzonderlijke sectoren minder eenduidig maken. Daarnaast zullen er door verschuiving van zorg van de ene sector naar de andere sector mogelijk ook effecten zijn op de aanspraak van het eigen risico en de risicoverevening. Zo wordt het eigen risico niet aangesproken bij het gebruik van zorg van de hap maar wel bij een seh-bezoek en kan het effect van de risicoverevening beïnvloed worden. Dergelijke punten moeten nog verder worden onderzocht.

Ingroeimodel integrale bekostiging

Zoals beschreven kan bekostiging nauwere samenwerking stimuleren. Daarbij moet wel benadrukt worden dat de kwaliteit van de samenwerking niet alleen afhankelijk is van het bekostigingsmodel. Zo [blijkt uit onderzoek](#) en experimenten steeds vaker dat de kwaliteit van de samenwerking en het onderlinge vertrouwen tussen zorgpartijen van grote invloed is op de resultaten van de beoogde integratie. Dit kan mogelijk betekenen dat bekostigingsmodellen gericht op het faciliteren van samenwerking alleen effect hebben als de kwaliteit, volwassenheid van de samenwerking, en het onderlinge vertrouwen hoog genoeg zijn. Als de samenwerking tussen een hap en seh nog niet goed is, dan is het invoeren van een integrale bekostiging voor de hap en seh niet zinvol. Naast goede afspraken over de inrichting van de zorg dienen er namelijk ook goede afspraken gemaakt te worden over de besteding en verdeling van het geld. Een goede verstandhouding tussen de hap en seh is hiervoor een basisvoorwaarde. Ook een goede samenwerking tussen de zorgaanbieders en zorgverzekeraars is essentieel.

De NZa is er dan ook voorstander van om - in aanloop naar de verkenning van een integrale beschikbaarheidsbekostiging - te kijken naar andere tijdelijke vormen van bekostiging en instrumenten. Hierdoor kan de bekostiging van zorgaanbieders meegroeien met de kwaliteit van de samenwerking en het onderlinge vertrouwen. Dit betekent dat de tijdelijke bekostiging afhankelijk kan zijn van de fase waarin de samenwerking zich bevindt. We hebben diverse vormen van bekostiging op een rijtje gezet: in figuur 1 is een ingroeimodel weergegeven. In dit model wordt een aantal mogelijke tussenstappen in de bekostiging weergegeven die tijdelijk toegepast kunnen worden, afhankelijk van de kwaliteit van de samenwerking en het vertrouwen.

Figuur 1: Ingroeimodel integrale bekostiging versus kwaliteit van samenwerking/vertrouwen



De **verticale as** geeft de mate van kwaliteit van de samenwerking en vertrouwen tussen partijen weer. Dit kan variëren van een samenwerking die nog niet of nauwelijks van de grond komt (onder) tot een situatie waarin partijen goed met elkaar samenwerken en er veel vertrouwen is (boven). De **horizontale as** geeft de mate van integrale bekostiging weer. Deze begint linksonder bij de huidige situatie waarin iedere sector haar eigen bekostigingsvorm kent; bijvoorbeeld de dbc's in het ziekenhuis. Als we verder naar rechts opschuiven, dan zien we steeds meer integrale maar ook complexere bekostigingsmodellen.

Hieronder behandelen we de genoemde bekostigingsvormen en instrumenten die we presenteren in figuur 1. Deze punten betreffen geen uitputtende lijst en kunnen worden gezien als mogelijke voorbeelden. Daarnaast is een aandachtspunt dat niet al deze vormen momenteel al beschikbaar zijn.

- Bij instellingen waar de samenwerking nog in de kinderschoenen staat, zou bijvoorbeeld de introductie van een (tijdelijke) prestatie voor **meekijkconsulten** al passend kunnen zijn om de gewenste richting te ondersteunen.
- Een **sectorale bundelbekostiging** is een verdere stap richting integrale bekostiging. Sectorale bundelbekostiging gaat in essentie uit van één vooraf vastgesteld bedrag voor het leveren van in principe alle zorg die er binnen een bepaalde sector nodig is voor de diagnose en behandeling van een patiënt met een bepaalde aandoening gedurende een bepaalde periode.
- Een **sectoroverstijgende bundel** gaat verder en includeert zorg en afstemming rondom de patiënt geleverd door zorgaanbieders vanuit verschillende sectoren. Zoals bijvoorbeeld een huisarts, ziekenhuis en revalidatie-instelling. Een sectoroverstijgende bundel vraagt om samenwerking en vertrouwen tussen partijen over verschillende sectoren heen en is daarmee complexer dan bundelbekostiging binnen een sector. Een voorbeeld van een instrument binnen deze vorm is de sectoroverstijgende prestatie (SOP). Momenteel wordt hierover door de NZa en Zorginstituut Nederland een advies afgerond.
- Een **sectoroverstijgende integrale bekostiging** (zoals een integrale beschikbaarheidsbekostiging voor de hap en seh) gaat nog verder dan een sectoroverstijgende bundel en kan de totale zorglevering van verschillende zorgaanbieders / afdelingen van zorgaanbieders integraal bekostigen. Deze integrale bekostiging kan bijvoorbeeld worden bepaald op basis van populatie of een bepaalde capaciteit. Het integraal samenvoegen van de bekostiging op deze manier prikkelt aanbieders maximaal om goed samen te werken, maar maakt het ook heel erg complex.

6 Conclusie

In dit eerste deel van ons advies hebben we de volgende centrale vraag onderzocht: *‘welke bekostiging stimuleert de integratie tussen de hap en seh en de beschikbaarheid van ketenbrede expertise op een spoedplein?’*

Om deze vraag te beantwoorden hebben wij onderzocht wat de ontwikkelingen zijn rondom de integratie van de hap en seh en de vorming van spoedpleinen. Wij hebben gekeken in hoeverre de huidige bekostiging hieraan bijdraagt, of juist voor knelpunten zorgt in de beweging naar samenwerking en integratie. Ten slotte hebben wij voor de korte termijn oplossingen aangedragen en daarnaast een langetermijnvisie voor de bekostiging van de hap en seh neergezet.

Het belang van integratie en samenwerking op de hap en seh en het spoedplein voor een goed werkende acute zorg is groot en wordt breed onderschreven. Met name de intensievere samenwerking tussen de hap en seh is al jaren gaande. Ook zien wij bij de spoedpleinen een start in het toetreden van zorgaanbieders zoals de vvt, al staat dit nog in de kinderschoenen.

Ruimte in de bekostiging en samenwerking

De huidige bekostigingssystematiek biedt vrijheid om integratie en samenwerking te bekostigen. Zo kunnen de hap en seh in verregaande vorm samenwerken en gezamenlijk de kosten dragen om een geïntegreerde hap/seh te realiseren. Zorgaanbieders kunnen met zorgverzekeraars ook specifieke (maatwerk)afspraken maken voor het aanbod van acute zorg in de regio. Transformatiegelden kunnen aangevraagd worden om eenmalige investeringen te bekostigen die een grote verandering in de organisatie van zorg bewerkstelligen. Ten slotte zou de Beleidsregel Innovatie in sommige gevallen een uitkomst kunnen bieden om kansrijke initiatieven te bekostigen. De NZa roept iedereen op om de mogelijkheden binnen de huidige bekostiging te gebruiken, en wil daarbij helpen.

Knelpunten

Desondanks zien we diverse knelpunten die samenwerking en integratie van de hap en seh in de weg staan. Deze knelpunten spelen onder andere op het gebied van gezamenlijke bouw, ict, inzet van personeel, triage en facturatie van zorg. De verschillende bekostigingsvormen in de acute zorg zorgen voor schotten en maken integratie en samenwerken niet makkelijker. Ook ondervinden zorgaanbieders problemen bij de huidige opzet van meekijkconsulten tussen de eerste en tweede lijn. Dit betekent in de praktijk vaak een administratieve last: zorgaanbieders geven aan dat dit systeem vaak niet goed van de grond komt.

Oplossingsrichtingen

Momenteel voert de NZa gesprekken met veldpartijen over de mogelijke introductie van een structurele bekostigingsmogelijkheid voor meedenkconsulten. Het streven is om het meedenkconsult per 2025 in te voeren. Voor de korte termijn zien wij daarnaast nog een andere stimulans voor verbeterde samenwerking in de acute zorg door de invoering van een nieuwe bekostigingsmogelijkheid voor meekijkconsulten. Wij verkennen deze optie graag verder met zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Ook zal de introductie van zorgcoördinatie bijdragen aan betere samenwerking tussen de aanbieders van acute zorg, door onder andere verbeterde triage en coördinatie.

Maar een echt integraal aanbod van acute zorg vraagt om een bekostigingsmodel waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars voldoende ruimte hebben om passende acute zorg te bieden die

aansluit op de regionale zorgvraag. Wij zien in de praktijk goede samenwerkingsinitiatieven waar behoefte is aan vormen van bekostiging die nog meer flexibiliteit en integraliteit met zich mee brengen dan nu mogelijk is. Op de werkvloer kan de samenwerking goed zijn geregeld, maar de verschillende bekostigingsvormen sluiten hier niet altijd bij aan.

Experiment integrale beschikbaarheidsbekostiging hap en seh

Wij onderschrijven het nut van het gelijktrekken van de bekostigingsprijkkels in de acute zorg en het bieden van meer flexibiliteit en ruimte tot integratie en samenwerking. Met name voor de seh, die als een van de weinige aanbieders van acute zorg prestatiebekostiging kent, adviseren wij om de beweging richting beschikbaarheidsbekostiging te maken. Zie hiervoor het tweede deel van dit advies.

Een integrale beschikbaarheidsbekostiging voor de hap en seh samen is een volgende stap die wij willen verkennen voor de lange termijn. Dit zou de hap en seh meer flexibiliteit geven om hun werkzaamheden beter te integreren. Hoewel een integrale beschikbaarheidsbekostiging veelbelovend lijkt, moeten we de gevolgen hiervan nog scherper krijgen. Hierbij speelt vooral de complexiteit van het vraagstuk, maar ook verschillen tussen hap en seh, op het gebied van cultuur, locaties, financiële belangen, machtsverhoudingen, en de relatie met andere onderdelen van het ziekenhuis een belangrijke rol.

Om deze gevolgen scherper te krijgen zouden wij de verkenning naar een integrale beschikbaarheidsbekostiging voor de hap en seh op korte termijn willen starten met experimenten in de regio. Hierover gaan wij graag in gesprek met zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Een (experiment met) integrale bekostiging van de hap en seh vereist dat kpi's worden opgesteld. Hiermee maken we de effecten op de geleverde zorg inzichtelijk en kunnen we daarvan leren.

Deel II

Beschikbaarheids- bekostiging seh

7 Inleiding

7.1 Adviesvraag minister van VWS

In dit tweede deel van het advies richten we ons op het thema beschikbaarheidsbekostiging voor de seh. Eerder hebben we daarover al op hoofdlijnen geadviseerd in ons [advies Passende acute zorg](#). We hebben geadviseerd dat het wenselijk is om voor de seh een beschikbaarheidsbekostiging in te voeren, maar dat dit wel een duidelijk kader met normen voor de beschikbaarheid van seh's vereist, dat momenteel ontbreekt. In navolging van dit advies stelt de minister van VWS ons in de adviesaanvraag bekostiging acute zorg de volgende vraag:

“Als het gaat om de lange termijn, wil ik een goed onderbouwd besluit kunnen nemen over beschikbaarheidsbekostiging voor de seh, zoals u adviseert in uw eerdere advies Passende acute zorg. Een dergelijke stap is immers niet mogelijk zonder eerst de bekostiging van de seh volledig los te knippen van de ziekenhuisbekostiging. [...] Graag ontvang ik van u een analyse van hoe dit in de bekostiging vormgegeven kan worden, met in het bijzonder aandacht voor de impact op administratieve gevolgen voor ziekenhuizen en zorgverzekeraars.”

Beschikbaarheidsbekostiging versus de beschikbaarheidsbijdrage

In dit advies kijken we naar de mogelijkheden voor een beschikbaarheidsbekostiging voor seh's in Nederland. Hierbij verkennen we de randvoorwaarden en mogelijke scenario's voor de invoering van een dergelijke bekostiging. Er zijn verschillende manieren om beschikbaarheid te bekostigen. Zo kennen we budgetmodellen, bekostiging via een specifieke prestatie (via tariefinstrument), bekostiging via contractafspraken bij inkoop (binnen de kaders van de tarief/prestatieregulering) of bekostiging middels een beschikbaarheidsbijdrage (subsidie via de overheid).

Dit hoofdstuk verkent de verschillende mogelijkheden voor het bekostigen van seh's op basis van beschikbaarheid, niet alleen de beschikbaarheidsbijdrage. De beschikbaarheidsbijdrage is slechts één specifieke vorm van beschikbaarheidsbekostiging; namelijk een overheidssubsidie. Voordat deze vorm van bekostiging zou kunnen worden ingevoerd, moet worden voldaan aan verschillende criteria, conform artikel 56a van de Wmg:

“Voor een beschikbaarheidsbijdrage komen uitsluitend vormen van zorg in aanmerking waarvan de kosten niet of niet geheel zijn toe te rekenen naar, of door middel van tarieven in de zin van deze wet in rekening te brengen zijn aan, individuele ziektekostenverzekeraars of verzekerden, of waarvan de bekostiging bij een zodanige toerekening dan wel een zodanige tarifiering marktversturend zou werken, en die niet op andere wijze worden bekostigd.”

Momenteel komen 28 'gevoelige' ziekenhuizen in aanmerking voor een beschikbaarheidsbijdrage voor de seh. Welke ziekenhuizen gevoelig zijn wordt bepaald aan de hand van de bereikbaarheidsanalyse die het RIVM jaarlijks doet op basis van de 45-minutennorm.

Voor invoering van een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh is het randvoorwaardelijk dat er een duidelijk kader komt met normen voor de beschikbaarheid van seh's. Daarbij moet de balans tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid centraal staan. Hierbij gaat het specifiek over een alternatief voor de 45-minutennorm en de visie op de toegankelijkheid en kwaliteit van acute zorg. Met andere woorden: het moet duidelijk zijn welke seh-capaciteit en kwaliteit waar beschikbaar moeten zijn. De bekostiging kan hier vervolgens op aansluiten met een vergoeding voor deze capaciteit op basis van

beschikbaarheid. Daarbij is het belangrijk om helder te hebben welke doelen de beschikbaarheidsbekostiging beoogt en de bekostiging zo in te richten dat die deze doelen ondersteunt. Tot slot is het essentieel om het meten en evalueren van de uitkomsten integraal onderdeel te maken van invoering van een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh. Hierdoor kunnen we evalueren of de bekostiging bijdraagt aan de doelen, wat het leerproces ondersteunt.

7.2 Aanpak

Voor dit deeladvies hebben wij gesproken met diverse relevante veldpartijen (FMS, NFU, NVSHA, NVSHV, NVZ en ZN) voor input en advies. Hun input is verwerkt in dit document. Daarnaast hebben wij vanuit betrokkenheid bij onder andere het msz-kostprijsonderzoek, de beschikbaarheidsbijdrage seh en betrokkenheid bij het Kwaliteitskader nuttige input kunnen verwerken in dit advies. De basis voor dit advies wordt gevormd door onze lijn ten aanzien van beschikbaarheidsbekostiging voor de seh die wij in 2022 hebben neergezet in ons [advies Passende acute zorg](#).

Tot de scope van dit tweede deeladvies beperken we ons tot de seh. De acute verloskunde, die momenteel net als de seh een beschikbaarheidsbijdrage kent, behoort niet tot de adviesaanvraag van de minister van VWS en valt daarmee buiten de scope.

7.3 Leeswijzer

In dit tweede deel van het advies werken we het thema beschikbaarheidsbekostiging seh verder uit. We starten in hoofdstuk 8 met de probleemanalyse. In hoofdstuk 9 staan we stil bij de visie op de acute zorg en het seh-landschap en het benodigde normenkader voor beschikbaarheid van de seh. In hoofdstuk 10 werken we de afbakening van de seh uit aan de hand van drie voorbeeldscenario's. Vervolgens kijken we in hoofdstuk 11 naar de vormgeving van de beschikbaarheidsbekostiging en brengen we de bijbehorende schoning van de huidige bekostiging in kaart. Hoofdstuk 12 gaat in op de gevolgen van een beschikbaarheidsbekostiging seh op de administratieve lasten en de te verwachten dynamiek en prikkels. Tot slot beschrijft hoofdstuk 13 onze conclusie over een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh.

8 Probleemanalyse

8.1 Inleiding

Op basis van de adviesvraag van de minister van VWS gaan we in dit vervolgadvis verder in op de mogelijkheid van een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh en de stappen die daarvoor gezet moeten worden. Voordat we deze stappen verder uitwerken, starten we dit advies met de probleemanalyse, op basis van de lijn uit het [advies Passende acute zorg](#) en het aanvullende onderzoek dat we hebben gedaan voor het huidige advies.

In dit hoofdstuk beschrijven we de knelpunten in de huidige bekostiging van de seh (als onderdeel van de ziekenhuisbekostiging) en lichten we toe hoe en onder welke voorwaarden een beschikbaarheidsbekostiging kan bijdragen aan het oplossen van deze knelpunten.

8.2 Knelpunten huidige situatie

Huidige bekostiging

In de acute zorgketen zien we dat veel schakels uit de keten reeds bekostigd worden op basis van beschikbaarheid, in verschillende vormen. Dit geldt voor onder andere de huisartsenposten, de regionale ambulancevoorzieningen (rav) en de acute ggz (de dienstapotheken kennen prestatiebekostiging maar worden in de praktijk op basis van beschikbaarheid gefinancierd). Binnen de acute zorgketen ontvangt de seh als uitzondering geen beschikbaarheidsbekostiging, maar is onderdeel van de prestatiebekostiging binnen de medisch-specialistische zorg (naast de msz prestatiebekostiging ontvangen ziekenhuizen die gevoelig zijn voor de 45-minutennorm een beschikbaarheidsbijdrage voor de seh, zie bijlagen B en C). Tot 2012 was er via de budgetten van de ziekenhuizen wel een gedeeltelijke vaste vergoeding in de vorm van een vast bedrag per adherente inwoner voor de ziekenhuizen.

De huidige bekostiging van de seh middels dbc-bekostiging stimuleert samenwerking in de acute zorgketen niet. De huidige bekostiging bevat juist een productieprikkel en stimuleert niet om patiënten te verplaatsen naar de juiste plek. De huidige msz-prestatiebekostiging kent daarnaast een onwenselijke kruissubsidie tussen acute zorg en electieve zorg. In directe dbc-omzet brengt de seh relatief weinig op en is doorgaans verliesgevend (te lage vergoeding), terwijl de electieve zorg in de regel meer opbrengt dan het kost (te hoge vergoeding). Dit geeft ziekenhuizen een prikkel om veel electieve zorg leveren om het verlies op de acute zorg te dekken. Tegenover de relatief lage directe opbrengsten van de seh staat dat de seh indirect wel een grote rol speelt in de dbc-omzet van een ziekenhuis. Een groot deel van de vervolgzorg (63% van alle ligdagen in 2021) komt het ziekenhuis binnen via de seh.

Contractering

De seh wordt op dit moment concurrentieel ingekocht door zorgverzekeraars. Deze concurrentiële inkoop past niet goed bij de beschikbaarheidsfunctie van de seh. Het in concurrentie onderhandelen met verschillende verzekeraars borgt geen integrale aanpak. Dit leidt mogelijk ook tot discussies over de fair share bijdrage van zorgverzekeraars die geen marktleider zijn. Daarnaast is met de huidige bekostiging en inkoop de beschikbaarheid van de seh niet per se geborgd. Als een ziekenhuis / seh onder financiële druk staat, heeft dat mogelijk sluiting van de seh tot gevolg.

Samenwerking en regie

Met een stijgende zorgvraag en schaars zorgpersoneel en andere middelen moeten er scherpe (politieke) keuzes gemaakt worden over de toekomst van onze acute zorg en de beschikbaarheid van seh's. Met de huidige bekostiging en regelgeving is er (behoudens de 45-minutennorm en beschikbaarheidsbijdrage seh) geen expliciete regie of sturing op een passend aanbod van seh's. Zorgverzekeraars kunnen hier als regionale zorginkoper wel op sturen, maar in de praktijk zien we dit weinig terug. Om de beschikbaarheid van de seh toekomstbestendig te organiseren, adviseren wij de minister van VWS om spoedig tot nieuwe normen daarvoor te komen.

8.3 Beschikbaarheidsbekostiging seh

In de vorige paragraaf hebben we de belangrijkste knelpunten in de huidige bekostiging van de seh toegelicht. Deze paragraaf licht toe hoe een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh kan bijdragen aan de oplossing van deze knelpunten en onder welke voorwaarden.

Voorwaarden

Een duidelijk kader met normen voor de beschikbaarheid van seh's is randvoorwaardelijk voor de invoering van een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh. Vanuit een stijgende zorgvraag en steeds schaarser personeel en middelen moeten scherpe (politieke) keuzes gemaakt worden over de toekomstige inrichting van de acute zorg. Dit op basis van nieuwe normen ter vervanging van de 45-minutennorm, waarbij de balans tussen toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid centraal staat. Hiermee kan expliciet gestuurd worden op een toekomstbestendig aanbod van seh's.

Bijdrage aan oplossing knelpunten

Een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh trekt de bekostigingsprikkel gelijk met de hap, de acute ggz en de ambulancezorg. Dit bevordert de samenwerking en maakt het makkelijker om afspraken te maken over het verplaatsen van zorg. Dit komt omdat geen van de partijen een direct financieel belang heeft bij het behandelen van extra patiënten. Bijkomend voordeel is dat beschikbaarheidsbekostiging voor de seh, vooral in combinatie met meerjarenafspraken voor de overige ziekenhuiszorg, financiële zekerheid kan geven om een transformatie te ondergaan. Ook kan een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh de ongewenste kruissubsidie tussen acute en electieve zorg verminderen. Voor het inkopen van de beschikbaarheidsbekostiging seh adviseren wij inkoop via representatie door zorgverzekeraars (zie paragraaf 11.3 voor toelichting). Dit sluit goed aan bij de beschikbaarheidsfunctie van de seh, met behoud van de belangrijke rol die zorgverzekeraars hebben als regionale zorginkoper.

Bekostiging en beschikbare middelen

Zoals hierboven toegelicht adviseren wij om een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh in te voeren, mits er een nieuw normenkader is voor de beschikbaarheid van de seh. Belangrijk om daarbij te benoemen is de relatie tussen de bekostiging en de beschikbare middelen. Een beschikbaarheidsbekostiging wordt soms ten onrechte gezien als een middel om lastige keuzes over de inzet van schaarse middelen (geld, personeel, etc.) niet te hoeven maken. Dat is niet juist:

- Een beschikbaarheidsbekostiging leidt **niet** tot een toename van beschikbare middelen. Daarmee is het geen oplossing voor de schaarste aan zorgpersoneel of andere middelen.
- Een beschikbaarheidsbekostiging kan **wel** bijdragen aan het optimaal inzetten van de beschikbare middelen, zoals het zorgpersoneel. Een zorgvuldige afweging met expliciete keuzes over de beschikbaarheid van de seh kan bijdragen aan een passend aanbod van seh's. Dit passende aanbod van seh's kan vervolgens gericht worden bekostigd met een beschikbaarheidsbekostiging.

9 Visie en normenkader voor beschikbaarheid seh's

9.1 Inleiding

Beschikbaarheidsbekostiging is een manier van bekostigen die een bepaalde capaciteit vergoedt en daardoor toegankelijk houdt, onafhankelijk van het aantal patiënten en de zorgvraag. Welke capaciteit daarbij toegankelijk moet worden gehouden, hangt wel af van de (te verwachten) zorgvraag.

Beschikbaarheidsbekostiging kan worden ingezet om cruciale zorgfuncties in stand te houden, die beschikbaar moeten zijn ongeacht het aantal patiënten. Beschikbaarheidsbekostiging is er om de verschillen tussen de kosten voor beschikbaarheid en de opbrengsten van de werkelijke zorgvraag te dekken. Dit wijkt af van de prestatiebekostiging, die voor veel onderdelen van de zorg de standaard is, waarbij de zorgaanbieder zonder productie ook geen inkomsten heeft en dus geen zorg kan blijven leveren. Zie bijlage E voor een beknopt overzicht van de bekostigingsvormen in de acute zorg.

Beschikbaarheidsbekostiging biedt de mogelijkheid om te sturen op wat een gewenst zorgaanbod zou zijn, met bijbehorende doelen zoals betere kwaliteit, betere toegankelijkheid, of een meer gedifferentieerd aanbod. Door het gewenste zorgaanbod (seh-landschap) als uitgangspunt te nemen voor de beschikbaarheidsbekostiging, kunnen zorgaanbieders in staat worden gesteld om de beweging naar het gewenste zorgaanbod te maken. De beschikbaarheidsbekostiging dekt dan de kosten die nodig zijn om dit zorgaanbod toegankelijk te houden.

Er zijn veel verschillende vormen van bekostiging op beschikbaarheid denkbaar. Elke vorm heeft zijn eigen voor- en nadelen en bevat andere financiële prikkels. Bij het ontwikkelen van een nieuwe bekostiging (op basis van beschikbaarheid) is het randvoorwaardelijk dat duidelijk is wat er precies bekostigd moet worden. Hierbij spelen de volgende vragen een belangrijke rol:

- 1. Landelijk: welke seh-capaciteit en kwaliteit moeten er beschikbaar zijn?**
Nieuw normenkader voor bereikbaarheid acute zorg en beschikbaarheid seh's
- 2. Hoe wordt de seh zorginhoudelijk afgebakend?**
Welke faciliteiten en zorgfuncties vallen onder de beschikbaarheidsbekostiging voor de seh?
- 3. Gaan we in de afbakening uit van één type seh of differentiëren we naar verschillende typen seh's?**
Differentiatie is mogelijk op basis van bijvoorbeeld populatie, capaciteit of functies.

Bovenstaande vragen werken we in dit advies verder uit. Dit hoofdstuk gaat in op de eerste vraag, in hoofdstuk 10 werken we de tweede en derde vraag uit.

9.2 Normenkader voor beschikbaarheid seh's

Voordat er een inhoudelijke afweging kan worden gemaakt hoe de seh in de toekomst bekostigd kan worden, is het randvoorwaardelijk dat er een heldere beleidsmatige visie met een normenkader voor de acute zorg in Nederland komt. Dit normenkader moet duidelijkheid verschaffen over de inrichting van de

acute zorg in het algemeen en het seh-landschap in het bijzonder. Het is aan de minister van VWS om dit normenkader op te stellen, waarna politieke besluitvorming plaats moet vinden.

Beschikbaarheid seh's

Welke seh-capaciteit en functies moeten er beschikbaar zijn en aan welke eisen op het gebied van kwaliteit en bereikbaarheid moeten deze voldoen?

Bij de invulling van deze vraag is het belangrijk dat de normen en kaders voor het seh-landschap enerzijds landelijk duidelijkheid scheppen over de toegankelijkheid en kwaliteit van de seh's en anderzijds genoeg ruimte geven voor regionale invulling van deze normen en kaders. Op deze manier wordt geborgd dat elke burger in Nederland toegang heeft tot acute zorg van goede kwaliteit, met ruimte voor regionale kenmerken die een grote rol spelen in de manier waarop de acute zorg en het aanbod van seh's zijn georganiseerd.

Concreet betekent dit dat er een (wettelijk) kader nodig is om de vergoeding te reguleren. Er moeten criteria worden vastgesteld voor het aanwijzen van de (locaties van) aanbieders van acute zorg die in aanmerking komen voor een beschikbaarheidsvergoeding via de beschikbaarheidsbekostiging. Belangrijk om te benoemen is dat onze scope daarbij dus expliciet breder is dan die van de huidige bestaande beschikbaarheidsbijdrage seh. We kijken in dit hoofdstuk naar de mogelijkheden voor een beschikbaarheidsbekostiging voor de landelijke seh-capaciteit. Dat is dus breder dan alleen de seh's van ziekenhuizen die gevoelig zijn voor de 45-minutennorm. Tegelijkertijd gaat deze beschikbaarheidsbekostiging niet automatisch één-op-één uit van het huidige aanbod aan seh's. Er moeten duidelijke normen en kaders komen die bepalen welke seh-capaciteit en functies beschikbaar moeten zijn. Op basis daarvan kan vervolgens een beschikbaarheidsbekostiging worden ingericht die de bijbehorende kosten vergoedt.

9.2.1 Beleidsagenda Toekomstbestendige acute zorg

Voor de beleidsmatige visie op de acute zorg en het gewenste seh-landschap in Nederland moeten er vanuit een stijgende zorgvraag en steeds schaarser wordende middelen scherpe (politieke) keuzes gemaakt worden over de toekomst van onze acute zorg. Het centrale doel hierbij is om acute zorg van goede kwaliteit voor iedereen toegankelijk te houden. Vanuit dit centrale doel heeft de minister van VWS in oktober 2022 de '[Beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg](#)' (hierna: Beleidsagenda) uitgebracht, met acties gericht op drie kernpunten: kwaliteit en toegankelijkheid van de acute zorg, zorgcoördinatie en samenwerking in de regio.

Vervangen 45-minutennorm

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) en in de Beleidsagenda is aangekondigd dat de huidige 45-minutennorm voor seh's en afdelingen acute verloskunde op termijn wordt vervangen. Momenteel loopt het proces voor het onderzoeken van de mogelijkheden voor het opstellen van nieuwe normen die daarvoor in de plaats komen (zie bijlage B voor meer informatie over de 45-minutennorm). Op 16 juni jl. heeft de minister van VWS in een Kamerbrief toegelicht welke inhoudelijke richting hij daarbij voor zich ziet en welke stappen zijn ingericht om te komen tot nieuwe normen voor toegankelijkheid en kwaliteit van acute zorg.

Het alternatief voor de 45-minutennorm zal van groot belang zijn voor de beleidsvisie op de inrichting van de acute zorg in Nederland, specifiek als het gaat om de afweging tussen kwaliteit en toegankelijkheid. Deze 45-minutennorm ligt ook ten grondslag aan de beschikbaarheidsbijdrage seh die we momenteel kennen. Zoals we eerder hebben beschreven in ons [advies op basis van de](#)

[marktverstoringstoets](#), is de huidige toepassing van de beschikbaarheidsbijdrage seh discutabel te noemen (voor toelichting over de beschikbaarheidsbijdrage seh zie bijlage C). Bij vervanging van de 45-minutennorm zal de beschikbaarheidsbijdrage seh in zijn huidige vorm ophouden te bestaan. De minister van VWS geeft in de Kamerbrief over de 45-minutennorm aan dat er getoetst moet worden wat het effect is van het wegvallen van deze beschikbaarheidsbijdrage, of aanvullende waarborgen nodig zijn om de toegankelijkheid te borgen en of een alternatief instrument gewenst is.

Toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid seh's

Bij het opstellen van nieuwe normen voor de acute zorg en de seh is het belangrijk om een balans te vinden tussen toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. In de politieke en maatschappelijke discussie over het herzien van de 45-minutennorm gaat het vaak over toegankelijkheid, afstand en de bereikbaarheid van seh's: burgers hechten er grote waarde aan dat zij in de buurt terecht kunnen en het lokale zorgaanbod is belangrijk voor de leefbaarheid van een regio. Vaak onderbelicht in deze discussie is het kwaliteitsaspect: aan welke kwaliteitseisen een seh moet voldoen en hoe geborgd wordt dat bereikbare zorg ook van goede kwaliteit is. Daarnaast speelt ook doelmatigheid en betaalbaarheid een belangrijke rol. Met schaars personeel en middelen is het belangrijk om kritisch te kijken hoe het seh-aanbod doelmatig georganiseerd kan worden (zie [advies Passende acute zorg](#), hoofdstuk 3). Zoals het ministerie van VWS aangeeft in haar Beleidsagenda is het niet haalbaar om alle vormen van acute zorg op elke plek te verlenen:

“We moeten beseffen dat het niet haalbaar en ook niet nodig is om alle vormen van acute zorg op elke plek in Nederland te verlenen. Voor veel mensen zal het een veilig gevoel geven als er een huisartsenpost of seh om de hoek zit. Dit is echter een schijnveiligheid, als de veiligheid en kwaliteit van acute zorg niet kan worden geborgd. Hiervoor zijn voldoende bekwame zorgmedewerkers nodig om deze zorg te verlenen. Het toegankelijk (in de zin van beschikbaar voor de patiënt) houden van kwalitatief goede acute zorg, vraagt dus om het vinden van een goede balans tussen zorgvraag, beschikbaarheid van voldoende zorgmedewerkers met voldoende ervaring, een juiste plek met juiste faciliteiten en het borgen van kwaliteitsnormen, inclusief tijdigheid van zorg voor specifieke tijdkritische aandoeningen. Dit vraagt om heldere kwaliteitsnormen, inclusief naleving en handhaving daarvan, zodat iedere burger bij acute klachten kan rekenen op goede acute zorg. Deze balans is niet overal in het land even makkelijk te creëren of te borgen, denk bijvoorbeeld aan de regio's aan de grens.”

Bron: [Het ministerie van VWS - Beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg](#)

In de praktijk zien we de afgelopen tijd terug dat het uitdagend kan zijn om invulling te geven aan de balans tussen toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van seh-zorg. We zien dat het sommige seh's niet lukt om te voldoen aan de normen van het Kwaliteitskader. . In de [Bereikbaarheidsanalyse seh's en acute verloskunde 2023](#) van het RIVM gaven 7 van de 83 seh's aan dat er niet altijd artsen aanwezig zijn die voldoen aan de minimale ervaringseis. Ook was er op 8 van de 83 seh's niet altijd een klinisch geriatr of internist ouderengeneeskunde beschikbaar. Dit speelt vooral in de anw-uren en wordt met name gedreven door personeelstekorten. De afgelopen tijd zagen meerdere ziekenhuizen zich mede door deze personeelstekorten gedwongen om, al dan niet tijdelijk, de seh te sluiten. Met de krappe arbeidsmarkt en de groeiende zorgvraag is het onwaarschijnlijk dat we hier op korte termijn verbetering in kunnen verwachten. Een bekostiging op basis van beschikbaarheid is dan ook geen magische oplossing die de arbeidstekorten kan oplossen. Wel kan een bekostiging op basis van beschikbaarheid gebruikt worden als instrument om optimale inrichting van het acute zorglandschap vanuit de bekostiging te stimuleren en ondersteunen.

9.2.2 Doel van een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh

Zoals we eerder in dit hoofdstuk beschreven is het randvoorwaardelijk voor invoering van een beschikbaarheidsbekostiging seh dat er duidelijke kaders komen voor de landelijke beschikbaarheid van seh's. Dit op basis van nieuwe normen ter vervanging van de 45-minutennorm, waarbij de balans tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid centraal staat.

Het is belangrijk om hierbij op te merken dat beschikbaarheidsbekostiging geen doel op zich is. Als beschikbaarheidsbekostiging niet wordt gekoppeld aan duidelijke doelen, prikkelt het namelijk niet tot het veranderen van de organisatie van de acute zorgketen. Het verstrekken van een beschikbaarheidsvergoeding zonder duidelijk normenkader voor beschikbaarheid van de seh vormt een prikkel om alle bestaande locaties in stand te houden, omdat het de financiële onzekerheid van de seh wegneemt. Dit stimuleert geen beweging naar een optimale organisatie van acute zorg met meer samenwerking. Daardoor zou het benodigde aanpassingen in de organisatie van zorg juist in de weg kunnen zitten.

In plaats daarvan moet centraal staan hoe beschikbaarheidsbekostiging als middel kan bijdragen aan de gewenste doelen en uitkomsten van de visie op de acute zorg en het seh-landschap. Een doel van de beschikbaarheidsbekostiging kan bijvoorbeeld zijn het garanderen van de 'brandweerfunctie' van de seh: in geval van nood moet de seh altijd beschikbaar zijn; de fysieke en personele infrastructuur en capaciteit moeten op orde en beschikbaar zijn ongeacht het aantal patiënten. Andere doelen van een beschikbaarheidsbekostiging zijn bijvoorbeeld het bijdragen aan meer differentiatie in het aanbod van seh's, of nadrukkelijker sturen op kwaliteit (bijvoorbeeld de normen uit het Kwaliteitskader). Door de doelen te concretiseren in kpi's kan er ook worden gemonitord of deze gehaald worden en kan zo nodig worden bijgestuurd.

9.2.3 Advies NZa

In paragraaf 9.2 hebben we stilgestaan bij de noodzaak tot een beleidsmatige visie op de acute zorg en een normenkader voor de beschikbaarheid van de seh. Dit normenkader is randvoorwaardelijk voor invoering van een beschikbaarheidsbekostiging seh. Wij adviseren om zo spoedig mogelijk tot een kader voor de beschikbaarheid van de seh te komen. Het is aan de minister van VWS om dit op te stellen (zoals toegelicht, worden op dat gebied al stappen gezet bij het proces rondom vervanging van de 45-minutennorm). Wij adviseren daarbij twee dingen:

1. **Regionale aansluiting en differentiatie aanbod seh's:** ruimte voor differentiatie naar verschillende typen seh om aan te sluiten bij regionale verschillen in de vraag en het aanbod van acute zorg.
2. **Kwaliteit:** sturen op naleving van kwaliteitseisen, op basis van een kritische beoordeling welke balans tussen toegankelijkheid en kwaliteit haalbaar is.

Regionale aansluiting en differentiatie aanbod seh's

Het is essentieel dat beschikbaarheidsbekostiging voor de seh goed aansluit op de beweging naar een passend regionaal aanbod van (acute) zorg. In het kader van deze beweging zijn zorgpartijen de afgelopen maanden gezamenlijk bezig geweest met het opstellen van regiobeelden (op zorgkantoonniveau) en ROAZ-beelden (specifiek voor de acute zorg). Op basis van deze beelden moeten de zorgpartijen uiterlijk 1 januari 2024 de regioplannen en ROAZ-plannen opleveren. In deze plannen staan een passend regionaal zorgaanbod en de belangrijkste veranderopgaven om daartoe te komen centraal.

Om met de beschikbaarheidsbekostiging seh goed aan te sluiten bij deze beweging, is het belangrijk dat de kaders voor beschikbaarheid van de seh voldoen aan de volgende twee punten:

- **Landelijke duidelijkheid:** het is belangrijk dat de kaders voor de beschikbaarheid van de seh duidelijkheid scheppen over de normen op het gebied van toegankelijkheid en kwaliteit.
- **Regionale ruimte:** binnen de landelijke normen moet er genoeg ruimte zijn om te differentiëren voor verschillende in de regionale zorgvraag en het zorgaanbod.

Daarom vinden we het wenselijk dat de beschikbaarheidsbekostiging in de afbakening ruimte biedt voor differentiatie naar verschillende typen seh. Zorginhoudelijke differentiatie in het profiel van seh's kan helpen om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de regionale zorgvraag. Zo kan bijvoorbeeld het ene ziekenhuis zich nog meer richten op hoog-complexe spoedzorg, terwijl het andere ziekenhuis zijn seh of spoedpost meer inricht op laag-complexe spoedzorg. Als hier in de regio ook duidelijke afspraken met de ambulancezorg over worden gemaakt, komt de patiënt meteen op de juiste plek en kunnen zorgpersoneel en faciliteiten optimaal worden ingezet.

Kwaliteit

Tot slot kan een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh ook nadrukkelijker sturen op de kwaliteit van de geleverde zorg. Uit de bereikbaarheidsanalyses die het RIVM de afgelopen jaren heeft uitgevoerd, weten we dat ziekenhuizen niet altijd voldoen aan de minimale kwaliteitseisen van het Kwaliteitskader. We vinden het belangrijk dat seh-zorg voldoet aan geldende kwaliteitseisen, zodat een burger met acute zorgvraag altijd kan rekenen op kwalitatief goede zorg. Daarom vinden we het wenselijk om hierop te sturen met de bekostiging. Praktisch betekent dit het volgende:

1. Bij het opstellen van een normenkader voor het aanbod van seh's moet kritisch worden gekeken welke balans tussen kwaliteit en toegankelijkheid haalbaar is, gegeven de schaarse capaciteit aan personeel en middelen.
2. De seh's die op beschikbaarheid worden bekostigd krijgen via deze bekostiging alle kosten vergoed die nodig zijn om aan deze kwaliteitseisen te voldoen;
3. Seh's die niet voldoen aan de benodigde kwaliteitseisen ontvangen geen beschikbaarheidsbekostiging of worden daarop gekort.

Hoe dit in de praktijk zou kunnen worden vormgegeven, is nog nader uit te werken. Daarbij is het belangrijk om op te merken dat de IGJ gaat over het toezicht op kwaliteit en de NZa over de bekostiging. Samen met IGJ zou te zijner tijd in nadere uitwerking gekeken kunnen worden naar de mogelijkheden om dit vorm te geven.

10 Afbakening seh

10.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk hebben we stil gestaan bij een normenkader voor de beschikbaarheid van de seh, dat randvoorwaardelijk is voor invoering van een beschikbaarheidsbekostiging. In dit hoofdstuk gaan we in op een tweede randvoorwaarde voor bekostiging van beschikbaarheid: een inhoudelijke afbakening van de functie seh. Hier speelt de vraag wat er beschikbaar gehouden dient te worden: welke functies en faciliteiten worden toegerekend aan de seh en vallen daarmee onder de beschikbaarheidsbekostiging? Bijvoorbeeld de gehele seh-afdeling, de minimale normen uit het Kwaliteitskader, een basisteam van één arts-seh en één seh-verpleegkundige of mogelijk ook functies die randvoorwaardelijk zijn aan het leveren van spoedzorg. Voor de afbakening speelt ook de vraag aan welke kwaliteitseisen de seh moet voldoen en welke faciliteiten en personeel dat vereist.

10.2 Afbakening seh

Bij het afbakenen van de seh zijn de volgende aspecten relevant:

- **Afbakening zorg seh:** Voor welke vormen van zorg en welke faciliteiten en functies geldt de beschikbaarheidsbekostiging?

Is dit bijvoorbeeld voor alleen een basisteam (arts-seh en seh-verpleegkundige), alle functies op de seh, ook voor achterwachten en ondersteunende functies buiten de seh die worden ingezet, of voor alle onderdelen die in het Kwaliteitskader staan genoemd? In hoeverre worden bijvoorbeeld ook de Eerste Harthulp (ehh), het observatorium, de spoedpoli, de acute opname afdeling (aoa) en de Intensive Care (ic) deels toegerekend aan de seh?

- **Toerekeningsvraagstukken:** hoe rekenen we de kosten aan de seh toe van functies die deels bij de seh horen en deels bij de rest van het ziekenhuis?

Dat de seh-arts en de seh-verpleegkundige (grotendeels) zijn toe te rekenen aan de seh, is een logisch gegeven. De complexiteit zit in het toerekenen van de functies die meer indirect of deels beschikbaar moeten zijn voor de seh. Deze functies zijn vaak maar ten dele gelieerd aan de seh en leveren ook zorg aan andere patiënten. Een oogarts die bijvoorbeeld achterwacht staat voor de seh, is in de praktijk wellicht 1% van zijn of haar tijd bezig op de seh en de internist bijvoorbeeld 20%. Het is zeer lastig te bepalen wat de werkelijke inzet is en daarmee welke kosten van een functie gelieerd zijn aan de seh. Een belangrijk issue hierbij is het risico op dubbele bekostiging. De oogarts en de internist worden immers al bekostigd uit de dbc-opbrengsten binnen de prestatiebekostiging. Als deze artsen in de toekomst ook gedeeltelijk bekostigd worden via de beschikbaarheidsbekostiging voor de seh, dan dient er uit de prestatiebekostiging of in de contractering te worden geschoond (of 'verlaagd') om dubbele bekostiging te voorkomen. Hier komen we op terug in hoofdstuk 11.

- **Differentiatie in de afbakening:** gaat de beschikbaarheidsbekostiging uit van één uniforme afbakening voor alle seh's, of wordt er gedifferentieerd naar verschillende typen seh?

In de praktijk is er veel variatie in hoe de seh en de aanpalende functies worden ingericht. Daarnaast is er sprake van aanzienlijke verschillen tussen ziekenhuizen wat betreft patiëntenaantallen op de seh en complexiteit van zorg. In Nederland worden ziekenhuizen ingedeeld in drie verschillende levels (level 1, 2 en 3) op basis van de complexiteit en het niveau van medische zorg dat wordt aangeboden (zie bijlage D voor toelichting). Gegeven deze

verschillen tussen seh's speelt de vraag of er wordt gedifferentieerd in de beschikbaarheidsbekostiging: gaat de beschikbaarheidsbekostiging uit van één uniforme afbakening voor alle seh's, of wordt er gedifferentieerd om rekening te houden met de genoemde verschillen? Manieren om te differentiëren in de afbakening van de seh's zijn bijvoorbeeld op basis van functies (zoals de level-indeling van de ziekenhuizen) of op basis van populatie (aantal inwoners in het adherentiegebied van de seh). Differentiatie op basis van een combinatie van factoren zoals functie én populatie is ook mogelijk, maar maakt het wel erg complex. In algemene zin geldt: hoe meer differentiatie in de afbakening, hoe complexer de uitvoering van de bekostiging. Een te complexe differentiatie maakt de bekostiging onuitvoerbaar.

10.2.1 Conclusie

Aansluitend op de visie met normenkader voor de beschikbaarheid van seh's en de afweging op welke doelen de beschikbaarheidsbekostiging seh zich moet richten, zijn de hiervoor benoemde drie aspecten erg belangrijk bij het afbakenen van deze bekostiging. Deze aspecten zullen een grote rol spelen in enerzijds de complexiteit van, en anderzijds het draagvlak voor, een beschikbaarheidsbekostiging seh.

Om goed aan te sluiten bij de beweging naar passende acute zorg is het belangrijk dat de afbakening van de beschikbaarheidsbekostiging seh enerzijds duidelijkheid schept over welke faciliteiten en functies eronder vallen en anderzijds genoeg ruimte geeft om te differentiëren vanwege verschillen in de regionale zorgvraag en het zorgaanbod. Daarom vinden we het wenselijk om in de afbakening van de beschikbaarheidsbekostiging te differentiëren.

10.3 Voorbeeldscenario's afbakening seh

Om in dit advies een proceslijn en stappenplan te schetsen, werken we in deze paragraaf drie mogelijke voorbeeldscenario's uit voor de afbakening van de seh: 1) een basis-seh, 2) conform de minimumnormen uit het Kwaliteitskader, en 3) conform de minimumnormen uit het Kwaliteitskader, met differentiatie. Zoals eerder ook toegelicht, vinden we het belangrijk dat een beschikbaarheidsbekostiging seh ruimte geeft om te differentiëren om aan te sluiten bij verschillen tussen seh's in omvang en functie. Daarom heeft scenario 3 (Kwaliteitskader met differentiatie) de voorkeur van de NZa.

In de drie voorbeeldscenario's voor de afbakening van de seh hebben we uitgangspunten verwerkt die mogelijk van toepassing *kunnen zijn*. We hebben ervoor gekozen om drie scenario's uit te werken, maar feitelijk zijn er tal van mogelijke scenario's denkbaar. Deze scenario's kunnen variëren op de totale schaal van 'basis' tot aan volledige bekostiging op beschikbaarheid van alles wat lieert aan de seh. Belangrijk om hierbij op te merken: als een afbakening niet alle kosten van de seh dekt, betekent dit niet dat de overige kosten van deze seh niet gedekt worden. Het betekent simpelweg dat deze kosten niet aan de beschikbaarheidsbekostiging worden toegerekend, maar moeten worden vergoed via de msz-prestatiebekostiging. In tabel 4 geven we een overzicht van de verschillende scenario's.

Tabel 4: Drie voorbeeldscenario's voor de afbakening van de seh

Scenario	Indicatieve afbakening	Doel	Toelichting
Scenario 1 'Basis-seh'	24/7 arts-seh en seh-verpleegkundige, kapitaallasten, materieel en overheadkosten	Instandhouding 'brandweerfunctie' absolute minimum seh	Dit scenario is gebaseerd op de oude afbakening van de beschikbaarheidsbijdrage seh (tot en met 2021).
Scenario 2 'Kwaliteitskader'	Afbakening van scenario 1 plus geriatrische expertise, specialisten in achterwacht, laboratorium, röntgen, apotheek, klinische chemie en medische microbiologie, etc. zie bijlage D voor een overzicht van de kwaliteitsnormen	Instandhouding seh conform Kwaliteitskader	Dit scenario is gebaseerd op een afbakening die de minimumnormen van het Kwaliteitskader volgt.
Scenario 3 'Kwaliteitskader met differentiatie'	Afbakening van scenario 2 plus differentiatie naar verschillende typen seh, bijvoorbeeld op basis van de level-indeling of adherentiegebied van de seh	Instandhouding seh conform Kwaliteitskader met oog voor de praktijkvariatie tussen seh's.	De basis voor dit scenario is een afbakening die de minimumnormen van het Kwaliteitskader volgt. Daarnaast wordt gedifferentieerd voor verschillende typen seh's.

Scenario 1: 'basis-seh'

In dit scenario wordt er een beperkt deel van de seh bekostigd middels de beschikbaarheidsbekostiging. Het gaat hier om de 24/7 beschikbaarheid van een arts-seh, de seh-verpleegkundige, kapitaallasten, materiaal en overheadkosten. De arts-seh is de aanduiding voor een arts die op de seh werkt. In sommige gevallen is dit een 'seh-arts KNMG' met een profielerkenning voor de spoedeisende geneeskunde, maar dit hoeft niet. De arts-seh kan bijvoorbeeld ook een anios met een jaar werkervaring zijn, of een medisch specialist (voor de leesbaarheid gebruiken we in dit advies overal de term arts-seh). De afbakening van dit scenario komt overeen met de dekking van de beschikbaarheidsbijdrage seh tot 2021. Na 2021 zijn kosten voor achterwachtfuncties tijdens anw toegevoegd aan de beschikbaarheidsbijdrage. De keuze voor dit scenario kent onderstaande gevolgen:

- Het scenario is universeel: ieder ziekenhuis heeft een arts-seh en seh-verpleegkundige en daarmee is het op ieder ziekenhuis van toepassing. Dit scenario biedt kans om een normatieve bekostiging te ontwikkelen, dit is een bekostiging waar iedere seh hetzelfde minimale normbedrag ontvangt.
- Het scenario is relatief eenvoudig implementeerbaar. Doordat de afbakening slechts twee volledige functies omvat, kan goed worden vastgesteld wat de omvang van de bekostiging gaat worden. In tegenstelling tot de andere twee scenario's hoeft er geen gedeeltelijke toerekening gemaakt te worden voor andere functies, die ook deels aan andere typen zorg in het ziekenhuis toegerekend moeten worden, zoals het laboratorium.
- Het scenario is goed herkenbaar. Dit maakt het voor alle betrokken partijen goed te volgen en uitvoerbaar.
- Dit scenario sluit aan bij de minimale personele inzet voor de seh, die een zogenaamde brandweerfunctie uitoefent en bij uitstek op rustige momenten geen zorg levert maar wel kosten maakt (arts-seh en seh-verpleegkundige). Dit basisteam voor de seh wordt in dit scenario bekostigd ongeacht het aantal patiënten dat op de seh komt. Voor het beschikbaar houden van

dit basisteam is er dus geen financiële prikkel om extra patiënten te behandelen en is er geen financieel knelpunt als er minder patiënten komen.

- Een potentieel nadeel van dit scenario is dat niet alle functies die in het Kwaliteitskader zijn omschreven als minimale norm voor de seh zijn meegenomen in deze afbakening. Hierdoor bestaat de mogelijkheid dat de andere functies die beschikbaar moeten zijn voor de seh verlieslatend kunnen zijn omdat het ziekenhuis bijvoorbeeld te maken heeft met lage patiëntenaantallen.

Scenario 2: 'Kwaliteitskader'

In dit scenario worden de minimumnormen van het Kwaliteitskader gevolgd als basis voor de afbakening van de seh. Hiermee worden, in lijn met de normen in het Kwaliteitskader, naast de arts-seh en de seh-verpleegkundige ook o.a. functies als de achterwachten, de OK, het laboratorium en de beeldvormende diagnostiek betrokken bij de bekostiging.

- Dit scenario kan worden gekozen als het doel is om de seh met al haar minimale vereisten aan functies via beschikbaarheidsbekostiging te garanderen. Dit scenario biedt als voordeel dat alle functies die het Kwaliteitskader als minimumvereiste stelt voor de seh worden inbegrepen bij de beschikbaarheidsbekostiging. Hierbij moet worden opgemerkt dat het Kwaliteitskader aan verandering onderhevig kan zijn en dat de bekostiging dus aangepast moet worden als het Kwaliteitskader aangepast wordt.
- Dit scenario is naast compleet ook complex te noemen. Hoewel de meeste functies die zorg leveren concreet worden benoemd en gekwantificeerd in het Kwaliteitskader, geldt dit niet voor alle functies die op en rond de seh actief zijn. Ook hiervoor moet een afweging worden gemaakt.
- Voor de functies die inbegrepen worden in het kwaliteitskader, moet de complexe afweging worden gemaakt in welke mate deze toegerekend kunnen worden aan de seh. In hoeverre is bijvoorbeeld een laboratorium toe te rekenen aan de seh? Dit toerekeningsvraagstuk is complex omdat het lastig is om per functie te bepalen in hoeverre deze toe te rekenen is aan de seh of aan electieve zorg. In algemene zin geldt dat hoe meer functies worden toegevoegd aan de afbakening van de seh, hoe meer toerekeningsvraagstukken er zijn en hoe complexer het wordt.
- Ten slotte zorgt de variatie in het aanbod van zorg mogelijk ook voor complexiteit. Waar het ene ziekenhuis een breed scala aan functies op en rond de seh heeft, zal het andere ziekenhuis een minder uitgebreide inrichting hebben van de spoedzorg en toch voldoen aan het kwaliteitskader en mogelijk dezelfde level-indeling hebben. Dit brengt verschillende kostenniveaus met zich mee.

Scenario 3: 'Kwaliteitskader met differentiatie'

De basis voor dit scenario is het zojuist beschreven scenario 2 'Kwaliteitskader', met als toevoeging dat in dit scenario 3 daar bovenop ook nog gedifferentieerd wordt naar verschillende typen en/of schaalgrootte van de seh.

- Differentiatie naar grootte en/of type van seh's kan worden vormgegeven op basis van verschillende parameters. Zo kan er gedifferentieerd worden op de grootte van de seh op bijvoorbeeld de populatie (bijv. adherentiegebied ziekenhuis) of een maat voor capaciteit (bijv. omvang seh-team). Daarnaast kan er ook gedifferentieerd worden op basis van aanvullende

functies en faciliteiten (bijvoorbeeld aan de hand van de level-indeling van het ziekenhuis, zie bijlage D). Differentiatie op basis van een combinatie van parameters is ook mogelijk, maar maakt het complexer (bijv. level-indeling in combinatie met adherentiegebied).

- Dit scenario biedt ruimte om rekening te houden met veranderingen in het acute zorglandschap. We zien de afgelopen jaren steeds meer differentiatie in het seh-aanbod, waarbij regionaal wordt gekeken hoe het aanbod van seh's het beste kan worden vormgegeven. Tegelijkertijd zien we dat het ziekenhuizen niet altijd lukt om met de seh 24/7 te kunnen voldoen aan de normen van het Kwaliteitskader. Zorgpersoneel is schaars en de zorgvraag stijgt in omvang en complexiteit, dit vraagt om een kritische blik: welke balans tussen kwaliteit en toegankelijkheid is haalbaar? Dit roept de vraag op of het wenselijk is om in de toekomst meer te differentiëren in de kwaliteitseisen voor de seh. Met verschillende kwaliteitseisen voor verschillende typen seh's kan mogelijk beter worden aangesloten bij de regionale vraag en de precare balans tussen kwaliteit en toegankelijkheid. Dit scenario biedt de ruimte om bij dit soort ontwikkelingen aan te sluiten.
- Bij dit scenario is -nog meer dan bij scenario 1 en 2- essentieel dat er duidelijkheid is over de visie op het gewenste aanbod van seh's en bijbehorend normenkader. Dit is nodig omdat er hier specifiek voor wordt gekozen om seh's gedifferentieerd te bekostigen. Dat vraagt dus ook duidelijkheid over hoe het seh-landschap eruit moet zien.
- Dit scenario is een stuk complexer dan scenario 1 en 2. Waar er bij die scenario's één uniforme beschikbaarheidsvergoeding geldt voor alle seh's, zullen er bij scenario 3 verschillende bedragen gelden voor de beschikbaarheidsvergoeding, afhankelijk van de kenmerken van de seh. Dit zou in de praktijk bijvoorbeeld kunnen betekenen dat er wordt gedifferentieerd op level-indeling met een vergoedingsbedrag per level, of dat er gedifferentieerd wordt op populatie en de beschikbaarheidsvergoeding opschaalt met het aantal inwoners in het adherentiegebied van de seh.

10.3.1 Advies over afbakening van de seh

In dit hoofdstuk hebben we drie voorbeeldscenario's beschreven voor de afbakening van de seh. Deze scenario's hebben verschillende voor- en nadelen. Als wij deze tegen elkaar afwegen, dan zien wij dat scenario 3 (Kwaliteitskader met differentiatie) het best past bij een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh. Voordeel van dit scenario is dat het de ruimte geeft om met de bekostiging goed aan te sluiten bij het huidige aanbod. Daarnaast geeft de differentiatie de benodigde flexibiliteit om aan te sluiten bij het toekomstige aanbod van seh's in Nederland. Dit scenario doet daarmee recht aan het volume en type zorg dat verleend wordt.

Scenario 1 is gebaseerd op een basisteam en -faciliteiten en scenario 2 gaat uit van de minimumeisen van het Kwaliteitskader. Daarmee is de bekostiging van de beschikbaarheid van de seh in enge zin geborgd. Een groot ziekenhuis met veel patiënten zal in de praktijk bijna altijd een groter team hebben rondlopen. Met alleen een basisteam is er bij grotere aantallen patiënten geen sprake meer van echte beschikbaarheid. Dit wordt voorkomen door in scenario 3 te differentiëren, bijvoorbeeld op basis van populatie, verwachte benodigde capaciteit of de functies van het ziekenhuis.

Door te differentiëren benadert men ook dichter de realiteit; de kosten van de seh variëren afhankelijk van de grootte en faciliteiten. Ter illustratie, [een onderzoek uit 2013 van de TUDelft](#) laat zien dat de middelste 50% van de ziekenhuizen (in termen van seh-uitgaven) tussen de 2,9% en 6,6% van de kosten toerekende aan de seh. Deze grote mate van variatie komt ook terug in [een Nederlands](#)

[onderzoek](#) naar de eigenschappen van de seh's in Nederland. In 2016 had een seh gemiddeld 23 duizend seh-bezoeken per jaar, maar dit varieerde tussen de 6 duizend en 53 duizend. In hetzelfde jaar varieerde het aantal seh-verpleegkundigen van 11 fte tot 65 fte per seh met een gemiddelde van 28 fte. Deze cijfers ondersteunen de noodzaak van differentiatie. Bij het differentiëren moet wel geborgd worden dat dit niet te complex wordt vormgegeven, zodat de bekostiging uitvoerbaar blijft.

11 Bekostiging en schoning

11.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we in op de mogelijkheden voor het vormgeven van een beschikbaarheidsbekostiging. Hiervoor kijken we eerst naar de mogelijkheid om binnen de huidige bekostiging afspraken te maken. Daarna gaan we in op de mogelijke vormgeving van een beschikbaarheidsbekostiging specifiek voor de seh en geven we advies welk bekostigingsmodel het meest passend is.

11.2 Mogelijkheden binnen de huidige bekostiging

In ons eerdere [advies Passende acute zorg](#) beschreven we de mogelijkheid voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om binnen de huidige bekostiging afspraken te maken over het vergoeden van de seh op basis van beschikbaarheid. Dit is mogelijk doordat er in de bekostiging en tariefregulering veel vrijheden zijn om afspraken te maken op een hoger niveau dan de losse dbc-prestaties en bijbehorende tarieven. Wel zijn er hiervoor verschillende randvoorwaarden waar in de praktijk niet makkelijk aan wordt voldaan.

Zo moet de overeenkomst betrekking hebben op een significant deel van de omzet en dienen meerdere zorgverzekeraars bereid te zijn een afspraak te volgen. Ook zijn er risico's dat zorg verschuift naar andere zorgaanbieders waar nog wel een vergoeding op basis van prestaties geldt. Daarnaast vereisen dit soort afspraken een volwassen relatie tussen ziekenhuis en zorgverzekeraars en kost het opzetten van een dergelijke bekostiging aan beide kanten (veel) inspanning.

Hoewel er voorbeelden zijn van contractering waarbij aanneemsommen voor het gehele ziekenhuis overeen worden gekomen, zien we in de praktijk nog maar weinig concrete voorbeelden van beschikbaarheidsbekostiging specifiek voor de seh. Een van de weinige uitzonderingen is het Maasstad ziekenhuis, dat met verzekeraars een vaste aanneemsom heeft afgesproken voor de seh, in combinatie met een prestatiebeloning op basis van kpi's.

Maasstad Ziekenhuis

In 2022 sloot het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam een 'waardegedreven' zorgcontract af. Binnen deze nieuwe contractvorm ligt de nadruk op het leveren van kwaliteit in plaats van volume. Specifiek voor de spoedeisende zorg binnen het ziekenhuis is de volumeprikkel vervangen door een vaste aanneemsom (ongeacht het aantal behandelingen) met daarbij een bonus die wordt uitgekeerd indien kwaliteitsdoelen worden behaald. Deze kwaliteitsdoelen zijn geformuleerd in meetbare kpi's (bijvoorbeeld verminderen seh-stops) die door ziekenhuis en zorgverzekeraar samen zijn ontwikkeld.

Het waardegedreven zorgcontract is ontstaan vanuit de gezamenlijke ambitie van het ziekenhuis en zorgverzekeraars. Hoewel het doorvoeren van de verandering binnen alle lagen van het ziekenhuis in eerste instantie de nodige moeite kostte, zijn de ervaringen bij zowel het Maasstad Ziekenhuis als de zorgverzekeraars positief. Zo zijn de seh-stops afgenomen. Ten slotte vereist deze contractvorm voor beide partijen een nieuwe manier van kijken naar zorg: de focus in de gesprekken ligt nu meer op de inhoud dan op het geld.

11.2.1 Inzicht seh-kosten

Wij vinden het wenselijk om te onderzoeken of de kosten van de seh-afdeling in de toekomst kunnen worden uitgevraagd door de NZa en in welke vorm deze beschikbaar kunnen worden gesteld aan veldpartijen. De NZa zou hiervoor een informatieproduct kunnen uitbrengen. Deze informatie kan helpen om de seh-kosten inzichtelijk te maken en zo het invoeren van een beschikbaarheidsbekostiging makkelijker te maken. Daarnaast kan inzicht in de huidige kosten van de seh zorgverzekeraars en zorgaanbieders ook helpen bij het maken van afspraken binnen de huidige bekostiging.

Op dit moment vragen wij deze kosten nog niet apart uit omdat de kosten van de seh verwerkt zitten in de kosten van de zorgproducten. We weten uit [wetenschappelijk onderzoek](#) dat deze kosten sterk variëren. Deze kosten zou de NZa kunnen uitvragen in de uitvraag van het jaarlijkse kostprijsonderzoek msz. Dit gaat echter wel gepaard met een (beperkte) stijging van de administratieve lasten. Hoe groot deze extra administratieve last daadwerkelijk is hangt ervan af in hoeverre kosten nu al worden doorbelast aan de seh op basis van bijvoorbeeld een interne kostenplaats.

11.3 Vormgeving beschikbaarheidsbekostiging

De bekostiging bepaalt op welke manier en voor welke prestatie een zorgaanbieder een vergoeding kan ontvangen bij het leveren van zorg. Voor het grootste gedeelte van de medisch-specialistische zorg geldt dat de bekostiging gebeurt op basis van prestaties en bijbehorende tarieven. Hierbij krijgt een zorgaanbieder meer geld als hij meer zorgproductie levert. Hier kan wel een limiet aan zitten, bijvoorbeeld als er in de contractering met verzekeraars afspraken worden gemaakt over een omzetplafond.

In tegenstelling tot de prestatiebekostiging waarbij de hoeveelheid geleverde zorg centraal staat, kan de bekostiging ook gebaseerd zijn op het beschikbaar houden van capaciteit voor de zorgverlening. Er zijn verschillende modellen van beschikbaarheidsbekostiging denkbaar, waarbij zowel de aard van het model als de uitvoering en financiering kunnen verschillen. Het bekostigingsmodel gaat over waarvoor de zorgaanbieder vergoeding krijgt, het financieringsmodel gaat over de manier waarop de zorgaanbieder deze vergoeding ontvangt.

Bekostigingsmodellen

Er zijn grofweg twee wijzen waarop een zorgaanbieder bekostigd kan worden voor het beschikbaar houden en leveren van zorg. Ten eerste kan dit op basis van een vergoeding voor capaciteit, zoals in de ambulancezorg gebruikelijk is. Dat kan gaan om de werkelijke capaciteit of een capaciteit bepaald aan de hand van bijvoorbeeld kwaliteitsnormen. Ten tweede kan dit via populatiebekostiging. Hierbij wordt er op basis van de populatie waarvoor een zorgaanbieder zorg levert een bekostiging opgesteld. Zo kan er bijvoorbeeld een vast bedrag per inwoner in het werkgebied van de zorgaanbieder worden vergoed. Dit model kennen we bij de huisartsenposten.

Financieringsmodellen

Bij het inrichten van een model voor financiering wordt gekeken naar de wijze waarop de zorgaanbieder geld ontvangt. De financiering van beschikbaarheid kan plaatsvinden aan de hand van een lumpsum. De partij die betaalt, geeft de aanbieder dan periodiek een vast bedrag. Er is dus een constante geldstroom voor de aanbieder. Een andere wijze van financiering is naar rato van gebruik of per geleverde prestatie. In een dergelijk model declareert de aanbieder/uitvoerder per geleverde prestatie. Een eventueel verschil tussen gedeclareerde omzet en vastgestelde vergoeding wordt achteraf verrekend. Om liquiditeitsproblemen te voorkomen kan dit model worden gecombineerd met het betalen van voorschotten.

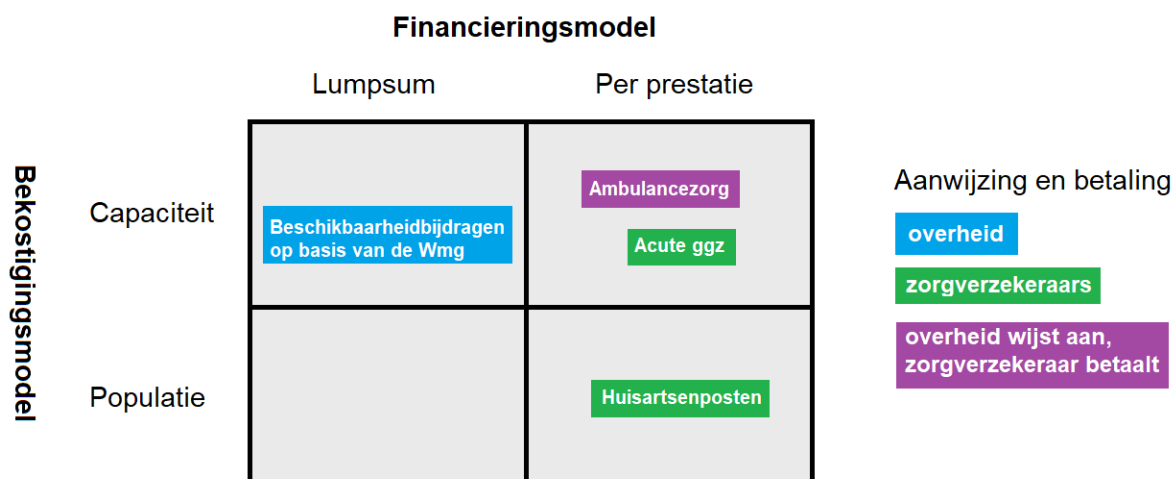
Aanwijzing en betaling

Daarnaast is er ook nog een keuze te maken in de manier waarop vastgesteld wordt aan welke partij betaald wordt en hoe de betaling vervolgens plaatsvindt. Dit kan ten eerste via een vergoeding door de zorgverzekeraars, zoals dat gebeurt bij de acute ggz of de huisartsenposten. Ten tweede kan de overheid besluiten om via een beschikbaarheidsbijdrage op basis van de Wmg een zorgaanbieder aan te wijzen en een vergoeding vast te stellen. Voorbeeld hiervan is de (huidige) beschikbaarheidsbijdrage seh. Een derde optie is een combinatie van de eerste twee opties, waarbij de overheid de zorgaanbieders aanwijst, en de zorgverzekeraars de aanbieders betalen. Deze combinatievorm zien we terug bij de regionale ambulancevoorzieningen.

Inkoopmodellen

Als de aanwijzing en betaling gebeurt door zorgverzekeraars speelt nog de vraag op welke manier de inkoop plaatsvindt. We kennen hierbij drie inkoopmodellen: 1) inkoop in concurrentie, 2) volgbeleid en 3) inkoop via representatie. Traditioneel wordt er ingekocht in concurrentie. Als een type zorg zich niet leent voor concurrentie tussen zorgaanbieders en indien congruentie wenselijk is voor de zorginkoop, kan er worden ingekocht volgens een volgbeleid of via representatie. [Onder voorwaarden](#) is een dergelijke samenwerking toegestaan door de ACM als dat bijdraagt aan de Juiste Zorg op de Juist Plek (jzojp). Zo dienen, onder andere, de afspraken gebaseerd te zijn op een feitelijk een openbaar regiobeeld en moeten de doelstellingen concreet meetbaar en toetsbaar zijn en beschreven worden in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Congruent inkopen kan zonder mededingingsrisico's via [een volgbeleid](#). Hierbij moet het initiatief wel bij de zorgaanbieder liggen en heeft de zorgverzekeraar de vrijheid om niet te volgen. Voor het inkopen via representatie is het noodzakelijk om dit wettelijk te laten vastleggen. In figuur 2 geven we een overzicht van de verschillende manieren waarop een beschikbaarheidsbekostiging vorm kan worden gegeven met enkele voorbeelden.

Figuur 2: Verschillende manieren om beschikbaarheidsbekostiging vorm te geven



Gedeeltelijke bekostiging via prestaties

Bij de invoering van een beschikbaarheidsbekostiging seh wordt ten minste een gedeelte van de kosten overgeheveld van een bekostiging op basis van prestaties naar de beschikbaarheidsbekostiging. Indien de beschikbaarheidsbekostiging niet de volledige kosten van de seh-functie dekt, moeten de resterende kosten alsnog gedekt worden uit de reguliere prestaties (en overige inkomsten). Deze kosten blijven dus lopen via de dbc-systematiek. Hoe ruimer de afbakening van de beschikbaarheidsbekostiging, hoe kleiner de omvang van deze resterende kosten die niet binnen de beschikbaarheidsbekostiging vallen.

In scenario 1 (basis-seh) is de afbakening het smalst en zal de omvang van de kosten die buiten de beschikbaarheidsbekostiging vallen het grootst zijn. Naar gelang de differentiatie, zullen de resterende kosten in scenario 3 (Kwaliteitskader met differentiatie) het kleinst zijn, en daarmee is de bekostiging uit dbc-zorgproducten voor de seh in dat scenario minimaal. Dat een beschikbaarheidsbekostiging niet alle uitgaven dekt is niet ongewoon; Zo kennen [Denemarken en Australië](#) ook een bekostigingsmodel voor de seh waar het grootste gedeelte van de kosten van de seh gedekt wordt door een vaste beschikbaarheidsbekostiging. Daarbij zijn er aanvullende inkomsten op basis van de productieafspraken.

Voor het geheel lostrekken van de seh van de ziekenhuisbekostiging zal er dus in ieder geval voor scenario 1 en 2 een aanvulling moeten zijn om de kosten te dekken omdat deze scenario's niet kostendekkend zullen zijn voor grotere/uitgebreidere seh's. Deze aanvulling zou kunnen door de ontwikkeling van aparte seh-dbc's. De NZa vindt het ontwikkelen van losse seh-dbc's niet wenselijk. Voor passende bekostiging van de msz kijken we steeds integraler naar dbc's, opknippen past daar niet bij.

Eigen risico

Bij invoering van een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh moet er gekeken worden of en hoe het eigen risico wordt aangesproken. Op dit moment worden de kosten die gemaakt worden op de seh verhaald op het (vrijwillige) eigen risico voor zover dat mogelijk is. Het restant van de kosten wordt vergoed via het basispakket. Een beschikbaarheidsbekostiging sluit niet uit dat het eigen risico van mensen kan worden aangesproken. Zo is ook bij de ambulancezorg, die een beschikbaarheidsbekostiging kent, het eigen risico van toepassing. Hiervoor zijn tarieven en voorwaarden vastgesteld. Ook in de bekostiging van de acute ggz is er sprake van prestaties met een vast tarief om deze te verhalen op het eigen risico.

Flexibiliteit versus stabiliteit in de bekostiging

In de huidige praktijk zien we regionale differentiatie in de manier waarop het aanbod van seh's in Nederland is vormgegeven. Door verschillende factoren zal het landschap van de acute zorg de komende jaren in verandering blijven. Een voorbeeld daarvan is het Kwaliteitskader Spoedzorgketen dat verder doorontwikkeld kan worden of patiëntenstromen die veranderen over de tijd. Het is dan ook belangrijk dat de bekostiging aansluit bij mogelijke veranderingen en deze niet in de weg staat. Tegelijkertijd moeten zorgverzekeraars en zorgaanbieders weten waar zij aan toe zijn voor de continuïteit van hun bedrijfsvoering. Het is dus onwenselijk dat er zich jaar op jaar (onverwachte) grote veranderingen in bekostiging voordoen. De ROAZ-plannen/beelden kunnen samen met nieuwe normen een belangrijke rol spelen door inzicht te geven in veranderingen die ondersteund dienen te worden door de bekostiging.

Met een budget impactanalyse (bia) kunnen de mogelijke kostenontwikkelingen van veranderingen in de kwaliteitsnormen worden becijferd. Een bia kan besluitvorming over het toepassen van een kwaliteitsnorm ondersteunen.

Van beschikbaarheidsbijdrage seh naar beschikbaarheidsbekostiging seh

Bij de invoering van een beschikbaarheidsbekostiging is het belangrijk om vooraf duidelijk te hebben hoe de transitie van de ziekenhuizen die nu een beschikbaarheidsbijdrage seh ontvangen moet verlopen. Bij de invoering van een beschikbaarheidsbekostiging, op basis van een nieuw normenkader, vervalt namelijk de huidige bestaande beschikbaarheidsbijdrage seh. Momenteel komen 28 ziekenhuizen met een seh die gevoelig is voor de 45-minutennorm in aanmerking voor deze subsidie van de overheid.

Een gedeelte van deze ziekenhuizen ontvangt deze bijdrage al gedurende een langere tijd. De uitgaven binnen deze instellingen zijn afgestemd op deze inkomsten, en er zijn mogelijk afspraken met zorgverzekeraars gemaakt over inkoop van zorg op de seh.

Het andere deel van de instellingen komt pas sinds kort in aanmerking voor deze bijdrage waardoor er mogelijk minder evenwicht is tussen enerzijds de kosten en anderzijds de inkomsten uit de beschikbaarheidsbijdrage seh en de inkomsten via de zorgverzekeraar. Dit kan bij de onderhandelingen leiden tot discussies tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Door als overheid van tevoren tijdig duidelijkheid te geven over de uitfasering van de beschikbaarheidsbijdrage seh, kan het veld anticiperen op het verdwijnen van de beschikbaarheidsbijdrage seh en afspraken maken over de zorginkoop.

Metten van uitkomsten

Zoals eerder vermeld, vinden wij het concretiseren en evalueren van verwachtingen en effecten een essentieel en integraal onderdeel van wijzigingen in de bekostiging. Dit kan gebeuren op basis van nader op te stellen kpi's zoals we in deel 1 van dit advies ook al aangaven. Over het algemeen zien we dan ook dezelfde paramaters voor ons voor proces, output en uitkomsten. Voor een gedeelte zullen de kpi's afhankelijk zijn van de verdere invulling van een dergelijke bekostiging, bijvoorbeeld van de afbakening en de verschillende vormen van differentiatie

11.3.1 Advies over vormgeving beschikbaarheidsbekostiging

Hoe een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh kan worden vormgegeven, werken we in dit advies op hoofdlijnen uit. Dit hangt immers sterk samen met een normenkader voor beschikbaarheid van de seh en de afbakening van de bekostiging. Deze zijn nu nog niet voorhanden. Wel gaan we hier op hoofdlijnen in op de belangrijkste punten die nu al kunnen worden meegegeven met betrekking tot de uitvoering en inkoop van de beschikbaarheidsbekostiging.

Uitvoering en inkoop

We hebben in 2021 in de [marktverstoringstoets](#) onderzocht wat het zou betekenen als de huidige beschikbaarheidsbijdrage seh vervangen zou worden door prestaties en tarieven. Onze conclusie was dat er geen marktverstoring zou optreden, waardoor de huidige beschikbaarheidsbijdrage niet legitiem is. Het ligt volledig in lijn der verwachtingen dat dit ook geldt voor de gehele markt voor seh's. Het instrument beschikbaarheidsbijdrage is daarmee geen logisch model voor bekostiging van beschikbaarheid van seh's.

Inkoop via representatie door zorgverzekeraars van seh zorg heeft onze sterke voorkeur. Dit model past het beste bij de bekostiging van een beschikbaarheidsfunctie. Ook brengt het de bekostiging in lijn met andere beschikbaarheidsfuncties voor de acute zorg, zijnde de ambulancezorg, de huisartsenposten en

de acute ggz. Zo kan de zorgverzekeraar als regionale zorginkoper zijn rol pakken en wordt de samenhang met de overige zorg in het ziekenhuis en de regio geborgd.

Lange termijn

Binnen de acute zorgketen ontvangt de seh momenteel als uitzondering geen beschikbaarheidsbekostiging, het is onderdeel van de prestatiebekostiging binnen de msz. In paragraaf 8.3 hebben we beschreven waarom de invoering van een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh een logische stap is om te zetten. Voor de echt lange termijn is het interessant om ook na te denken over een integrale beschikbaarheidsbekostiging voor de hap en seh samen, of zelfs voor de gehele acute zorgketen. Dit behoort echter niet tot de scope van dit onderdeel van het advies. In deel 1 van dit advies, betreffende de integratie van hap en seh, gaan we hier wel verder op in.

11.4 Schoning

Achtergrond

Bij de invoering van een nieuwe bekostiging moet ook de oude bekostiging worden aangepast. Als dit niet gebeurt kan er dubbele bekostiging ontstaan. Het aanpassen van de bekostiging doen we door te “schonen”. De wijze waarop de schoning plaatsvindt, hangt af van een aantal factoren. De belangrijkste van deze factoren is de exacte invulling en uitvoering van de beschikbaarheidsbekostiging. Zo zal de afbakening van grote invloed zijn op de schoning. Als duidelijk is welke zorg onder de beschikbaarheidsbekostiging valt, kan worden bepaald hoeveel dit kost en hoeveel er vervolgens geschoond moet worden uit de huidige prestatiebekostiging.

Indien er wordt gekozen voor een afbakening die overeenkomt met **scenario 1 (basisteam seh)** zullen de bijbehorende kosten relatief beperkt zijn, waardoor er weinig geschoond hoeft te worden. In **scenario 2 (Kwaliteitskader)** zullen de kosten hoger zijn, en zijn deze kosten nog steeds gelijk voor elk ziekenhuis. Wel komt hierbij een complexer toerekening vraagstuk kijken. Zo zijn er veel specialismen die conform het Kwaliteitskader bereikbaar en beschikbaar zijn en zorg verlenen aan seh-patiënten. De vergoeding hiervoor zit momenteel in de reguliere prestaties verwerkt, en de toerekening hiervan aan de seh is erg complex. Een bredere afbakening, zoals bijvoorbeeld **scenario 3 (Kwaliteitskader met differentiatie)**, zal een hogere vergoeding via beschikbaarheidsbekostiging betekenen. Daarnaast zal er door de differentiatie ook variatie in de afbakening en bijbehorende kosten zitten.

Bij het schonen is het ten eerste belangrijk dat de tarieven worden aangepast. Daarnaast dient er ook in de contractafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder rekening te worden gehouden met de beschikbaarheidsbekostiging van de seh. Hieronder werken we beide zaken uit.

11.4.1 Schoning van de tarieven

Het onderbrengen van seh-zorg onder beschikbaarheidsbekostiging leidt zonder maatregelen tot dubbele bekostiging. De kosten van de seh zijn op dit moment namelijk verwerkt in de tarieven van de dbc-zorgproducten in zowel het vrije als het gereguleerde segment. De inkomsten uit deze dbc's worden binnen het ziekenhuis weer verdeeld om de faciliteiten van het ziekenhuis, waaronder de seh, te bekostigen. In de tarieven zit dus ruimte om de kosten voor de seh te dekken. Bij het ongewijzigd laten van de tarieven in combinatie met het invoeren van een beschikbaarheidsbekostiging zal er bij dezelfde productie zowel betaald worden op basis van de beschikbaarheidsbekostiging als op basis van de dbc-productie. De zorgaanbieder ontvangt hierdoor een dubbele vergoeding.

Afbakening en schoning

Het schonen van de seh-kosten uit de huidige dbc's en andere zorgproducten is een technische ingreep binnen de kostentoerekening in het kostprijsmodel msz. De complexiteit zit hem hierbij vooral in het identificeren van functies en faciliteiten en het bepalen van de omvang van de bijbehorende kosten die aan de seh moeten worden toegerekend. Hiervoor moet allereerst een definitieve keuze worden gemaakt over de afbakening van de seh-bekostiging en worden bepaald welke kosten daarbij horen. Dit kunnen bijvoorbeeld bij scenario 1 de kosten zijn van één arts-seh en één seh-verpleegkundige. Aangezien de kosten voor één arts-seh en één seh-verpleegkundige in dit voorbeeld binnen de beschikbaarheidsbekostiging gaan vallen, hoeven deze geen onderdeel meer uit te maken van de tarieven van de zorgproducten en zijn dit de kosten die geschoond moeten worden. De seh kent naast de kosten voor personeel ook andere (in)directe kosten die kunnen worden toegerekend. Zoals de kosten voor de achterwachten, overhead, materiaal en kapitaallasten. Als deze componenten ook bekostigd dienen te worden via de beschikbaarheidsbekostiging, dan zal hiervan ook moeten worden bepaald wat de kosten zijn en vervolgens geschoond moeten worden

Gereguleerde en vrije tarieven

Er zijn in totaal circa 3.500 verschillende zorgproducten, waaronder dbc-zorgproducten en overige zorgproducten (inclusief add-ons). De NZa stelt de inhoud en omschrijving van de zorgproducten vast. Voor een gedeelte van de zorgproducten, het gereguleerde segment, stelt de NZa ook de maximumtarieven vast op basis van een kostprijsonderzoek. Voor het vrije segment worden er geen tarieven bepaald door de NZa. De prijs van een dbc-zorgproduct in het vrije segment komt tot stand na onderhandeling tussen zorgverzekeraar en aanbieder.

In een kostenonderzoek msz vraagt de NZa informatie op bij zorgaanbieders om te komen tot tarieven voor de prestaties. In het kostenonderzoek wordt geen informatie opgevraagd specifiek voor de seh, omdat er geen seh-prestaties zijn. De kosten voor de seh, maar ook andere kosten voor zaken zoals facilitaire diensten en de Raad van Bestuur worden op basis van verdeelsleutels verdeeld over alle zorgproducten. Hierbij wordt er onderscheid gemaakt tussen bijvoorbeeld personeelskosten, welke worden verdeeld op basis van fte's, en gebouw-gebonden kosten die weer verdeeld worden op basis van vierkante meters. De verdeelde kosten vormen, samen met de eigen directe kosten van een afdeling, de totaalkosten van een afdeling. Met behulp van deze informatie kan worden berekend hoeveel een bepaalde zorgactiviteit kost en daarmee ook de zorgproducten waarin deze zorgactiviteiten zijn opgenomen. De dbc-tarieven worden vervolgens gebaseerd op de gemiddelde kostprijs.

Het aanpassen van de tarieven en prijzen van zowel het gereguleerde als vrije segment is belangrijk omdat ziekenhuizen een verschillende mix van beide segmenten kennen. Dit betekent dat het ene ziekenhuis relatief meer dbc's uit het gereguleerde segment declareert dan het andere ziekenhuis. Bij het niet gelijktijdig schonen van zowel het gereguleerde als vrije segment ontstaat er een concurrentievoordeel dan wel -nadeel, afhankelijk van welk aandeel van de omzet voortkomt uit dbc's met gereguleerde tarieven. Om de schoning van het vrije segment uit de contracten te ondersteunen zou door de NZa, in samenwerking met het veld, een handreiking opgesteld kunnen worden met verdere instructies. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten dit vervolgens onderling doorvoeren. Bijkomend voordeel is dan dat de tarieven voortaan geen kosten voor de seh meer bevatten. Hierdoor ontvangen zorgaanbieders die geen seh hebben hier ook geen dekking meer voor vanuit de tarieven. Dit maakt de tarieven zuiverder.

11.4.2 Integrale schoning kosten door de zorgverzekeraar

Bij het invoeren van een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh zal, naast het schonen van tarieven, hier ook in de contractafspraken met de zorgverzekeraar rekening mee moeten worden gehouden. Stel

bijvoorbeeld dat er wordt gekozen voor de beschikbaarheidsbekostiging van scenario 1 en dat de bijbehorende kosten hiervan X euro per jaar per instelling bedragen. Dit bedrag wordt vervolgens per instelling aan de ziekenhuizen betaald via de beschikbaarheidsbekostiging. Tegelijkertijd moet dit bedrag in mindering worden gebracht op het omzetplafond in de contractafspraken met dezelfde zorgaanbieder. Randvoorwaardelijk hiervoor is dat vooraf bekend is welk bedrag er via de beschikbaarheidsbekostiging loopt en dat dit niet gedurende het jaar kan veranderen. Hierdoor zou de invoering in theorie budgetneutraal ingevoerd kunnen worden.

Hoewel dit eenvoudig klinkt, kan de praktijk weerbarstiger zijn door moeizame onderhandelingen. ZN heeft aangegeven dat het schonen zeer lastig te realiseren is en vaak vooruit wordt geschoven. Hierdoor kan er in de praktijk sprake zijn van een toename van de zorguitgaven. De overheid moet duidelijk zijn in de doelen die worden nagestreefd met de invoering van een beschikbaarheidsbekostiging. Als dit niet gebeurt, ontstaat het risico op (extra) wrijving in de onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder door verschillen in perspectief.

Het perspectief van het ziekenhuis kan bijvoorbeeld zijn dat de beschikbaarheidsbekostiging een extra tegemoetkoming is voor het beschikbaar houden van een bepaalde capaciteit en functionaliteit. Tegelijkertijd kan het perspectief van de zorgverzekeraar zijn dat het moet gaan om een verschuiving van geldstromen binnen de contractering. Wrijving hierover in de contractering zal transformatie van het zorglandschap eerder in de weg staan dan ondersteunen; dit moet worden voorkomen. Zoals hiervoor ook al benoemd, zou de NZa in samenwerking met het veld een handreiking kunnen opstellen om de schoning van de seh-kosten uit de contracten te ondersteunen. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten dit vervolgens onderling doorvoeren.

Bij de bepaling van de beschikbaarheidsvergoeding, en daarmee ook de schoning, kan het marktaandeel van zorgverzekeraars een discussiepunt vormen. Waar er in een prestatiebekostiging per patiënt (die verzekerd is bij één zorgverzekeraar) kan worden afgerekend, is dit niet mogelijk bij een beschikbaarheidsbekostiging. Om de lasten van een budget onder zorgverzekeraars te verdelen, wordt er vaak gekeken naar het marktaandeel van elke zorgverzekeraar. Hierbij kunnen er discussies ontstaan over bijvoorbeeld het adherentiegebied of de verzekerde populatie. Daarnaast heeft invoering van een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh ook effect op de risicoverevening. Bij invoering van de beschikbaarheidsbekostiging is het belangrijk om hier voldoende aandacht voor te hebben en te onderzoeken of dit aanpassing vraagt. Idealiter worden veranderingen in de bekostiging, indien nodig, tegelijkertijd doorgevoerd in de risicoverevening.

Tot slot zullen ziekenhuizen zich moeten inspannen om inzichtelijk te maken hoe de geldstromen voor de vakgroepen veranderen. Een schoning in de contractafspraken kan namelijk ook leiden tot nieuwe interne verdeelissues binnen het ziekenhuis. Doordat er een apart kader voor de beschikbaarheidsbekostiging komt en de reguliere tarieven worden geschoond, lijkt het alsof de vergoeding vanuit de zorgverzekeraar voor de rest van de zorgverlening van het ziekenhuis omlaag gaat. In werkelijkheid loopt een deel van de bekostiging via een ander, transparanter, pad naar de seh, in plaats van de huidige situatie waarin de kosten voor de seh in alle dbc's zijn verwerkt. Dit kan zorgen voor discussies binnen ziekenhuizen, tussen het ziekenhuis en het medisch-specialistisch bedrijf (msb) en tussen vakgroepen onderling. Het inzichtelijk maken van de veranderingen in geldstromen binnen het ziekenhuis kan belangrijke input vormen om deze discussies te beslechten.

12 Gevolgen

12.1 Inleiding

Bij een verandering in de bekostiging moet er niet alleen gekeken worden naar de doelen die worden nagestreefd met de verandering, maar ook naar de gevolgen die een dergelijke verandering heeft op andere vlakken. Invoering van een beschikbaarheidsbekostiging seh is een zeer omvangrijke wijziging in de bekostiging. Dit vraagt daarmee ook om een uitvoerige analyse van de gevolgen. Hiervoor is het noodzakelijk dat er duidelijkheid is over de normen voor de beschikbaarheid van seh's en de afbakening van de bekostiging. Omdat deze duidelijkheid nog ontbreekt, brengen we de gevolgen in dit hoofdstuk slechts op hoofdlijnen in kaart. We kijken daarbij naar de gevolgen van de invoering van een beschikbaarheidsbekostiging op de administratieve lasten en de dynamiek en prikkels.

12.2 Administratieve lasten

Bij vrijwel elke verandering in bekostiging zal er in de praktijk in ieder geval een tijdelijke toename zijn van administratieve lasten. Daarnaast kan een verandering in de bekostiging ook een structureel effect hebben op de administratieve lasten. Tijdens de consultatie hebben partijen aangegeven veel belang te hechten aan het minimaliseren van de administratieve lasten. Voor het invoeren van een bekostiging op basis van beschikbaarheid zijn er verschillende variabelen die effect hebben op de tijdelijke en structurele administratieve lasten.

Tijdelijk zal er een sterke eenmalige stijging van de administratieve lasten zijn bij de invoering van beschikbaarheidsbekostiging. Dit komt doordat er extra informatie zal moeten worden uitgevraagd, de dbc-tarieven moeten worden herzien in zowel het gereguleerde als vrije segment en er zal ook in de contractering het nodige veranderen.

Wij verwachten een beperkte toename van de structurele administratieve lasten. De structurele administratieve lasten op de werkvloer van de seh kunnen alleen afnemen als de zorgaanbieder, zorgverzekeraar en overheid ook de verplichte registratie vereenvoudigen en verminderen. Dit is niet vanzelfsprekend aangezien een groot gedeelte van de administratie verschillende doeleinden kent zoals interne verantwoording, kwaliteitsregistraties en (kosten)onderzoek. Zorgactiviteiten zullen waarschijnlijk nog steeds geregistreerd moeten worden om de zorglevering inzichtelijk te maken. Hierdoor is het onwaarschijnlijk dat de administratieve lasten die gepaard gaan met de dbc-registratie verminderen.

Ook het bijhouden van kpi's voor evaluatie, en mogelijk ook voor prestatieafspraken, kunnen zorgen voor extra administratieve lasten. Welke administratieve handelingen er precies geschrapt zouden kunnen worden of er juist bij zouden moeten komen, dient gezamenlijk te worden vastgesteld. Een belangrijk aandachtspunt is het aantal en de complexiteit van de budgetparameters die worden gehanteerd bij de beschikbaarheidsbekostiging van de seh. Hoe eenvoudiger en duidelijker deze budgetparameters zijn, hoe minder administratieve lasten. Tot slot is ook de mate van onderhoudsgevoeligheid bij veranderingen van de bekostiging van grote invloed op de administratieve lasten. Ook hier valt op voorhand weinig te zeggen over de exacte administratieve last die ontstaat.

Kortom, er zijn veel onzekerheden met betrekking tot de administratieve lasten. De invoering van beschikbaarheidsbekostiging gaat eenmalig gepaard met een (grote) stijging van de administratieve lasten. Structureel verwachten we geen aanzienlijke stijging in de administratieve lasten. Deze hangen

vooral af van de technische uitvoering. Het is dan ook belangrijk dat de administratieve lasten hierbij in de gaten worden gehouden.

12.3 Dynamiek en prikkels

In deze paragraaf staan we op hoofdlijnen stil bij de prikkels die ontstaan bij het invoeren van een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh. We kijken specifiek naar het effect op productieprikkels en wat de invoering betekent voor de rol van de zorgverzekeraar en de contractering.

Afbakening beschikbaarheidsbekostiging

De keuze voor een afbakening speelt een grote rol in de prikkels die een beschikbaarheidsbekostiging bevat. Invoering van een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh op basis van scenario 1 zorgt voor een 'level playing field'. Dit komt omdat alle ziekenhuizen in dat scenario een beschikbaarheidsbekostiging voor het basisteam seh ontvangen. Dit in plaats van de huidige situatie waarin alleen gevoelige ziekenhuizen de beschikbaarheidsbijdrage seh ontvangen. Indien de beschikbaarheidsbekostiging wordt ingezet voor elke bestaande seh gaan er van de bekostiging weinig prikkels uit om te veranderen.

Scenario 2 bevat met name een prikkel tot het halen van de minimumeisen van het Kwaliteitskader. Scenario 3 biedt veel vrijheid om uitvoering van de bekostiging te specificeren. Door de differentiatie kunnen er ook verschillende prikkels voor verschillende typen ziekenhuizen / seh's geboden worden. Zo biedt het scenario de mogelijkheid om vanuit het belang van toegankelijkheid een kleine seh te bekostigen zodat deze open kan blijven. Tegelijkertijd kunnen andere ziekenhuizen bekostigd worden op het beschikbaar houden van een seh met bijzondere functies (op basis van de level-indeling van het ziekenhuis) of een grote capaciteit (op basis van adherente populatie). De huidige bekostiging en contractering bieden hier ook mogelijkheden voor, maar die worden in de praktijk maar weinig gebruikt.

Productieprikkel

Beschikbaarheidsbekostiging vermindert de productieprikkel van de seh. Bij beschikbaarheidsbekostiging wordt er capaciteit neergezet op basis van de beschikbaarheidsvergoeding. Deze vergoeding wordt bijvoorbeeld in scenario 1 gebaseerd op het minimaal benodigd personeel en in scenario 3 bijvoorbeeld op de benodigdheden voor uitvoering van de functies van de seh of het adherentiegebied van het ziekenhuis. Door te werken met een beschikbaarheidsvergoeding bevat de bekostiging weinig prikkels om meer te gaan behandelen als dit medisch gezien niet noodzakelijk is. Ook trekt het de prikkels gelijk met de prikkels in bijvoorbeeld de bekostiging van de hap en de acute ggz. Dit bevordert de samenwerking omdat geen van de partijen een direct financieel belang heeft bij het behandelen van extra patiënten. Bijkomend voordeel is dat beschikbaarheidsbekostiging voor de seh, vooral in combinatie met meerjarenafspraken voor de overige ziekenhuiszorg, zekerheid kan geven om een transformatie te ondergaan.

Tegelijkertijd blijft er een sterke productieprikkel aanwezig binnen het ziekenhuis. Dit komt omdat de patiënten die via de seh binnenkomen gemiddeld 63% van alle ligdagen in het ziekenhuis representeren (data 2021, bron: Monitor acute Zorg 2023). Deze vervolgzorg is, ook in het geval van een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh, vaak nog steeds gebaseerd op productie. Daardoor blijft er een sterke productieprikkel aanwezig om via de seh vervolgzorg binnen te halen. Bij de invoering van een beschikbaarheidsbekostiging bestaat er ook een risico op 'gaming'. Hierbij worden zorgactiviteiten mogelijk verschoven van het gedeelte met een beschikbaarheidsbekostiging (de seh) naar het gedeelte met prestatiebekostiging (de rest van het ziekenhuis). Hierdoor zou de invoering van een beschikbaarheidsbekostiging gepaard kunnen gaan met een stijging van de zorguitgaven. Om de

risico's hiervan te beperken, dient er een scherpe afbakening te zijn van de beschikbaarheidsbekostiging.

Contractering en inkoop

Met de invoering van een beschikbaarheidsbekostiging krijgen zorgverzekeraars in de contractering met de zorgaanbieder minder ruimte om vanuit hun regio rol te sturen op een passend en doelmatig zorgaanbod. De zorgverzekeraar maakt dan namelijk niet meer over het gehele ziekenhuis vrije afspraken in de contractering. In plaats daarvan lopen de afspraken over de seh via de beschikbaarheidsbekostiging, met inkoop via representatie (meest passende inkoopmodel, zie sectie 11.3.1). Daarom is het belangrijk dat de beschikbaarheidsbekostiging voor de seh wordt gebaseerd op een heldere visie met duidelijke normen, die zorgverzekeraars in staat stelt om hun rol bij de beschikbaarheidsbekostiging goed in te kunnen vullen.

Bij een beschikbaarheidsbekostiging kunnen de kosten van de seh worden verdeeld over de verzekeraars op basis van marktaandeel. Hierbij betalen zorgverzekeraars die veel verzekerden met seh-gebruik hebben in verhouding evenveel voor de seh als zorgverzekeraars die een relatief gezonde verzekerde populatie hebben die weinig gebruik maken van de seh. Dit raakt ook aan de risicoverevening. Idealiter worden veranderingen in de bekostiging, indien nodig, tegelijkertijd doorgevoerd in de risicoverevening.

13 Conclusie

In dit tweede deel van ons advies hebben we stilgestaan bij de mogelijkheid van een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh en de stappen die daarvoor gezet moeten worden. Daarbij hebben we gekeken naar de probleemanalyse, visie en normen voor beschikbaarheid, de afbakening, vormgeving van de bekostiging, schoning en tot slot de gevolgen.

Probleemanalyse

In ons [advies Passende acute zorg](#) uit maart 2022 hebben wij een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh geadviseerd. De huidige dbc-bekostiging stimuleert samenwerking in de acute zorgketen niet. Zij bevat juist een productieprikkel en stimuleert niet om patiënten te verplaatsen naar de juiste plek. Ook past de huidige concurrentiële inkoop door zorgverzekeraars niet goed bij de beschikbaarheidsfunctie van de seh, dit borgt geen integrale aanpak. Daarnaast is met de huidige bekostiging en inkoop de beschikbaarheid van de seh niet per se geborgd. Als een ziekenhuis onder financiële druk staat heeft dat mogelijk sluiting van de seh tot gevolg. Tot slot ontbreekt in de huidige situatie expliciete regie of sturing op een passend aanbod van seh's. Zorgverzekeraars kunnen hier als regionale zorginkoper wel op sturen, maar in de praktijk zien we dit weinig terug.

Beschikbaarheidsbekostiging seh

Invoering van een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh trekt de bekostigingsprikkels gelijk met de hap, de acute ggz en de ambulancezorg. Deze vorm van bekostiging geeft zorgaanbieders financiële zekerheid, bevordert de samenwerking en maakt het makkelijker om afspraken te maken over het verplaatsen van zorg. Inkoop in representatie door zorgverzekeraars is daarbij het meest passend. Zo kan de zorgverzekeraar als regionale zorginkoper zijn rol pakken en wordt de samenhang met de overige zorg in het ziekenhuis en de regio geborgd. Wij concluderen daarom ook dat een beschikbaarheidsbijdrage via de overheid geen geschikte bekostigingsvorm is. Belangrijk om te benoemen: een beschikbaarheidsbekostiging is geen oplossing voor personeelstekorten of andere schaarste aan middelen, maar kan wel bijdragen aan het optimaal inzetten van deze schaarse middelen.

Afbakening seh

Voor de vormgeving van een beschikbaarheidsbekostiging is het essentieel om de functie(s) van de seh goed af te bakenen. Hierbij kan het Kwaliteitskader Spoedzorgketen een belangrijke rol spelen. Door een heldere afbakening wordt duidelijk wat er precies bekostigd moet worden. Voor alle duidelijkheid: wij pleiten niet voor een landelijke blauwdruk. Wij adviseren sterk om hierbij differentiatie toe te passen; afhankelijk van bepaalde kenmerken (zoals bijvoorbeeld de grootte van het adherentiegebied of de level-indeling van het ziekenhuis). Dit sluit goed aan bij de diversiteit die we zien in het acute zorglandschap.

Transitie naar nieuwe bekostiging

Bij het invoeren van beschikbaarheidsbekostiging vervalt de huidige beschikbaarheidsbijdrage seh (voor 28 gevoelige ziekenhuizen). Voor veldpartijen dient het duidelijk te zijn hoe deze transitie moet verlopen. Om dubbele bekostiging te voorkomen, moeten daarnaast de tarieven van de dbc-zorgproducten worden geschoond van kosten die onder de beschikbaarheidsbekostiging gaan vallen. Ook zullen zorgverzekeraars hun contractafspraken moeten aanpassen. Dit is een complex proces. Het is daarom belangrijk dat de NZa zorgverzekeraars en ziekenhuizen ondersteunt zodat de schoning goed verloopt.

Vervolgstappen

Samen met het ministerie van VWS en alle betrokken zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere veldpartijen gaan we graag aan de slag met de vervolgstappen voor een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh. Deze vervolgstappen staan globaal beschreven in tabel 5.

Tabel 5: Stappen richting beschikbaarheidsbekostiging seh

Nr.	Stap	Instrument	Wie is aan zet?
1.	Passend regionaal aanbod van seh's	Publiek normenkader voor bereikbaarheid acute zorg en beschikbaarheid seh's	Het ministerie van VWS
2.	Afbakening van de seh voor de beschikbaarheidsbekostiging	Concrete afbakening die duidelijk maakt welke zorgfuncties en faciliteiten onder de beschikbaarheidsbekostiging seh vallen, inclusief kaders voor differentiatie in de afbakening (<i>indien van toepassing</i>).	Het ministerie van VWS (<i>NZa kan adviseren over toerekeningsvraagstukken en vormgeving differentiatie, op basis van input veldpartijen</i>)
3.	Keuze passend bekostigingsmodel	Besluit van het ministerie van VWS over een passend bekostigingsmodel, op basis van advies NZa.	Het ministerie van VWS (<i>NZa adviseert</i>)
4.	Vormgeving van de beschikbaarheidsbekostiging	Praktische invulling van de bekostiging, op basis van de afbakening en het gekozen bekostigingsmodel	NZa
5.	Schoning van de beschikbaarheidsbekostiging uit de dbc-tarieven	Kostprijsonderzoek om de gereguleerde dbc-tarieven (en overige zorgproducten) te schonen.	NZa
6.	Schoning van de beschikbaarheidsbekostiging uit de contracten	Handreiking NZa om partijen te ondersteunen bij het schonen van dbc's in het vrije segment in de contractering	Zorgverzekeraars en zorgaanbieders (<i>NZa stelt handreiking op</i>)

Consultatie en vervolg



14 Consultatie en vervolg

14.1 Aandachtspunten consultatie

Dit advies is breed geconsulteerd bij alle deelnemers van de IZA-tafel acute zorg (23 partijen, zie bijlage A voor een overzicht). Logischerwijs hebben wij dan ook veel verschillende reacties ontvangen op dit advies, waarbij er zowel voorstanders als tegenstanders zijn voor de gekozen richtingen. Dit geeft aan dat er veel belangen spelen bij de betrokkenen. Wij danken alle partijen voor hun waardevolle input, het heeft ons geholpen om het advies aan te scherpen en completer te maken.

Een groot deel van de reacties uit de consultatie hebben wij in het advies verwerkt waar deze van toepassing waren. Daarnaast gaven sommige partijen ook aan bepaalde onderdelen te missen. Veel van deze zaken raakten wel aan het advies maar vielen buiten de scope van de adviesvraag van de minister van VWS. Andere reacties hadden betrekking op verdere uitwerkingen en de gevolgen daarvan. Deze kunnen pas in een later stadium worden uitgewerkt. Partijen hebben tijdens de consultatie van dit advies aangegeven bij de verdere uitwerking hiervan betrokken te willen worden. Ondanks dat wij deze zaken niet binnen het advies hebben uitgewerkt, vinden wij ze relevant bij een verdere uitwerking en willen we ze daarom alvast meegeven bij dit advies. De volgende punten waren out-of-scope of betreffen een verdere uitwerking.

De acute verloskunde

Verschillende keren is er gevraagd naar wat dit advies betekent voor de bekostiging van de acute verloskunde. Wij hebben dit buiten beschouwing gelaten omdat dit buiten de adviesvraag viel. Wel heeft de acute verloskunde een belangrijke overeenkomst met de huidige beschikbaarheidsbijdrage voor de seh. De beschikbaarheidsbijdrage voor de acute verloskunde is namelijk gebaseerd op de 45-minutennorm, die ook de grondslag vormt voor de beschikbaarheidsbijdrage voor de seh. Het advies met betrekking tot de beschikbaarheidsbekostiging van de seh heeft als uitgangspunt dat er nieuwe meer passende normen komen ter vervanging van de 45-minutennorm. Hierbij is het dus ook belangrijk om te kijken naar de impact die dit heeft op de bekostiging van de acute verloskunde.

Opgeschaalde zorg

In het advies gaan we niet in op opgeschaalde zorg in het geval van crises. Dit betreffen voornamelijk organisatorische vraagstukken zoals de afstemming van de personele bezetting op mogelijke crises en de daadwerkelijke voorbereidingen voor crises. De Directeur Publieke Gezondheid (DPG) adviseert de zorgaanbieders over de voorbereidingen voor situaties waarin opgeschaalde zorg nodig is. De voorbereidingstaken voor zorgaanbieders bestaan naast de reguliere zorglevering en hebben uiteraard ook impact op de ruimte die er in de bekostiging nodig is om aan die eisen te voldoen.

Het belang van preventie en soepele door- en uitstroom in de acute zorg

In het advies beperken wij ons tot twee aspecten van de acute zorg: integratie en samenwerking van de hap en seh en spoedpleinen, en de beschikbaarheidsbekostiging van de seh. Uiteraard geldt voor de instroom naar de hap en seh: voorkomen is beter dan genezen. Het belang van sterke eerstelijnszorg en inzetten op preventie onderschrijven we dan ook. Daarnaast is het ook van belang dat de doorstroom en uitstroom soepel verlooft. Een goede samenwerking met de eerste lijn en de vvt in het bijzonder is dan ook essentieel.

Meekijkconsulten en meedenkconsulten

Er zijn veel reacties binnengekomen met betrekking tot het declareren van meekijk- en meedenkconsulten. Hoewel er verschillende standpunten zijn over of en hoe dit zou moeten plaatsvinden, ziet het overgrote deel van de partijen meerwaarde in het inzetten van meekijkconsulten voor de patiënt. Hierbij is er ook de behoefte om meekijkconsulten mogelijk te maken voor bijvoorbeeld de niet-acute ggz of de langdurige zorg.

Integrale beschikbaarheidsbekostiging van de acute zorgketen

Verschillende partijen hebben tijdens de consultatie aangegeven in de toekomst een verdere integratie van de acute zorg, en de bijbehorende bekostiging, voor zich te zien. Zo zou de hele acute zorgketen zelfs op regionaal niveau integraal bekostigd kunnen worden, bijvoorbeeld met een integrale beschikbaarheidsbekostiging op ROAZ-niveau, op basis van een lumpsum betaling per regio. Andere partijen benadrukken juist de mogelijkheden binnen de huidige bekostiging.

Met dit advies geven we mogelijkheden om op de korte termijn samenwerking tussen de hap en seh en op spoedpleinen te ondersteunen. Daarnaast schetsen we de mogelijkheden voor een meer integrale bekostiging op de lange termijn. In dit advies hebben we niet nader onderzocht of integrale bekostiging voor de gehele acute zorgketen passend is. Een integrale beschikbaarheidsbekostiging voor de gehele keten is dermate complex dat hiervoor een afzonderlijke analyse noodzakelijk is.

Eigen risico

Voor een aantal sectoren in de acute zorg geldt het eigen risico, bijvoorbeeld bij de seh, ambulancezorg, de acute ggz en de acute farmacie. Bij de hap geldt het eigen risico echter niet. Uit de consultatieronde kwam vanuit veldpartijen in algemene zin naar voren dat het eigen risico kan leiden tot zorgmijding. De patiënt kan zorgmijdend gedrag vertonen wanneer er een eigen betaling is verbonden aan het gebruik van zorg. Daar staat tegenover dat het eigen risico ook kan bijdragen aan een beter bewustzijn van de kosten van zorg. In dit rapport adviseren wij niet over de positie van het eigen risico binnen de aparte sectoren. De positie van het eigen risico in relatie tot de adviesaanvragen is namelijk niet door ons onderzocht. Wel geven wij in dit rapport, waar relevant, aan wanneer het eigen risico een onderwerp is waar naar gekeken zal moeten worden bij het uitvoeren van vervolgstappen.

14.2 Vervolgproces

Op weg naar (integrale) beschikbaarheidsbekostiging

Met dit rapport adviseren we de minister van VWS over de richting van de bekostiging van hap's en seh's en spoedpleinen, en over beschikbaarheidsbekostiging voor de seh. Dit betekent dat nog niet alle onderwerpen tot in detail zijn uitgewerkt en de scope beperkt is. Voor de hap's en seh's en spoedpleinen hebben wij zowel op de korte als lange termijn bekostigingsopties in kaart gebracht. Een van opties voor de lange termijn betreft een integrale beschikbaarheidsbekostiging voor de hap en seh. Logischerwijs volgt een dergelijke stap pas nadat de seh ook een beschikbaarheidsbekostiging kent. Wij vinden het wenselijk om voor die tijd meer inzicht te krijgen in de kansen en risico's, en ervaring op te doen. Daarom stellen wij voor om één of meerdere experimenten hiermee op te zetten.

De NZa neemt daarom het voortouw om samen met het ministerie van VWS, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en brancheorganisaties, landelijk meerdere experimenten te realiseren. De NZa roept zorgaanbieders en zorgverzekeraars op om hun interesse kenbaar te maken. De NZa zou graag op korte termijn een experiment met een pilot voor een integrale beschikbaarheidsbekostiging voor de hap en seh willen starten. Een dergelijk experiment kan inzichtelijk maken wat er allemaal komt kijken bij een

integrale bekostiging van de hap en seh en hoe dat in de praktijk uitpakt. Belangrijk is om hierbij ook de zorg-gerelateerde uitkomsten van het experiment te meten aan de hand van kpi's. Hierdoor komt er meer zicht op de effecten die volledige integratie van de hap en seh kan hebben op bijvoorbeeld patiëntenstromen. Dit inzicht kan ook nuttig zijn voor andere hap's en seh's buiten het experiment.

Ook voor de beschikbaarheidsbekostiging van de seh geldt een essentiële volgordelijkheid. Deze dient pas te worden ingevoerd als er een nieuw normenkader is ontwikkeld voor de acute zorg en het duidelijk is welke capaciteit waar beschikbaar moet zijn. We willen nogmaals benadrukken dat het voortijdig invoeren van een beschikbaarheidsbekostiging, enkel op basis van het huidige aanbod, leidt tot een bevrozing van het acute zorglandschap wat de gewenste verandering lastiger zal maken. Een beschikbaarheidsbekostiging dient juist om te sturen op het beschikbare aanbod, gegeven de zorgvraag en de eisen die we stellen als samenleving. Nadat het nieuwe normenkader is vastgesteld, kan beschikbaarheidsbekostiging voor de seh ook verder worden uitgewerkt. Bij deze uitwerking kunnen zaken als afbakening, transitie van de beschikbaarheidsbijdrage seh en de schoning verder worden geconcretiseerd in samenwerking met de veldpartijen.

Bijlagen



Bijlage A. Geconsulteerde partijen conceptadvies

Partij (kort/afkorting)	Volledige naam partij
ACM	Autoriteit Consument en Markt
ActiZ	ActiZ
AZN	Ambulancezorg Nederland
DNLggz	De Nederlandse ggz
FMS	Federatie Medisch Specialisten
GGD GHOR	GGD GHOR Nederland
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
InEen	InEen
KNMP*	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LNAZ	Landelijk Netwerk Acute Zorg
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NVSHA	Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen
NVSHV	Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
PFN	Patiëntenfederatie Nederland
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SDN*	Stichting Dienstapotheken Nederland
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zorginstituut	Zorginstituut Nederland
ZorgthuisNL	ZorgthuisNL

* Gezamenlijke reactie van KNMP en SDN op het conceptadvies

Bijlage B. De 45-minutennorm

45-minutennorm

Nederland kent een door de overheid wettelijk vastgelegde norm voor de spreiding en beschikbaarheid van acute zorg in ziekenhuizen. Conform deze norm mogen ziekenhuizen hun seh niet sluiten als daardoor het aantal inwoners in Nederland, dat in spoedgevallen er langer dan 45 minuten over doet om per ambulance een seh te bereiken, toeneemt ten opzichte van de bestaande situatie. Het RIVM bepaalt op basis van haar bereikbaarheidsanalyse welke ziekenhuizen gevoelig zijn voor deze 45-minutennorm. Ziekenhuizen die gevoelig zijn voor de 45-minutennorm kunnen in aanmerking komen voor een 'beschikbaarheidsbijdrage spoedeisende hulp'.

De huidige organisatie van de acute zorg is voornamelijk gegroeid op basis van historische spreiding van voorzieningen en is niet gericht op een optimale spreiding. De huidige 45-minutennorm voor de seh biedt daarvoor ook geen houvast en is niet geënt op de gewenste toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg(keten). De Gezondheidsraad [concludeerde in 2020](#) dat er geen medisch-wetenschappelijke onderbouwing bestaat voor de 45-minutennorm. De huidige spreidingsnorm maakt geen onderscheid naar type zorgvraag of ingangsklacht. Het acute zorgaanbod is gebaseerd op de historische spreiding van zorgaanbieders en niet gericht op wat onder de huidige maatschappelijke omstandigheden leidt tot het beste gezondheidsresultaat. Bovendien zijn ambulances veel beter uitgerust ten opzichte van het jaar 2002 waarin de 45-minutennorm geïntroduceerd werd. Patiënten kunnen ter plekke en in de ambulance beter geholpen worden dan vroeger. De rijtijd naar een seh is daarmee (voor bepaalde zorgvragen) minder relevant geworden.

Bijlage C. Huidige beschikbaarheidsbijdrage seh

Binnen het Nederlandse zorgstelsel is de zorgverzekeraar primair verantwoordelijk voor de beschikbaarheid van zorg voor verzekerden. De overheid blijft daarnaast eindverantwoordelijk voor een aantal vormen van zorg waarvan de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid mogelijk niet zonder meer voldoende zijn gewaarborgd. Om de beschikbaarheid van deze specifieke vormen van zorg te waarborgen, is overheidsingrijpen nodig in de vorm van een subsidie. De beschikbaarheidsbijdrage kennen we bijvoorbeeld voor medische vervolgopleidingen, brandwondencentra en traumahelikopters, maar ook voor seh's die gevoelig zijn voor de 45-minutennorm. Deze laatste beschikbaarheidsbijdrage is bedoeld om de kosten te dekken van het 24/7 openhouden van een seh in een gebied waar de bereikbaarheid van een seh anders onvoldoende is. Dit betekent dat gevoelige ziekenhuizen aanspraak kunnen maken op een beschikbaarheidsbijdrage voor het 24/7 openhouden van hun seh.

Voor 28 seh's is momenteel sprake van [een beschikbaarheidsbijdrage seh](#). Een ziekenhuis wordt als 'gevoelig' beschouwd als het sluiten van de seh tot gevolg zou hebben dat meer mensen niet binnen de 45-minutennorm naar een seh kunnen worden vervoerd. Het RIVM voert jaarlijks een toets uit op deze gevoeligheid via een aanrijtijdenmodel, de [bereikbaarheidsanalyse](#). Op basis van deze analyse wordt het aantal gevoelige ziekenhuizen jaarlijks herijkt. Gevoelige ziekenhuizen zijn verplicht om hun seh 24/7 open te houden om de bereikbaarheid van acute zorg voor de inwoners van de regio te waarborgen.

In principe worden de kosten van het openhouden van een seh vergoed via dbc-zorgproducten. Dit zijn prestaties die zorgaanbieders leveren en die door de zorgverzekeraars worden vergoed. Echter, gevoelige ziekenhuizen kunnen mogelijk door een beperkte toeloop van patiënten op hun seh's de kosten van het openhouden van de seh onvoldoende dekken uit de reguliere zorgproductie. Hierdoor

ontstaat een tekort voor het ziekenhuis. Om dit tekort te compenseren, ontvangen gevoelige ziekenhuizen een beschikbaarheidsbijdrage seh van de overheid. Deze bijdrage is bedoeld om de kosten van het openhouden van de seh te dekken, zodat deze zorg voor alle inwoners van de regio toegankelijk blijft. De beschikbaarheidsbijdrage seh en de declaratie-omzet van de seh dienen samen de totale kosten te dekken die de gevoelige seh maakt, waarbij dubbele bekostiging voorkomen moet worden. Dit wordt in de berekening van de beschikbaarheidsbijdrage gewaarborgd doordat de reguliere opbrengsten van de seh ook worden meegenomen in de berekening van het vast te stellen bedrag.

In 2021 is door NZa [onderzoek](#) gedaan naar het effect van de beschikbaarheidsbijdrage seh op mogelijke marktverstoring. De NZa concludeert dat de kosten van de seh kunnen worden bekostigd via de reguliere bekostiging. De NZa ziet geen marktverstoring als de seh wordt bekostigd via de reguliere bekostiging. Wel bestaat er een klein risico op (verkapte) risicoselectie of premie- en/of polis differentiatie door zorgverzekeraars. De minister van VWS heeft besloten om de huidige beschikbaarheidsbijdrage seh intact te houden zolang er nog geen nieuwe normen voor de seh zijn vastgesteld, zie voor meer informatie ook de [Beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg](#).

Afbakening huidige beschikbaarheidsbijdrage seh

De minister bepaalt de scope van de beschikbaarheidsbijdrage seh via een aanwijzing. Het gaat om de 24/7 beschikbaarheid van één arts-seh, één seh-verpleegkundige, en de avond-, nacht- en weekendbereikbaarheid van poortspecialisten genoemd in het [Kwaliteitskader Spoedzorgketen](#). Naast de bijdrage voor deze functies is er sprake van een opbrengstencomponent waarmee dubbele bekostiging in de vorm van vergoeding voor dbc-zorgproducten door zorgverzekeraars en de beschikbaarheidsbijdrage moet worden voorkomen. Voor iedere patiënt die op de seh komt, daalt de beschikbaarheidsbijdrage met € 179,-. Dit bedrag is berekend door een fictief dbc-zorgproduct te ontwikkelen. De 28 gevoelige ziekenhuizen ontvingen in totaal circa € 54 miljoen aan beschikbaarheidsbijdragen in 2023.

Bijlage D. Kwaliteit van zorg op de seh

In deze bijlage gaan we in op de kwaliteitsnormen voor de seh, het type zorg dat er geleverd wordt en welke zorgverleners hierbij betrokken zijn.

Kwaliteitsnormen seh

In Nederland zijn in totaal 83 ziekenhuislocaties met een basis-seh. Hiervan zijn [80 seh's](#) 24 uur per dag, zeven dagen per week open. De overige drie seh's zijn alleen overdag en in de avonden geopend maar 's nachts gesloten.

Niet alle vormen van traumazorg en spoedzorg kunnen bij alle seh's worden geleverd. In Nederland worden ziekenhuizen ingedeeld in drie verschillende levels op basis van de complexiteit en het niveau van medische zorg dat ze kunnen bieden (Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie, 2013). De Level 3 seh's (n=35) behandelen geïsoleerde letsels zoals enkel- of heupfracturen. Bij Level 2 seh's (n=37) worden ook vitaal bedreigde patiënten opgevangen, maar ontbreekt soms gespecialiseerde zorg zoals neurochirurgie. De Level 1 seh's (n=11) bieden 24/7 opvang voor alle hoog-complexe zorgvragen en ernstig gewonde patiënten.

Om de kwaliteit en de samenhang van de spoedzorg in Nederland te kunnen waarborgen en toetsen, is het [Kwaliteitskader Spoedzorgketen](#) opgesteld. Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen is het resultaat van samenwerking tussen verschillende partijen in de zorgsector, waaronder zorgverleners, zorginstellingen,

zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties. Het is een leidraad die als basis dient voor het verbeteren van de spoedzorg in Nederland, waarbij de focus ligt op het verhogen van de kwaliteit, de patiëntveiligheid en de efficiëntie van de zorgverlening in noodsituaties. Er wordt een onderscheid gemaakt naar verschillende categorieën normen die beschreven staan in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen, namelijk; bestaande veldnormen, nieuwe veldnormen, wettelijke normen en aanbevelingen. Onderstaande tabel geeft weer aan welke basiseisen een seh moet voldoen wat betreft aanwezig en beschikbaar personeel en faciliteiten.

Basiseisen dienstverlening seh	Basiseisen faciliteiten seh
<p>Tijdens openingstijden van de seh zijn de volgende personen aanwezig :</p> <ul style="list-style-type: none"> • minimaal één gediplomeerde seh-verpleegkundige die naast aantoonbare werkervaring op de seh minimaal het volgende onderwijs heeft gevolgd: een basisopleiding tot verpleegkundig beroepsbeoefenaar, een verpleegkundige vervolgopleiding op het gebied van seh, en specifieke trainingen op het gebied van triage, een training in een systematische opvang van een trauma patiënt en een training in de systematische opvang van een vitaal bedreigd kind. • Minimaal één seh-arts KNMG of een medische specialist die de cursus Advanced Life Support en Advanced Pediatric Life Support heeft afgerond. Als hier niet aan voldaan kan worden geldt: minimaal één arts met minimaal één jaar klinische ervaring, waarvan minimaal een half jaar ervaring in een poortspecialisme of bij anesthesiologie of op de intensive care. • Als bij beoordeling op de seh blijkt dat er sprake is van specialistische geriatrische problematiek, kan de dienstdoende arts of bovengenoemde VS of PA indien nodig een beroep doen op een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde. Deze klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde is 24/7 bereikbaar voor telefonische consultatie en 24/7 beschikbaar om de patiënt te zien voor het nemen van belangrijke beslissingen in de diagnostiek of behandeling. De beschikbaarheid kan ook regionaal worden georganiseerd • Voor de arts op de seh is van ieder poortspecialisme⁴ bij diagnostiek en behandeling altijd een poortspecialist bereikbaar voor overleg. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bij iedere geopende seh zijn laboratorium- en röntgenfaciliteiten direct toegankelijk. • Bij een geopende seh is in geval van een trauma, indien nodig, binnen een bepaalde tijd na oproep een specialist aanwezig (normtijden zijn afhankelijk van specialismen). Bij sommige toestandsbeelden zijn specifieke normen en indicatoren opgesteld. • Bij iedere geopende seh zijn ondersteunende specialismen binnen 30 minuten na oproep bereikbaar: apotheek, klinische chemie en medische microbiologie.

Bron: [Spoedzorgketen Kwaliteitskader](#)

⁴ De medisch specialist van het poortspecialisme waarnaar een patiënt wordt verwezen voor medisch-specialistische zorg. Als poortspecialismen worden de volgende specialismen onderscheiden: oogheelkunde, KNO, heelkunde/chirurgie, plastische chirurgie, orthopedie, urologie, gynaecologie, neurochirurgie, dermatologie, inwendige geneeskunde, kindergeneeskunde/neonatalogie, gastro-enterologie/mdl, cardiologie, longgeneeskunde, reumatologie, allergologie, revalidatie, cardio-pulmonale chirurgie, consultatieve psychiatrie, neurologie, klinische geriatrie, radiotherapie en sportgeneeskunde.

Per level zijn in het Kwaliteitskader de volgende onderstaande aanvullende normen geformuleerd:

	Level 1	Level 2	Level 3
Anesthesiologie	Binnen kantooruren: 15 minuten Buiten kantooruren: 15 minuten	30 minuten	45 minuten
Chirurgie	Binnen kantooruren: altijd een traumachirurg aanwezig. Buiten kantooruren: aios (minimaal 3 ^e jaars) aanwezig en een NVT-traumachirurg binnen 15 minuten.	Binnen kantooruren: chirurg binnen 15 minuten. Buiten kantooruren: anios Heelkunde aanwezig en NVT-traumachirurg binnen 15 minuten.	Binnen kantooruren: chirurg binnen 15 minuten. buiten kantooruren: binnen 30 minuten.
Neurologie	24/7 neuroloog binnen 15 minuten aanwezig.	Neuroloog binnen kantooruren binnen 15 minuten, buiten kantooruren binnen 30 minuten	Neuroloog binnen kantooruren binnen 15 minuten, buiten kantooruren binnen 30 minuten
Radiologie	Radioloog kan binnen 15 minuten na doorsturen naar PACS via beveiligd internet starten met beelden beoordelen, tenzij aanwezigheid noodzakelijk; in dat geval kan radioloog binnen kantooruren binnen 15 minuten en buiten kantooruren binnen 30 minuten na oproep aanwezig zijn.		
OK-team	OK-team 24/7 binnen 15 minuten aanwezig na oproep	OK-team 24/7 aanwezig binnen 30 minuten na oproep.	Geen tijdsnorm.

Bron: [Spoedzorgketen Kwaliteitskader](#)

Bijlage E. Overzicht bekostigingsvormen acute zorg

Functie	Beschikbaarheids-bekostiging	Grondslag	Financiering	Opmerkingen
Ambulancezorg (rav)	Ja	Personeelscapaciteit op basis van normatief model; norm vergoeding	Naar gebruik (per rit) plus verrekening achteraf	Geldt niet alleen voor acute zorg, maar ook voor besteld vervoer
Huisarts (anw)	Ja	Adherente inwoner	Naar gebruik (consult, visite, triage)	Lokale toeslagen in budget naast bedrag per inwoner
Huisarts (overdag)	Ja (deels)	Ingeschreven verzekerde	Inschrijftarief (per kwartaal)	Zowel voor acute als niet-acute zorg
Seh (regulier)	Nee	n.v.t.	Naar gebruik (dbc's)	
Seh (BB Wmg*)	Ja	Genormeerde capaciteit en vergoeding voor 'gevoelige' seh	Subsidie (lumpsum) door overheid	Als de reguliere seh een vorm van beschikbaarheidsbekostiging krijgt, vervalt de noodzaak van een BB Wmg* voor 'gevoelige' seh
Acute verloskunde (regulier)	Nee	n.v.t.	Verloskunde prestaties/dbc's	
Acute verloskunde (BB Wmg*)	Ja	Genormeerde capaciteit, alleen 'gevoelige' acute verloskunde	Subsidie (lumpsum) door overheid	
Trauma (heli en MMT) (BB Wmg*)	Ja	Genormeerde capaciteit en vergoeding	Subsidie (lumpsum) door overheid	
Acute ggz	Ja	Capaciteit (niet genormeerd) en genormeerd bedrag	Naar gebruik (crisis-dbc) en verrekening achteraf	Capaciteit wordt in onderhandeling met verzekeraars vastgesteld.
Farmacie (dienstapothek)	Nee	n.v.t.	Naar gebruik. Terhandstelling in combinatie met deelprestatie voor anz-dienstverlening	Door inkoopafspraken wordt farmaceutische spoedzorg als het ware op beschikbaarheid bekostigd. Vrije tarieven
Wijkverpleging (niet planbaar)	Nee, wel mogelijk	Systeemfuncties (prestaties)	Bedrag per prestatie of via uurtarief	

* Beschikbaarheidsbijdrage Wmg

