ADVIES

Bekostiging acute zorg

Conceptversie, oktober 2023

16 oktober 2023

Inhoudsopgave

[Managementsamenvatting 4](#_Toc148375086)

[1 Aanleiding en doel 9](#_Toc148375087)

[1.1 Aanleiding opdracht en doel 9](#_Toc148375088)

[1.2 Leeswijzer 9](#_Toc148375089)

[Deel I: Integratie HAP en SEH en vorming spoedpleinen 10](#_Toc148375090)

[2 Inleiding 11](#_Toc148375091)

[2.1 Adviesvraag VWS 11](#_Toc148375092)

[2.2 Aanpak 11](#_Toc148375093)

[2.3 Leeswijzer 11](#_Toc148375094)

[3 Samenwerking HAP en SEH en spoedpleinen 12](#_Toc148375095)

[3.1 Inleiding 12](#_Toc148375096)

[3.2 Samenwerking HAP en SEH 12](#_Toc148375097)

[3.3 Spoedpleinen 14](#_Toc148375098)

[4 Huidige bekostiging en knelpunten 16](#_Toc148375099)

[4.1 Inleiding 16](#_Toc148375100)

[4.2 Ervaren knelpunten in samenwerking en integratie 17](#_Toc148375101)

[5 Oplossingsrichtingen 20](#_Toc148375102)

[5.1 Inleiding 20](#_Toc148375103)

[5.2 Bestaande oplossingen 20](#_Toc148375104)

[5.3 Nieuwe oplossingen korte termijn 24](#_Toc148375105)

[5.4 Visie lange termijn 25](#_Toc148375106)

[6 Conclusie 28](#_Toc148375107)

[Deel II: Beschikbaarheidsbekostiging SEH 30](#_Toc148375108)

[7 Inleiding 31](#_Toc148375109)

[7.1 Adviesvraag VWS 31](#_Toc148375110)

[7.2 Aanpak 32](#_Toc148375111)

[7.3 Leeswijzer 32](#_Toc148375112)

[8 Visie en normen voor beschikbaarheid SEH’s 33](#_Toc148375113)

[8.1 Inleiding 33](#_Toc148375114)

[8.2 Normen en kaders voor beschikbaarheid SEH’s 33](#_Toc148375115)

[8.2.1 Beleidsagenda Toekomstbestendige acute zorg 34](#_Toc148375116)

[8.2.2 Doel van een beschikbaarheidsbekostiging voor de SEH 36](#_Toc148375117)

[8.2.3 Advies NZa 36](#_Toc148375118)

[9 Afbakening SEH 38](#_Toc148375119)

[9.1 Inleiding 38](#_Toc148375120)

[9.2 Afbakening SEH 38](#_Toc148375121)

[9.2.1 Conclusie 39](#_Toc148375122)

[9.3 Voorbeeldscenario’s afbakening SEH 39](#_Toc148375123)

[9.3.1 Advies over afbakening van de SEH 42](#_Toc148375124)

[10 Bekostiging en schoning 43](#_Toc148375125)

[10.1 Inleiding 43](#_Toc148375126)

[10.2 Mogelijkheden binnen de huidige bekostiging 43](#_Toc148375127)

[10.2.1 Inzicht SEH-kosten 44](#_Toc148375128)

[10.3 Vormgeving beschikbaarheidsbekostiging 44](#_Toc148375129)

[10.3.1 Advies over vormgeving beschikbaarheidsbekostiging 46](#_Toc148375130)

[10.4 Schoning 47](#_Toc148375131)

[11 Gevolgen 50](#_Toc148375132)

[11.1 Inleiding 50](#_Toc148375133)

[11.2 Administratieve lasten 50](#_Toc148375134)

[11.3 Dynamiek en prikkels 51](#_Toc148375135)

[12 Conclusie 53](#_Toc148375136)

[12.1 Stappen richting beschikbaarheidsbekostiging SEH 53](#_Toc148375137)

[12.2 Doel beschikbaarheidsbekostiging 54](#_Toc148375138)

[12.3 Vormgeving bekostiging en schoning 55](#_Toc148375139)

[Bijlagen 56](#_Toc148375140)

[Bijlage A. De 45-minutennorm 56](#_Toc148375141)

[Bijlage B. Huidige beschikbaarheidbijdrage SEH 56](#_Toc148375142)

[Bijlage C. Kwaliteit van zorg op de SEH 57](#_Toc148375143)

[Bijlage D. Overzicht bekostigingsvormen acute zorg 60](#_Toc148375144)

# Managementsamenvatting

De toegankelijkheid en betaalbaarheid van de (acute) zorg staan onder druk. Dit vraagt om verandering. Verandering van het zorglandschap, maar ook verandering van de daaraan gekoppelde bekostiging. Zoals wij vorig jaar in ons [advies Passende acute zorg](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_706556_22/) concludeerden, moet de acute zorgketen een transitie doormaken om de organisatie ervan doelmatiger te maken en beter aan te laten sluiten bij de toekomstige acute zorgvraag. Passende bekostiging en financiering van zorg kunnen dit stimuleren.

**Adviesaanvragen VWS**

Dit advies richt zich op passende bekostiging van acute zorg en de kansen om met een wijziging van de bekostiging bij te dragen aan de beweging naar passende acute zorg. Hiertoe heeft de NZa op 15 maart 2023 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. In de eerste fase heeft de NZa op verzoek van VWS een verkenning uitgevoerd naar de impact en haalbaarheid van de vragen uit de adviesaanvragen. Op basis van deze verkenning heeft VWS de adviesaanvragen geprioriteerd en aangescherpt. Daarbij zijn de volgende drie bekostigingsvraagstukken centraal gesteld.

**Bekostigingsvraagstukken**

1. Stimuleren van integratie HAP-SEH en vorming spoedpleinen
2. Beschikbaarheidsbekostiging SEH
3. Zorgcoördinatie (conform aanvullende adviesaanvraag VWS)

Dit adviesrapport bestaat uit twee delen, daarin worden de eerste twee vraagstukken uitgewerkt. Het advies over de bekostiging van zorgcoördinatie wordt naar verwachting 1 maart 2024 opgeleverd.

**Deel I: Integratie HAP/SEH en vorming spoedpleinen**

Het belang van integratie en samenwerking op de HAP en SEH en het spoedplein wordt in brede zin onderschreven; deze beweging is op veel locaties in het land gaande. In dit hoofdstuk hebben wij gekeken in hoeverre de huidige bekostiging hieraan bijdraagt, of juist voor knelpunten zorgt in de beweging naar samenwerking en integratie.

Zorgaanbieders en branchepartijen wijzen ons op diverse knelpuntendie 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 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 niet altijd goed van de grond komt.

De huidige bekostigingssystematiek biedt wel vrijheid om integratie en samenwerking te bekostigen. Zo kunnen bijvoorbeeld de HAP en SEH in verregaande vorm samenwerken en gezamenlijk de kosten dragen om een geïntegreerde HAP en 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.

Samenwerking tussen partijen en het verder brengen van de transitie van de acute zorg moet op regionaal vlak worden vormgegeven. De ontwikkelde ROAZ-beelden en -plannen bieden hiervoor een goede basis. De NZa roept partijen op om de mogelijkheden en ruimte in het huidige bekostigingssysteem zo goed mogelijk te benutten en biedt aan om hier in te faciliteren waar dit mogelijk is.

Wij zien verder dat het succes van integratie en samenwerking in zeer grote mate afhangt van een gezamenlijke visie over de inrichting van zorg, een goede relatie tussen zorgaanbieders in de regio en welwillendheid en volggedrag van zorgverzekeraars. We zien daarnaast mogelijke verbeterpunten in de bekostiging om deze samenwerking beter te faciliteren.

Voor de korte termijn zien we een mogelijke stimulans in de invoering van een nieuwe prestatie voor meekijkconsulten die ziekenhuizen rechtstreeks kunnen declareren bij zorgverzekeraars. Wij verkennen deze optie graag verder met zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Ook kan de introductie van zorgcoördinatiecentra bijdragen aan betere samenwerking tussen de aanbieders van acute zorg, door onder andere verbeterde triage en coördinatie.

Op de langere termijn zien wij dat goede en verregaande strategische samenwerking vraagt om een bekostigingsmodel waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars voldoende ruimte hebben om in aansluiting op de regionale zorgvraag naar eigen inzicht passende acute zorg te bieden. 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.

Uiteindelijk zien wij voordeel in het gelijktrekken van de bekostigingsprikkels in de acute zorg en het bieden van meer flexibiliteit. 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 dat verder ingaat op beschikbaarheidsbekostiging van de SEH. Tevens zou een integraal budget voor de HAP en SEH een interessante stap kunnen zijn om in de toekomst te verkennen. Dit zou de HAP en SEH meer flexibiliteit geven om hun werkzaamheden beter te integreren. Wel zijn er veel vraagtekens over onder meer financiën, cultuur en kwaliteit. Daarnaast is -zoals genoemd- een goede samenwerking tussen de HAP en SEH maar ook met de zorgverzekeraars randvoorwaardelijk.

Bij invoering van integrale bekostiging is een essentiële randvoorwaarde dat partijen -vanuit het oogpunt van passende zorg- niet alleen afspraken maken over de bekostiging van acute zorg, maar in ieder geval ook over de kwaliteit van zorg, patiënt-gerelateerde uitkomsten en KPI’s gericht op bereikbaarheid en toegankelijkheid. De NZa gaat daarom graag aan de slag met zorgaanbieders en zorgverzekeraars om een experiment voor deze optie te verkennen.

Voordat het zover is dat HAP en SEH gebruik kunnen maken van een mogelijk integraal budget, zien wij dat partijen in de nabije toekomst andere optionele bekostigingsopties kunnen gebruiken die ook de samenwerking faciliteren. Voor de partijen waar integratie nog geen optie is, en de samenwerking nog in de kinderschoenen staat, zou een eerste stap een declarabel meekijkconsult kunnen zijn. Indien er al wel goed wordt samengewerkt, dan is een (nog te creëren) sectoroverstijgende bundel een mogelijke optie in de toekomst om samenwerking te stimuleren via bekostiging.

**Deel II: Beschikbaarheidsbekostiging SEH**

In dit tweede deel van het advies bekostiging acute zorg staan we stil bij de mogelijkheid van een beschikbaarheidsbekostiging voor de SEH en de stappen die daarvoor gezet moeten worden. Daarbij kijken we naar de visie en normen voor beschikbaarheid, de afbakening, mogelijkheden voor de vormgeving van de bekostiging en schoning, en tot slot naar de gevolgen. Het is randvoorwaardelijk voor invoering van een beschikbaarheidsbekostiging SEH dat er duidelijke kaders komen voor de landelijke beschikbaarheid van SEH’s. Vanuit een stijgende zorgvraag en steeds schaarser personeel en middelen moeten scherpe (politieke) keuzes gemaakt worden over de toekomst 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. Op basis van deze kaders kunnen wij vervolgens tot een passende bekostiging voor de SEH komen.

Tabel 1 hieronder geeft een overzicht van de stappen richting een beschikbaarheidsbekostiging, welke instrumenten daarvoor nodig zijn, en wie daarbij aan zet is. De rest van deze managementsamenvatting licht deze punten iets uitgebreider toe.

**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 *(indien van toepassing).* | Het ministerie van VWS *(NZa kan adviseren over toerekeningsvraagstukken en vormgeving differentiatie)* |
| 3. | Keuze passend bekostigingsmodel | Besluit van het ministerie van VWS over een passend bekostigingsmodel, op basis van advies NZa. | Het ministerie van VWS*(NZa adviseert)* |
| 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 te schonen.  | NZa  |
| 6. | Schoning van de beschikbaarheidsbekostiging uit de contracten  | Handreiking NZa om partijen te ondersteunen bij het schonen van dbc’s vrije segment in de contractering | Zorgverzekeraars en zorgaanbieders *(NZa stelt handreiking op)* |

**Doel beschikbaarheidsbekostiging**

Het is belangrijk om op te merken dat een beschikbaarheidsbekostiging geen doel op zich is. Als een beschikbaarheidsbekostiging niet wordt gekoppeld aan duidelijke doelen, prikkelt het namelijk niet tot het veranderen van de organisatie van de acute zorgketen. Daardoor zou het benodigde aanpassingen in de organisatie van zorg juist in de weg kunnen zitten. In plaats daarvan moet centraal staan hoe een beschikbaarheidsbekostiging als middel kan bijdragen aan de gewenste doelen en uitkomsten van de visie op de acute zorg en het SEH-landschap. Door de doelen te concretiseren in KPI’s kan er ook worden gemonitord of deze gehaald worden en zo nodig worden bijgestuurd.

**Regionaal zorgaanbod**

Het is essentieel dat een beschikbaarheidsbekostiging voor de SEH goed aansluit bij 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 en ROAZ-beelden. Op basis van deze beelden moeten de zorgpartijen uiterlijk 1 januari 2024 de regioplannen en ROAZ-plannen opleveren, waarin een passend regionaal zorgaanbod centraal staat. Om goed aan te sluiten bij deze beweging, is het belangrijk dat de afbakening van de beschikbaarheidsbekostiging genoeg ruimte geeft om te differentiëren voor verschillen in het (regionale) aanbod van SEH’s.

**Differentiatie in het aanbod van SEH’s**

Op regionaal niveau moet kritisch worden gekeken naar een passende organisatie van het aanbod van SEH’s, met oog voor differentiatie. Zo kan in bepaalde delen van het land een differentiatie in de openingstijden van SEH’s in de nachtelijke uren eraan bijdragen dat schaars personeel en middelen beter ingezet worden. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat de SEH van een ziekenhuis met weinig nachtelijke toeloop van patiënten in de nacht sluit en een naburige SEH de zorg blijft continueren. Hiermee kan schaars personeel doelmatiger worden ingezet en worden geborgd dat de kwaliteit van de SEH-zorg op peil blijft.

Ook meer zorginhoudelijke differentiatie van SEH’s kan helpen om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de regionale zorgvraag en organisatie van de acute zorg. Zo kan bijvoorbeeld het ene ziekenhuis zich nog meer richten op hoog-complexe spoedzorg, terwijl het andere ziekenhuis zijn SEH of spoedpost meer richt 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 Spoedzorgketen](https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2020/02/19/kwaliteitskader-spoedzorgketen) (hierna: Kwaliteitskader). We vinden het belangrijk dat SEH-zorg voldoet aan de geldende kwaliteitseisen, zodat een burger met acute zorgvraag altijd kan rekenen op kwalitatief goede zorg. Daarom vinden we het wenselijk om hier op te sturen met de bekostiging. Praktisch betekent dit het volgende:

1. Bij het opstellen van de normen/kaders voor het aanbod van SEH’s moet kritisch worden gekeken welke balans tussen kwaliteit en toegankelijkheid haalbaar is;
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.

**Vormgeving bekostiging en schoning**

De exacte vormgeving van een beschikbaarheidsbekostiging voor de SEH werken we in dit advies niet nader uit. Dit hangt immers sterk samen met de normen/kaders voor beschikbaarheid van de SEH, die nu nog niet voorhanden zijn. Wel benoemen we in het advies dat bij vormgeving van de bekostiging een beschikbaarheidbijdrage Wmg niet aan de orde is, aangezien er geen sprake is van marktverstoring en dus niet wordt voldaan aan de voorwaarden voor een beschikbaarheidbijdrage. Daarnaast stellen we vast dat inkoop in representatie door zorgverzekeraars de sterke voorkeur heeft. Dit model past het beste bij de bekostiging van een beschikbaarheidsfunctie en brengt de bekostiging in lijn met andere beschikbaarheidsfuncties voor de acute zorg (ambulancezorg, HAP en de acute GGZ).

Om dubbele bekostiging te voorkomen, moeten bij invoering van een beschikbaarheidsbekostiging voor de SEH de tarieven van de dbc-zorgproducten worden geschoond. Daarnaast moeten zorgverzekeraars hun contractafspraken aanpassen om dubbele bekostiging te voorkomen. We zijn ons ervan bewust dat dit een complex proces is. Het is daarom belangrijk om zorgverzekeraars en ziekenhuizen te ondersteunen om ervoor te zorgen dat de schoning goed verloopt. De NZa zou hiervoor, in samenwerking met het veld, een handreiking kunnen opstellen met verdere instructies. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten dit vervolgens onderling doorvoeren.

**Administratieve gevolgen**

We verwachten een sterke toename van de administratieve lasten op korte termijn bij de invoering van een beschikbaarheidsbekostiging. Deze komen met name voort uit het verzamelen van de benodigde informatie voor de schoning van de tarieven en de contractering. Op lange termijn verwachten wij een beperkte stijging van de administratieve lasten, dit is sterk afhankelijk van de afspraken die veldpartijen met elkaar maken over de registratie en hoe onderhoudsgevoelig de bekostiging is.

**Dynamiek en prikkels**

De prikkels die voortkomen uit een beschikbaarheidsbekostiging SEH hangen voor een groot gedeelte af van de afbakening die gekozen wordt. Als gekozen wordt voor een kleine afbakening (basisteam SEH) dan zorgt de bekostiging voor een ‘level playing field’, waarbij alle SEH’s dezelfde basisvergoeding voor beschikbaarheid ontvangen. Wanneer in de afbakening wordt gedifferentieerd naar grootte en/of type zorg, biedt dit de mogelijkheid om goed aan te sluiten bij verschillen tussen SEH’s. De financiële prikkels zijn hier afhankelijk van de exacte invulling.

In theorie kan een beschikbaarheidsbekostiging bijdragen aan een vermindering van de productieprikkel van de SEH en een betere samenwerking met bijvoorbeeld de HAP. Daar staat tegenover dat de rest van het ziekenhuis vaak nog steeds gebaseerd is op productie. Omdat een groot deel van de vervolgzorg (zo’n 60% van alle ligdagen) het ziekenhuis binnenkomt via de SEH, verwachten we dat het effect op de productieprikkel in de praktijk zeer beperkt zal zijn. Tot slot is het belangrijk dat de beschikbaarheidsbekostiging SEH wordt gebaseerd op een heldere visie met duidelijke normen, die zorgverzekeraars in staat stelt om hun rol bij de inkoop goed in te kunnen vullen.

# Aanleiding en doel

## Aanleiding opdracht en doel

De toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg staan onder druk. Dit vraagt om verandering van het zorglandschap, maar ook verandering van de daaraan gekoppelde bekostiging. Zoals wij vorig jaar in ons [advies Passende acute zorg](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_706556_22/) concludeerden, moet de acute zorgketen een transitie doormaken om de organisatie ervan doelmatiger te maken en beter aan te laten sluiten bij de toekomstige acute zorgvraag. Passende bekostiging en contractering van zorg kunnen dit stimuleren.

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 VWS een verkenning uitgevoerd naar de impact en haalbaarheid van de vragen uit de adviesaanvraag. Op basis van deze verkenning heeft VWS de adviesaanvragen geprioriteerd en aangescherpt. Daarbij zijn drie bekostigingsvraagstukken centraal gesteld:

1. Stimuleren van integratie HAP/SEH en vorming spoedpleinen
2. Beschikbaarheidsbekostiging SEH
3. Zorgcoördinatie (conform aanvullende adviesaanvraag VWS)

In dit adviesrapport worden de eerste twee vraagstukken uitgewerkt. Het advies over de bekostiging van zorgcoördinatie wordt naar verwachting 1 maart 2024 opgeleverd.

## Leeswijzer

Dit advies bestaat uit 2 delen:

1. Stimuleren van verdere integratie HAP/SEH en vorming spoedpleinen
2. Beschikbaarheidsbekostiging SEH

**1. Stimuleren van integratie HAP/SEH en vorming spoedpleinen**

In deel 1 gaan we na de inleiding (hoofdstuk 2) eerst in op de samenwerking binnen de HAP en SEH en de spoedpleinen (hoofdstuk 3). In hoofdstuk 4 wordt de bekostiging van specifiek de HAP en de SEH behandeld, alsmede knelpunten voor verdere samenwerking en integratie die door zorgaanbieders worden ervaren. Hoofdstuk 5 toont een overzicht van oplossingen die samenwerking kunnen stimuleren. Hierbij gaan we uit van bestaande oplossingen, korte termijnoplossingen en een visie voor de langere termijn, waarna een conclusie (hoofdstuk 6) dit adviesdeel afsluit.

**2. Beschikbaarheidsbekostiging SEH**

Na de inleiding (hoofdstuk 7) gaan we in op de visie, kaders en doelen die leidend zijn bij het vormen van een beschikbaarheidsbekostiging voor de SEH (hoofdstuk 8). Hoofdstuk 9 behandelt de (zorginhoudelijke) afbakening die gemaakt moet worden van de SEH voor de beschikbaarheidsbekostiging. Hierbij maken we gebruik van diverse voorbeeldscenario’s. In hoofdstuk 10 presenteren we diverse bekostigingsmodellen die mogelijk zijn bij beschikbaarheidsbekostiging. Daarnaast gaan we verder in op de schoning (van tarieven) binnen de huidige bekostiging. De mogelijke gevolgen en administratieve lasten behandelen we in hoofdstuk 11, gevolgd door een conclusie (hoofdstuk 12). Tot slot geven de bijlagen extra achtergrondinformatie over de adviezen.

**Deel I**

**Integratie HAP en SEH en vorming spoedpleinen**

#  Deel I: Integratie HAP en SEH en vorming spoedpleinen

# Inleiding

## Adviesvraag VWS

In dit eerste deel van het advies bekostiging acute zorg 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 overgedragen worden. 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 ligt de focus op de vraag *‘welke bekostiging stimuleert de integratie tussen HAP en SEH en de beschikbaarheid van ketenbrede expertise op een spoedplein?’* In dit hoofdstuk bekijken we de samenwerking van de HAP en SEH en de vorming van spoedpleinen. 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.

## Aanpak

Ons advies voor het onderdeel HAP en SEH en spoedpleinen (hoofdstuk 3) is mede tot stand gekomen door interviews met zorgaanbieders. We spraken 15 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 hier voor naar voren komen. Vanuit de opbrengst van deze gespreksrondes hebben we een tussentijds consultatiedocument opgesteld met een overzicht van de ervaren knelpunten en mogelijke oplossingen hiervoor. Dit document is bij de branchepartijen geconsulteerd. Mede op basis van de input van zorgaanbieders, branchepartijen en eigen onderzoek hebben wij voor deze knelpunten gezocht naar mogelijke bestaande of nieuwe oplossingen binnen en buiten de bekostiging, voor zowel de korte als lange termijn.

## Leeswijzer

In dit eerste deel van het advies bekostiging acute zorg werken we het thema integratie HAP-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 in de praktijk ervaren worden. Vervolgens bespreken we in hoofdstuk 5 de oplossingsrichtingen die we voor deze knelpunten zien voor de korte en lange termijn. Tot slot beschrijft 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 12.

# Samenwerking HAP en SEH en spoedpleinen

## 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. Tevens 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 dienstapotheek onder verstaan, dan zien we dat deze vorm van samenwerking vrij algemeen is. De vorm van spoedpleinen waarin er andere zorgaanbieders deelnemen aan het spoedplein, zoals VVT of GGZ, komt minder vaak voor.

## 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. 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](https://www.eerstekamer.nl/overig/20170912/onderzoek_naar_de_substitutie_van/document) uit 2017.

Tabel 2 toont de aantallen waarin HAP’s en SEH’s samenwerken in 2020 (bron: [vzinfo](https://www.vzinfo.nl/onderwerpen/acute-zorg/aanbod/hap)). In 2020 was er sprake van 80 SEH’s met een 24/7 openstelling, en drie locaties die ’s nachts hun deuren sluiten. Er waren in 2020 107 HAP’s (bron: [Nivel](https://www.nivel.nl/nl/publicatie/zorg-op-de-huisartsenpost-nivel-zorgregistraties-eerste-lijn-jaarcijfers-2020-2021-en)). Van de SEH’s met 24/7 openstelling heeft 74% (59 van de 83) een gezamenlijke ingang met de HAP. Daarnaast was in 14% (12 van de 83) 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 het ziekenhuisterrein was gevestigd, daarnaast waren er 11 SEH’s zonder een HAP op het ziekenhuisterrein.

In 2014 telde Nederland nog 95 SEH’s, waarvan er 91 24/7 open waren en vier alleen overdag. Bij 51 (of 54%) ziekenhuislocaties van deze gevallen was toen sprake van een gezamenlijke ingang met de HAP. Dit betekent een stijging van acht locaties (17%) met een gezamenlijke ingang in de periode 2014-2020. We zien een daling van SEH’s zonder HAP op het ziekenhuisterrein: dit aantal is van 24 naar 11 afgenomen in deze periode. Dit komt met name door het sluiten van twaalf SEH’s in deze periode.

Samenvattend kunnen we spreken van een trend van een dalend aantal SEH-locaties en een toename in de fysieke integratie van HAP’s en SEH’s.

**Tabel 2: SEH’s met HAP op het ziekenhuisterrein, 2014 en 2020**

| **SEH's met HAP op het ziekenhuisterrein** | **2014** | **2020** |
| --- | --- | --- |
| HAP is in het ziekenhuisgebouw gevestigd en heeft een gezamenlijke ingang met de SEH | 51 | 59 |
| HAP is in het ziekenhuisgebouw gevestigd, maar er is niet een gezamenlijke ingang met de SEH | 14 | 12 |
| HAP is niet in het ziekenhuisgebouw gevestigd, maar wel op het ziekenhuisterrein | 6 | 1 |
| **Totaal aantal SEH’s met HAP op het ziekenhuisterrein** | **71** | **72** |
| SEH’s zonder HAP op het ziekenhuisterrein | 24 | 11 |
| **Aantal SEH’s in Nederland** | **95\*** | **83\*\*** |

*Bron:* [*vzinfo*](https://www.vzinfo.nl/onderwerpen/acute-zorg/aanbod/hap) *op basis van data RIVM 2020 en Monitor samenwerking SEH en HAP 2017,* [*NZa*](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3649_22/1/)

*\*4 SEH’s waren in 2014 niet 24/7 open*

*\*\*3 SEH’s waren in 2020 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. Deze triage kan op verschillende manieren georganiseerd worden, afhankelijk van de afspraken tussen de SEH en de HAP. 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 -2020.

**Tabel 3: Triage bij SEH's met HAP op het ziekenhuisterrein, 2014 en 2020**

| **Samenwerkingsvorm** | **2014** | **2020** |
| --- | --- | --- |
| Vorm 1: HAP en SEH hebben geen afspraken over triage. Alle zelfverwijzers gaan naar de SEH en worden daar getrieerd, met terugverwijzing naar de HAP als dat gepast is. | 10 | 6 |
| Vorm 2: Parallel: zelfverwijzers kunnen vrij kiezen uit HAP of SEH. HAP en SEH triëren hun eigen zelfverwijzers. | 18 | 7 |
| Vorm 3: Serieel: alle zelfverwijzers gaan naar de HAP en worden daar getrieerd. | 39 | 39 |
| Vorm 4: Volledige integratie: HAP en SEH hebben een gezamenlijk loket voor triage en een gemeenschappelijke triage | 4 | 20 |
| **Totaal samenwerkingsvormen HAP- SEH** | **71** | **72** |
| Vorm 5: SEH’s zonder HAP op het ziekenhuisterrein. | 24 | 11 |
| **Aantal SEH’s in Nederland** | **95\*** | **83\*\*** |

*Bron:* [*vzinfo*](https://www.vzinfo.nl/onderwerpen/acute-zorg/aanbod/hap) *op basis van data RIVM 2020 en Monitor samenwerking SEH en HAP 2017,* [*NZa*](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3649_22/1/)

*\*4 SEH’s waren in 2014 niet 24/7 open*

*\*\*3 SEH’s waren in 2020 niet 24/7 open*

Samenvattend kunnen we uit de cijfers concluderen dat de vormen met de minste samenwerking in triage, namelijk vorm één en twee, in de periode 2014-2020 in totaal zijn afgenomen van 28 naar dertien. Daarentegen is de vorm waarin er sprake is van volledige integratie op het gebied van triage gestegen van vier naar twintig. Met deze stijging van 6% naar 28% kunnen we spreken van een flinke groei in samenwerkingsvormen 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 co-locatie delen wel een gezamenlijke ingang maar kennen verder nog grotendeels gescheiden processen, waardoor de samenwerking en integratie beperkt blijft. In eerder [onderzoek](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3649_22/1/) concludeerden we dat veel HAP’s en SEH’s op een colocatie 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.

## 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]](#footnote-2). 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 zorgaanbieder niet op het spoedplein zijn gevestigd, betekent namelijk niet dat hun kennis en expertise niet beschikbaar is: deze kan bijvoorbeeld ook telefonisch worden ingewonnen. Anderzijds juichen wij 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 wordt (idealiter fysiek) samengewerkt door de ketenpartners 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 dienstapotheek vaak bij elkaar in de buurt zijn gevestigd, zijn andere mogelijke deelnemers aan het spoedplein van oudsher op andere locaties buiten het ziekenhuis gevestigd. Mede daarom is het minder efficiënt om personeel uit de acute GGZ of VVT te vestigen op het spoedplein.

Voor de acute GGZ geldt bijvoorbeeld dat beoordelingen niet bij het spoedplein worden uitgevoerd, maar bij voorkeur dicht bij een opnamefaciliteit. Dat maakt deelname aan spoedpleinen op de locatie van het ziekenhuis lastig voor de GGZ-aanbieders die niet al op het terrein van het ziekenhuis zitten. 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 een continue fysieke aanwezigheid van de GGZ-zorgverlener te verantwoorden. Een spoedplein kan zich daarom ook virtueel organiseren: zorgaanbieders zoeken telefonisch contact voor consultatie.

In Helmond is binnen het Elkerliek ziekenhuis een spoedplein gevormd met daarin deelname van meerdere relevante acute zorgaanbieders.

**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 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; deze speler is onmisbaar in de aanpak van een groot knelpunt in de acute zorg, namelijk de instroom van kwetsbare ouderen in de acute keten. Er wordt veel aandacht besteed aan preventie bij kwetsbare ouderen. 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 wordt 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.

# Huidige bekostiging en knelpunten

## Inleiding

Hieronder volgt een korte beschouwing van de bekostiging van de HAP en de SEH. Tevens geven we een beeld van de knelpunten die zorgaanbieders ervaren bij integratie en samenwerking in de acute zorg.

**Bekostiging HAP**

Er is bij de HAP sprake van een gebudgetteerd systeem, 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](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_714477_22/) 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 en 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. Enkele voorwaarden hiervoor zijn 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.

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 gehaald door de verschuiving richting de huisarts en HAP.

**Bekostiging SEH**

De zorg die op de SEH van het ziekenhuis wordt geleverd wordt bekostigd uit de gedeclareerde zorgproducten. Het SEH-bezoek registreert de arts als zorgactiviteit (za). Diagnoses en behandelingen (vastgelegd middels za’s) 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’s[[2]](#footnote-3).

## 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) zijn diverse gesprekken gevoerd met aanbieders en zijn branchepartijen geconsulteerd.

Schotten in de bekostiging

Sommige organisaties die bezig zijn met de samenwerking en integratie van de HAP en de SEH en andere zorgaanbieders van het spoedplein, lopen tegen knelpunten aan die worden veroorzaakt doordat er sprake is van verschillen in de bekostiging. In de praktijk zien we bijvoorbeeld dat instellingen 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 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. Overdag maken huisartsen hierover afspraken met de zorgverzekeraars binnen Segment 3 (S3). 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. Naast de ziekenhuizen ontvangen we ook vanuit de GGZ-sector geluiden dat het meekijkconsult niet altijd naar tevredenheid functioneert.

**Zorginkoop**

Naast knelpunten gerelateerd aan de schotten in de bekostiging, wordt door sommige zorgaanbieders ook het knelpunt gesignaleerd dat verzekeraars 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 weldegelijk sprake is van congruent gedrag door de zorgverzekeraars. Zo zijn alle zorgverzekeraars betrokken bij het uitvoeren van het ‘waardegedreven’ zorgcontract bij het Maasstad ziekenhuis. Wij juichen deze ontwikkeling toe.

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 bespoedigd. Door intercollegiale samenwerking verbetert ook de kwaliteit van zorg. 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 daarmee het versneld moeten afboeken van vastgoedkosten. Dit leidt tot hoge financieringskosten die niet altijd uit 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 helpt het verbeteren van de acute zorg. Triage is dan ook een van de activiteiten waar aanbieders van acute zorg voordelen kunnen halen bij 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. Dit wordt door sommige zorgaanbieders ervaren wanneer bijvoorbeeld een SEH-verpleegkundige ingezet wordt als triagist op de HAP. Hiervoor is dan geen prestatie beschikbaar. Daar staat tegenover dat overleggen indirect patiënt gebonden tijd is: het zit verdisconteerd in de tarieven voor direct patiëntgebonden tijd en wordt op die manier vergoed.

# Oplossingsrichtingen

## 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 noemen 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.

## 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 knelpunten door schotten 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 lasten en investeringen.

Een voorbeeld van een samenwerkingsverband tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars die 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 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. Ultimo 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 patiënten aantallen. Het ziekenhuis wordt dan niet geconfronteerd met lagere inkomsten als er bijvoorbeeld door betere triage op de HAP er 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 vorm gegeven. Een contract gericht op de transformatie van zorg vraagt om een bekostiging waarin de zorgaanbieder voldoende ruimte heeft om naar eigen inzicht 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 aan goede afspraken over transformatie en bekostiging van acute zorg, is vanuit het ziekenhuis goede informatie over de kwaliteit van zorg, patiëntrelevante uitkomsten en kritieke prestatie-indicatoren (KPI’s) gericht op bereikbaarheid en toegankelijkheid. Zie bijvoorbeeld de afspraken die het Maasstad Ziekenhuis met zorgverzekeraars heeft gemaakt over een waardegedreven zorgcontract.

Hoewel we op een aantal plaatsen een positieve verandering zien op dit gebied, zien wij dat nog niet alle partijen zover zijn. Op de korte termijn willen wij zorgaanbieders en zorgverzekeraars oproepen om de ruimte die bestaat binnen het huidige bekostigingssysteem zo goed mogelijk te benutten bij het maken van afspraken voor meer samenwerking en integratie binnen de acute zorg. De ROAZ-beelden en plannen dienen hierbij als een goed startpunt voor het uitvoeren van de regionale transitie van de acute zorg. Omdat de NZa het belang en noodzaak van de transitie binnen de acute zorg inziet willen wij partijen hierbij actief faciliteren waar dit mogelijk en nodig is. We gaan graag in gesprek met partijen om mee te denken over de mogelijke opties die de huidige bekostiging biedt. Hierbij is bekostiging in de vorm van een experiment een optie die de NZa graag wil verkennen met zorgaanbieders en verzekeraars.

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 op de toegankelijkheid (beschikbaarheid) en/of kwaliteit van de zorg op lange termijn en 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 hiervoor in aanmerking te komen 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. Een belangrijk gegeven is dat het hierbij gaat om investeringen die niet structureel uit de reguliere bekostiging betaald kunnen worden. Transformatiemiddelen zijn bedoeld als eenmalige steunmaatregel die voor individuele projecten geldt, en niet voor de structurele, jaarlijkse financiering van veranderingen. Indien zich er structurele, jaarlijkse kosten voordoen die niet gedekt worden in het tarief, dan moet een zorgaanbieder hier afspraken over maken met de zorgverzekeraars. Dit kan bijvoorbeeld aan de hand van een meerjarige businesscase.

Zorgaanbieders benoemen het risico 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 beloond met 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 verwijsfuncties 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](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_289778_22/1/) biedt zorgverzekeraars en zorgaanbieders de mogelijkheid om samen in drie jaar tijd te experimenteren met een innovatie die onder de zorgverzekering 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 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 de tweedelijnszorg naar de eerstelijnszorg. Zowel instellingen die zorg binnen de Wlz als de Zvw leveren kunnen een aanvraag doen bij de NZa voor een termijn van drie jaar. Een voorbeeld hoe [deze beleidsregel](https://puc.overheid.nl/doc/PUC_309616_22/1/#a2712309-298f-4ddb-8136-3a145d70d001) bij kan dragen aan passende zorg is [de Wijkkliniek](https://www.cordaan.nl/locatie/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.

## Nieuwe oplossingen korte termijn

Naast de genoemde oplossingen die reeds mogelijk zijn en waar zorgaanbieders en zorgverzekeraars mee aan de slag kunnen, onderscheiden wij ook enkele oplossingen die nu nog niet bestaan, maar wel op korte termijn een oplossing zou kunnen bieden voor de genoemde knelpunten.

**Zorgcoördinatie**

Wij verwachten dat de implementatie van zorgcoördinatie een positief effect zal hebben op de samenwerking tussen de aanbieders van acute zorg. Bij zorgcoördinatie zal 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](https://open.overheid.nl/documenten/ronl-c35a78d046b6dabf8fdf3bb2bc9301c677f4b81c/pdf). De eerste ervaringen met deze vormen van zorgcoördinatie zijn positief. Voor de korte termijn hebben wij [handvatten](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_748032_22/) 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 wordt naar verwachting 1 maart 2024 opgeleverd.

**Meekijkconsulten en meedenkconsulten[[3]](#footnote-4)**

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 betaaltitel voor deze inzet van de medisch specialist bestaat nu nog niet. De invoering van een dergelijke betaaltitel zou ook de samenwerking tussen de HAP en de tweede lijn kunnen vergemakkelijken. Wel is onduidelijk wat in de praktijk het werkelijke 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. Binnenkort start de NZa met de consultatie om voor het meedenkconsult directe declaratie vanuit de tweede lijn mogelijk te maken via een eigen betaaltitel. 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 kunnen worden gedeclareerd via een aparte algemene MSZ betaaltitel.

**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 gaan verkennen in hoeverre een aanpassing in de bekostiging van meekijkconsulten tussen de HAP en SEH wenselijk is. Hiervoor zien we in potentie twee mogelijke opties binnen de bekostiging.

Een eerste mogelijkheid is om de bekostiging vorm te geven via een aparte algemene MSZ betaaltitel die door het ziekenhuis kan worden gedeclareerd, net als de route die nu voor het meedenkconsult wordt geconsulteerd door de NZa. 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 gewend is 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 korte termijn oplossing 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, 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 en sluit het beter aan bij de beweging van sectorale betaaltitels 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.

## Visie lange termijn

Onze visie op lange termijn voor de acute zorg is dat een verdere samenwerking tussen de aanbieders van acute zorg noodzakelijk is om de acute zorg in de toekomst toegankelijk en van goede kwaliteit te houden. Zorgaanbieders moeten de ruimte krijgen om naar eigen inzicht, en in afstemming met de zorgverzekeraars, de acute zorg regionaal in te richten. Zij zullen met elkaar afspraken moeten maken over onder andere de triage en behandeling van patiënten. Het bekostigingsmodel moet deze ontwikkeling faciliteren.

Zorgverzekeraars en zorginstellingen hebben momenteel diverse mogelijkheden om binnen de geldende kaders maatwerkafspraken te maken. Op verschillende plekken in het land zien wij nu al dat aanbieders tot verregaande samenwerking komen, zie hiervoor de diverse voorbeelden in dit advies. Anderzijds zijn er ook aanbieders die aangeven knelpunten te ondervinden in de huidige bekostiging. De verschillende schotten in de bekostiging staan verdere samenwerking soms in de weg.

Op de langere termijn lijkt een integrale budgetbekostiging voor de HAP en SEH een interessante optie om te verkennen: Een integraal budget voor de HAP en SEH biedt de aanbieders meer flexibiliteit om de acute zorg op een nieuwe manier in te richten: er kunnen bijvoorbeeld gezamenlijke faciliteiten gebouwd worden en personeel kan naar eigen inzicht worden ingezet en bekostigd. Tegelijkertijd is er nog heel veel onbekend over de gevolgen van een mogelijke integrale budgetbekostiging op basis van beschikbaarheid. Hierbij speelt vooral complexiteit van het vraagstuk, maar ook verschillen tussen HAP en SEH, op het gebied van cultuur, locaties, financiële belangen, machtsverschillen, en de relatie met andere onderdelen van het ziekenhuis een belangrijke rol.

**Experiment met integrale budgetbekostiging HAP en SEH**

Om de route richting een integraal budget 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 budgetbekostiging willen starten. Een dergelijk experiment kan inzichtelijk maken wat er allemaal komt kijken bij een integraal budget 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-SEH buiten het experiment. De NZa gaat graag in gesprek over een experiment met geschikte en geïnteresseerden partijen.

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](https://doi.org/10.5334/ijic.7566) 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 heel 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 integrale budgetbekostiging - te kijken naar andere tijdelijke vormen van bekostiging en instrumenten waardoor de bekostiging van zorgaanbieders mee kan groeien 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, in aanloop naar een mogelijke invoering van een vorm van integrale bekostiging voor de HAP en SEH.

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



Op de verticale as is de mate van kwaliteit van de samenwerking en vertrouwen tussen partijen weergegeven. 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).

Op de horizontale as is de mate van integrale bekostiging weergegeven. 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 integralere 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 wel 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 geleverd door meerdere zorgaanbieders, bijvoorbeeld 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), dit instrument is nog niet beschikbaar maar wordt momenteel ontwikkeld.
* Een **sectoroverstijgend integraal budget** gaat nog verder en kan de totale zorglevering van verschillende zorgaanbieders / afdelingen van zorgaanbieders integraal bekostigen (zoals een mogelijke integraal budget voor de HAP en SEH). Het integraal samenvoegen van de bekostiging op deze manier prikkelt aanbieders maximaal om goed samen te werken, maar maakt het ook heel erg complex.

Bij een mogelijke introductie van een integraal budget voor de HAP en SEH, vinden wij het noodzakelijk dat de verwachte effecten van de integratie van de HAP en SEH en/of andere aanbieders van acute zorg concreet worden gemaakt in KPI’s en dat deze KPI’s worden gemonitord. KPI’s kunnen worden gemeten op het niveau van proces, output (bijvoorbeeld aantallen opnames of patiënten), maar bijvoorbeeld ook op uitkomstenniveau (in hoeverre het effect of resultaat is bereikt, bijvoorbeeld: SEH-stops, patiënttevredenheid of andere medische uitkomsten). Het opstellen, registreren en monitoren van KPI’s vinden wij voor de acute zorg een essentiële voorwaarde voor de bekostiging van deze zorg. Zonder duidelijkheid over welke KPI’s worden geregistreerd en gebruikt is, is het niet wenselijk nieuwe bekostigingsvormen voor de acute zorg vast te stellen.

Een relevante 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 integraal budget en verregaande integratie van de activiteiten van de HAP en SEH zal de toerekening van de kosten van de afzonderlijke sectoren minder eenduidig maken. Dit is een aandachtspunt voor de verdere verkenning.

#  Conclusie

Het belang van integratie en samenwerking op de HAP en SEH en het spoedplein wordt in brede zin onderschreven; deze beweging is op veel locaties in het land gaande. In dit hoofdstuk hebben wij gekeken in hoeverre de huidige bekostiging hieraan bijdraagt, of juist voor knelpunten zorgt in de beweging naar samenwerking en integratie.

Zorgaanbieders en branchepartijen wijzen ons op diverse knelpuntendie 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 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 niet altijd goed van de grond komt.

De huidige bekostigingssystematiek biedt wel vrijheid om integratie en samenwerking te bekostigen. Zo kunnen bijvoorbeeld de HAP en SEH in verregaande vorm samenwerken en gezamenlijk de kosten dragen om een geïntegreerde HAP en 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.

Samenwerking tussen partijen en het verder brengen van de transitie van de acute zorg moet op regionaal vlak worden vormgegeven. De ontwikkelde ROAZ-beelden en -plannen bieden hiervoor een goede basis. De NZa roept partijen op om de mogelijkheden en ruimte in het huidige bekostigingssysteem zo goed mogelijk te benutten en biedt aan om partijen hier in te faciliteren.

Wij zien verder dat het succes van integratie en samenwerking in zeer grote mate afhangt van een gezamenlijke visie over de inrichting van zorg, een goede relatie tussen zorgaanbieders in de regio en welwillendheid en volggedrag van zorgverzekeraars. We zien daarnaast mogelijke verbeterpunten in de bekostiging om deze samenwerking beter te faciliteren.

Voor de korte termijn zien we een mogelijke stimulans in de invoering van een nieuwe prestatie voor meekijkconsulten die ziekenhuizen rechtstreeks kunnen declareren bij zorgverzekeraars. Wij verkennen deze optie graag verder met zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Ook kan de introductie van zorgcoördinatie bijdragen aan betere samenwerking tussen de aanbieders van acute zorg, door onder andere verbeterde triage en coördinatie.

Op de langere termijn zien wij dat goede en verregaande strategische samenwerking vraagt om een bekostigingsmodel waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars voldoende ruimte hebben om in aansluiting op de regionale zorgvraag naar eigen inzicht passende acute zorg te bieden. 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.

Uiteindelijk zien wij voordeel in het gelijktrekken van de bekostigingsprikkels in de acute zorg en het bieden van meer flexibiliteit. 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 dat verder ingaat op beschikbaarheidsbekostiging van de SEH. Tevens zou een integraal budget voor de HAP en SEH een interessante stap kunnen zijn om in de toekomst te verkennen. Dit zou de HAP en SEH meer flexibiliteit geven om hun werkzaamheden beter te integreren. Wel zijn er veel vraagtekens over onder meer financiën, cultuur en kwaliteit. Daarnaast is een goede samenwerking tussen de HAP en SEH maar ook met de zorgverzekeraars randvoorwaardelijk.

Bij invoering van integrale bekostiging is een essentiële randvoorwaarde dat partijen - vanuit het oogpunt van passende zorg - niet alleen afspraken maken over de bekostiging van acute zorg, maar in ieder geval ook over de kwaliteit van zorg, patiënt-gerelateerde uitkomsten en KPI’s gericht op bereikbaarheid en toegankelijkheid. De NZa gaat daarom graag aan de slag met zorgaanbieders en zorgverzekeraars om een experiment voor deze optie te verkennen.

Voordat het zover is dat HAP en SEH gebruik kunnen maken van een mogelijk integraal budget, zien wij dat partijen in de nabije toekomst andere optionele bekostigingsopties kunnen gebruiken die ook de samenwerking faciliteren. Voor de partijen waar integratie nog geen optie is, en de samenwerking nog in de kinderschoenen staat, zou een eerste stap een declarabel meekijkconsult kunnen zijn. Indien er al wel goed wordt samengewerkt, dan is een sectoroverstijgende bundel een mogelijke optie in de toekomst om samenwerking te stimuleren via bekostiging.

**Deel II**

**Beschikbaarheids-bekostiging SEH**

#  Deel II: Beschikbaarheidsbekostiging SEH

# Inleiding

## Adviesvraag 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](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_706556_22/). In navolging daarvan stelt 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 beschikbaarheidbijdrage** 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 beschikbaarheidbijdrage (subsidie). Dit hoofdstuk verkent de verschillende mogelijkheden voor het bekostigen van SEH’s op basis van beschikbaarheid, niet alleen de beschikbaarheidbijdrage. De beschikbaarheidbijdrage 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 beschikbaarheidbijdrage 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 tarifering marktverstorend zou werken, en die niet op andere wijze worden bekostigd.”* |

Voor invoering van een beschikbaarheidsbekostiging voor de SEH is het randvoorwaardelijk dat er door de minister eerst een visie op de acute zorg en de SEH gevormd wordt, met als belangrijkste pijlers de toegankelijkheid en kwaliteit. Hierbij gaat het specifiek over een alternatief voor de 45-minuten norm 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 moet 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 en effecten 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.

## Aanpak

Voor dit deeladvies hebben wij gesproken met diverse relevante veldpartijen (NVZ, NFU, NVSHA, NVSHV, FMS en ZN) voor input en advies. Hun input is verwerkt in dit document. Daarnaast hebben wij vanuit betrokkenheid bij onder andere het MZS-kostprijsonderzoek, de beschikbaarheidbijdrage SEH en betrokkenheid bij het Kwaliteitskader nuttige input kunnen verwerken in dit advies. Basis voor dit advies is de lijn over beschikbaarheidsbekostiging voor de SEH die wij eerder hebben neergezet in ons [advies Passende acute zorg](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_706556_22/) (maart 2022).

## Leeswijzer

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

# Visie en normen voor beschikbaarheid SEH’s

## Inleiding

Een beschikbaarheidsbekostiging is een manier van bekostigen om een bepaalde capaciteit te vergoeden en daardoor toegankelijk te houden, onafhankelijk van het aantal patiënten en de zorgvraag. Welke capaciteit daarbij toegankelijk moet worden gehouden hangt wel af van de (te verwachten) zorgvraag. Een beschikbaarheidsbekostiging kan worden ingezet om cruciale zorgfuncties in stand te houden, die beschikbaar moeten zijn ongeacht het aantal patiënten. Een beschikbaarheidsbekostiging is er om de verschillen te dekken tussen de kosten voor beschikbaarheid en de opbrengsten van de werkelijke zorgvraag. 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 D voor een kort overzicht van de bekostigingsvormen in de acute zorg.

Een beschikbaarheidsbekostiging kan uitgaan van de huidige capaciteit en het huidige zorgaanbod maar biedt ook 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 van SEH’s. 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 benodigd zijn om dit zorgaanbod toegankelijk te houden.

Er zijn veel verschillende vormen van bekostiging op beschikbaarheid denkbaar. Elke vorm zal zijn eigen voor- en nadelen kennen en andere financiële prikkels bevatten. 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 moet er beschikbaar zijn?**

Visie VWS op acute zorg en SEH-landschap, met nieuwe normen voor beschikbaarheid SEH’s

1. **Hoe wordt de SEH zorginhoudelijk afgebakend?**

Welke faciliteiten en zorgfuncties vallen onder de beschikbaarheidsbekostiging voor de SEH?

1. **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 worden in dit advies verder uitgewerkt. Dit hoofdstuk gaat in op de eerste vraag, hoofdstuk 9 werkt de tweede en derde vraag uit.

## Normen en kaders voor beschikbaarheid SEH’s

Voordat er een inhoudelijke afweging kan worden gemaakt hoe de SEH in de toekomst bekostigd kan worden, is het van belang dat er een heldere beleidsmatige visie met normen/kaders voor de acute zorg in Nederland komt. Deze visie moet duidelijkheid verschaffen over de inrichting van de acute zorg en het SEH-landschap in het bijzonder. Het is aan de minister van VWS om deze visie op te stellen.

**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/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/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 is georganiseerd.

Concreet betekent dit dat er een (wettelijk) kader nodig is om de vergoeding te reguleren. Hierbij 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 beschikbaarheidbijdrage 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, maar sluit tegelijkertijd niet automatisch één-op-één aan bij het huidige aanbod van SEH’s. Zoals hiervoor beschreven moeten er eerst duidelijke normen/kaders voor de beschikbaarheid van SEH’s komen. Op basis daarvan kan vervolgens een beschikbaarheidsbekostiging worden ingericht die de bijbehorende kosten vergoed.

### 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 VWS in oktober 2022 de [‘Beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg’](https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2022/10/03/kamerbrief-over-beleidsagenda-toekomstbestendige-acute-zorg) (hierna: beleidsagenda) uitgebracht, met acties gericht op drie kernpunten: 1) kwaliteit en toegankelijkheid van de acute zorg, 2) zorgcoördinatie en 3) 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 A 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 wezenlijk 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 beschikbaarheidbijdrage SEH die we momenteel kennen. Zoals we eerder hebben beschreven in ons [advies op basis van de marktverstoringstoets](https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2020/12/18/advies-nza-aan-vws-beschikbaarheidbijdrage-seh) is de huidige toepassing hiervan discutabel te noemen (voor toelichting over de beschikbaarheidbijdrage SEH zie bijlage B). Bij vervanging van de 45-minutennorm zal de beschikbaarheidbijdrage SEH in zijn huidige vorm ophouden te bestaan. VWS geeft in de Kamerbrief over de 45-minutennorm aan dat er getoetst moet worden wat het effect is van het wegvallen van deze beschikbaarheidbijdrage, 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 naar het SEH-aanbod en hoe dit doelmatig georganiseerd kan worden. Dit geldt in het bijzonder in de nachtelijke uren, wanneer sommige SEH’s een erg lage toeloop van patiënten kennen (voor meer toelichting zie [advies Passende acute zorg](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_706556_22/), hoofdstuk 3 ). Er moet dus een optimale balans worden gevonden tussen toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. Zoals VWS aangeeft in haar Beleidsagenda acute zorg 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: 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 een [recente analyse van het RIVM](https://www.rivm.nl/documenten/bereikbaarheidsanalyse-sehs-en-acute-verloskunde-2023) gaven zeven van de 83 SEH’s aan dat er niet altijd artsen aanwezig zijn die voldoen aan de minimale ervaringseis. Ook was er op acht van de 83 SEH’s niet altijd een klinisch geriater 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.

### 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 een beschikbaarheidsbekostiging geen doel op zich is. Als een beschikbaarheidsbekostiging niet wordt gekoppeld aan duidelijke doelen, prikkelt het namelijk niet tot het veranderen van de organisatie van de acute zorgketen. Daardoor zou het benodigde aanpassingen in de organisatie van zorg juist in de weg kunnen zitten. In plaats daarvan moet centraal staan hoe een 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 moet 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 zo nodig worden bijgestuurd.

### Advies NZa

In deze paragraaf hebben we stilgestaan bij een beleidsmatige visie op de acute zorg en normen/kaders voor de beschikbaarheid van de SEH. Deze normen/kaders zijn 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 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. **Differentiatie:** 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 blik welke balans tussen toegankelijkheid en kwaliteit haalbaar is.

**Regionale aansluiting**

Het is essentieel dat een beschikbaarheidsbekostiging voor de SEH goed aansluit bij 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 zorgkantoorniveau) 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, waarin een passend regionaal zorgaanbod en de belangrijkste veranderopgaven om daartoe te komen centraal staan. Om met de beschikbaarheidsbekostiging SEH goed aan te sluiten bij deze beweging, is het belangrijk dat de kaders voor de beschikbaarheidsbekostiging enerzijds landelijk duidelijkheid scheppen over de toegankelijkheid en kwaliteit van de SEH’s en anderzijds genoeg ruimte geven om te differentiëren voor verschillen 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.

**Differentiatie in het aanbod van SEH’s**

Op regionaal niveau moet kritisch worden gekeken naar een passende organisatie van het aanbod van SEH’s, met oog voor differentiatie. Zo kan in bepaalde delen van het land een differentiatie in de openingstijden van SEH’s in de nachtelijke uren eraan bijdragen dat schaars personeel en middelen beter ingezet worden. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat de SEH van een ziekenhuis met weinig nachtelijke toeloop van patiënten in de nacht sluit en een naburige SEH de zorg blijft continueren. Hiermee kan schaars personeel doelmatiger worden ingezet en de kwaliteit van de SEH-zorg geborgd blijven.

Ook kan meer zorginhoudelijk differentiatie in het profiel van SEH’s helpen om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de regionale zorgvraag en organisatie van de acute zorg. Zo kan bijvoorbeeld het ene ziekenhuis zich nog meer richten op hoog-complexe spoedzorg, terwijl het andere ziekenhuis zijn SEH of spoedpost meer richt 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 hier op te sturen met de bekostiging. Praktisch betekent dit het volgende:

1. Bij het opstellen van de normen/kaders voor het aanbod van SEH’s moet kritisch worden gekeken welke balans tussen kwaliteit en toegankelijkheid haalbaar is;
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.

# Afbakening SEH

## Inleiding

De tweede voorwaarde voor bekostiging van beschikbaarheid is 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 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.

## 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), spoedpoli 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 die niet van de SEH komen. 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 wat de kosten zijn van een functie. Een belangrijk issue hierbij is het risico op dubbele bekostiging. Immers de oogarts en de internist worden al bekostigd via prestatiebekostiging. Als deze functie in de toekomst ook gedeeltelijk bekostigd worden via de beschikbaarheidsbekostiging voor de SEH, 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 10.

* **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 patiënten aantallen 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 ze kunnen bieden (zie bijlage C 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 verschillen? Manieren om te differentiëren in de afbakening van de SEH’s zijn bijvoorbeeld op basis van functies (zoals de level-indeling van de SEH’s) of op basis van populatie (aantal inwoners uit het werkgebied 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.

### Conclusie

Aansluitend op de visie met normen/kaders voor de beschikbaarheid van SEH’s en de afweging op welke doelen de beschikbaarheidsbekostiging SEH zich moet richten, zijn bovenstaande 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 voor verschillen in de regionale zorgvraag en het zorgaanbod. Daarom vinden we het wenselijk om in de afbakening van de beschikbaarheidsbekostiging te differentiëren.

## 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 basisteam SEH, 2) conform de normen uit het Kwaliteitskader, en 3) conform de normen uit het Kwaliteitskader, met differentiatie. Zoals ook hiervoor 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 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 niet gedekt worden. Het betekent simpelweg dat deze kosten niet aan de beschikbaarheidsbekostiging worden toegerekend en moeten worden vergoed via de MZS-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’ | 24/7 SEH-arts of arts-SEH en SEH-verpleegkundige, materieel en overheadkosten | Instandhouding ‘brandweerfunctie’ absolute minimum SEH | Dit scenario is gebaseerd op de oude afbakening van de beschikbaarheidbijdrage SEH (tot en met 2021). |
| Scenario 2‘Kwaliteitskader’ | 24/7 arts-SEH en SEH-verpleegkundige, geriatrische expertise, specialisten in achterwacht, laboratorium, röntgen, apotheek, klinische chemie en medische microbiologie, etc. zie bijlage C voor een overzicht van de kwaliteitsnormen | Instandhouding SEH conform Kwaliteitskader | Dit scenario is gebaseerd op een afbakening die de minimumnormen van het Kwaliteitskader Spoedzorg 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 Spoedzorg 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, namelijk de 24/7 beschikbaarheid van een SEH-arts of arts-SEH, de SEH-verpleegkundige, materiaal en overheadkosten. Hierbij heeft de ‘SEH-arts KNMG’ een profielerkenning voor de spoedeisende geneeskunde, en is de ‘arts-SEH’ de aanduiding voor een arts die op de SEH werkt. Dit kan een anios met een jaar werkervaring zijn, maar ook een SEH-arts of een medisch specialist. Deze afbakening komt overeen met de dekking van de beschikbaarheidbijdrage SEH tot 2021. Na 2021 zijn kosten voor achterwachtfuncties tijdens ANW toegevoegd aan de beschikbaarheidbijdrage. De keuze voor dit scenario kent onderstaande gevolgen:

* Het scenario is universeel: ieder ziekenhuis heeft een SEH-arts / 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. Hoogstens is er nog variatie in de bezetting van de arts-SEH: deze is op sommige locaties een basisarts die circa 80 duizend euro per jaar kost, en op andere locaties een SEH-arts KNMG die circa 182 duizend euro per jaar kost.
* 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 andere typen zorg in het ziekenhuis toegerekend moeten worden, zoals het laboratorium.
* Scenario is goed herkenbaar. Dit maakt het voor alle betrokken actoren beter te volgen en uitvoerbaar.
* Dit scenario sluit aan bij de personele inzet voor de SEH, die een zogenaamde brandweerfunctie uitoefent en bij uitstek op rustige momenten geen zorg levert maar wel kosten maakt (de SEH-arts / arts-SEH en SEH-verpleegkundige). Dit basisteam voor de SEH wordt in dit scenario bekostigd ongeacht de omvang van patiënten. 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 kampen heeft met lage patiënt aantallen.

**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 functies als de achterwacht, de OK, het laboratorium en de beeldvormende diagnostiek betrokken bij de bekostiging.

* Dit scenario kan bijvoorbeeld 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.
* Deze optie is naast compleet op meerdere fronten 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, moet de complexe afweging worden gemaakt in welke mate dit het geval is. Immers, in hoeverre is 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 bijvoorbeeld aan electieve zorg. In algemene zin geldt dat hoe meer functies worden toegevoegd aan de afbakening van de SEH, hoe meer toerekeningsvraagstukken je krijgt en hoe complexer het wordt. Hier speelt ook mee dat de marginale kosten een grote mate van variatie kennen. Zo zijn de marginale kosten van het laboratorium in een groot ziekenhuis mogelijk zijn dan die in een klein ziekenhuis.
* Ten slotte zorgt de variatie in het aanbod van zorg ook mogelijk 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. 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 hier bovenop ook nog gedifferentieerd wordt naar verschillende typen SEH.

* Differentiatie naar grootte en type van SEH’s kan worden vormgegeven op basis van verschillende parameters, zoals een maat voor populatie (bijv. adherentiegebied ziekenhuis), een maat voor capaciteit (bijv. omvang SEH-team) of op basis van de functies van de SEH (bijv. level-indeling, zie bijlage C). Differentiatie op basis van een combinatie van parameters is ook mogelijk, maar maakt het erg complex (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 haalbaar is. 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 invulling van het SEH-aanbod en de precaire balans tussen kwaliteit en toegankelijkheid. Dit scenario biedt vanuit de differentiatie in de bekostiging 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 bijbehorende normen/kader. Dit is nodig omdat je er hier specifiek voor kiest om met de differentiatie allerlei specifieke typen SEH 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 deze scenario’s één uniforme beschikbaarheidsvergoeding geldt voor alle SEH’s, zullen er bij scenario 3 verschillende bedragen gelden voor de beschikbaarheidsvergoeding, die afhankelijk zijn 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 meeschaalt met het aantal inwoners in het werkgebied van de SEH.

### 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 de huidige maar ook 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 enige zin gedefinieerd. Zo zal een groot ziekenhuis met veel patiënten in de praktijk bijna altijd een groter team hebben rondlopen Van echte beschikbaarheid is in dat geval dus geen sprake meer. Dit wordt voorkomen door in scenario 3 bijvoorbeeld te differentiëren op basis van populatie, verwachtte benodigde capaciteit of de functies van de SEH.

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](https://esb.nu/wp-content/uploads/2022/11/718-720_Blank.pdf) 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. De grote mate van variatie komt ook terug in [een Nederlands onderzoek](https://doi.org/10.1186/s12245-018-0196-5) 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 voor differentiatie. Bij het differentiëren moet wel geborgd worden dat dit niet te complex wordt vormgegeven zodat de bekostiging uitvoerbaar blijft.

# Bekostiging en schoning

## Inleiding

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

## 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 verzekeraars. 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 verzekeraars 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.

### 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 een gevoel te krijgen bij de SEH-kosten 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](https://esb.nu/wp-content/uploads/2022/11/718-720_Blank.pdf) dat deze kosten sterk variëren. Indien het ziekenhuis voor de SEH een interne kostenplaats hanteert en een volledige interne doorbelasting van kosten heeft, is deze informatie bij het ziekenhuis wel voorhanden. Dit gaat echter wel gepaard met een (beperkte) stijging van de administratieve last.

## Vormgeving beschikbaarheidsbekostiging

De bekostiging bepaalt op welke manier en voor welke prestatie een zorgaanbieder 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 echter 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.

**Bekostigingsmodellen**

Er zijn grofweg twee wijzen waarop een zorgaanbieder betaald 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; hier wordt bijvoorbeeld een vast bedrag per inwoner in het werkgebied van de zorgaanbieder 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 beschikbaarheidbijdrage op basis van de Wmg een zorgaanbieder aan te wijzen en een vergoeding vast te stellen. Voorbeeld hiervan is de (huidige) beschikbaarheidbijdrage 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 gebeurt. We kennen hierbij drie inkoopmodellen: 1) inkoop in concurrentie, 2) volgbeleid en 3) inkoop in representatie. Traditioneel wordt er ingekocht in concurrentie. Indien congruentie wenselijk is omdat bijvoorbeeld het type zorg zich niet leent voor concurrentie, kan er worden ingekocht volgens een volgbeleid of in representatie. [Onder voorwaarden](https://www.acm.nl/sites/default/files/documents/beleidsregel-acm-juiste-zorg-op-de-juiste-plek-nw.pdf) is een dergelijke samenwerking toegestaan door de ACM als dat bijdraagt aan de Juiste Zorg op de Juist Plek (JZOJP). Zo dient de zorg regionaal ingekocht te worden volgens een landelijk kader en dient dit te gebeuren op basis van transparante en objectieve criteria. 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. In scenario 1 (basisteam SEH) is de afbakening het smalst en zal de omvang van deze kosten het grootst zijn, naar gelang differentiatie, zullen de resterende kosten in scenario 3 (Kwaliteitskader met differentiatie) het kleinst zijn.

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. Dit 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 MZS kijken we steeds integraler naar dbc’s, opknippen past daar niet bij.

**Meten van uitkomsten**

Zoals eerder gemeld 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 I ook al aangeven. Over het algemeen zien we dan ook dezelfde paramaters voor ons voor proces, output en uitkomsten. Voor een gedeelte zullen de KPI’s afhankelijk van de verdere invulling van een dergelijke bekostiging, bijvoorbeeld van de afbakening en de verschillende vormen van differentiatie

### 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 de normen/kaders voor beschikbaarheid van de SEH en de afbakening van de bekostiging, deze zijn nu nog niet voorhanden. Wel gaan we hier op hoofdlijnen kort in op de belangrijkste punten die nu al kunnen worden meegeven met betrekking tot de uitvoering en inkoop van de beschikbaarheidsbekostiging.

**Uitvoering en inkoop**

We hebben in 2021 in de [marktverstoringstoets](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_642145_22/1/) onderzocht wat het zou betekenen als de huidige beschikbaarheidbijdrage vervangen zou worden door prestaties en tarieven. Onze conclusie was dat er geen marktverstoring zou optreden, waardoor er geen aanleiding is voor de huidige beschikbaarheidbijdrage. Het ligt volledig in lijn der verwachtingen dat dit ook geldt voor de gehele markt voor SEH’s. Het instrument beschikbaarheidbijdrage is daarmee geen logisch model voor bekostiging van beschikbaarheid van SEH’s.

Daarnaast vinden we dat inkoop in representatie door zorgverzekeraars de sterke voorkeur heeft. Dit model past het beste bij de bekostiging van een beschikbaarheidsfunctie en brengt de bekostiging in lijn met andere beschikbaarheidsfuncties voor de acute zorg, zijnde de ambulancezorg, de huisartsenposten en de acute GGZ.

**Lange termijn**

Binnen de acute zorgketen ontvangt de SEH momenteel als uitzondering geen beschikbaarheidsbekostiging, maar is het onderdeel van de prestatiebekostiging binnen de medisch specialistische zorg. Daarom is invoering van een beschikbaarheidsbekostiging een logische stap om nu op te richten. 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. In dit advies gaan we hier niet verder op in, een integrale beschikbaarheidsbekostiging voor de gehele keten is dermate complex dat hiervoor een afzonderlijke analyse noodzakelijk is.

## Schoning

Achtergrond

Bij de invoering van een nieuwe bekostiging moet ook de oude bekostiging worden aangepast. Als dit niet gebeurt er kan er dubbele bekostiging ontstaan. Dit 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.

Indien er wordt gekozen voor een afbakening die overeenkomt met ***scenario 1 (basisteam SEH)*** zullen de kosten waar het over gaat beperkt zijn, waardoor er relatief weinig geschoond hoeft te worden. In ***scenario 2 (Kwaliteitskader)*** zullen de kosten hoger zijn maar deze kosten zullen nog steeds gelijk zijn voor elk ziekenhuis. Wel komt hierbij een complexer toerekeningsvraagstuk 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. 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.

**1. Schoning van de tarieven**

Het onderbrengen van SEH-zorg onder beschikbaarheidsbekostiging leidt potentieel 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 financieren. 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 te hoge 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 MZS. 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 toegewezen. 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 1 arts-SEH en 1 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 achterwacht en de overhead voor vastgoed en infrastructuur. Als deze componenten ook gefinancierd dienen te worden via de beschikbaarheidsbekostiging, zullen deze variabelen ook beprijsd 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 zorgproducten maken inzichtelijk welke ziekenhuiszorg bij een bepaalde zorgvraag hoort. 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 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 en andere posten zoals facilitaire diensten en de Raad van Bestuur worden op basis van verdeelsleutels verdeeld over de 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. Om de tarieven te schonen moeten dus de kosten die voortkomen uit de afbakening van de beschikbaarheidsbekostiging weer uit het model worden gehaald.

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 dat de tarieven voortaan geen kosten voor de SEH meer bevatten. Hierdoor krijgen zorgaanbieders die geen SEH hebben hier ook geen dekking meer voor vanuit de tarieven. Dit maakt de tarieven zuiverder.

**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 kunnen worden ingevoerd. 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 en moet worden voorkomen. Zoals hiervoor ook al benoemd, zou door de NZa in samenwerking met het veld een handreiking opgesteld kunnen worden om de schoning van de SEH-kosten uit de contracten te ondersteunen. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten dit vervolgens onderling doorvoeren.

Bij de bepaling van het budget, 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 budgetbekostiging. 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. In dit advies gaan we niet nader op de risicoverevening in.

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. 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.

# Gevolgen

## 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. Hier gaat het bijvoorbeeld om de gevolgen voor de administratieve lasten en de dynamiek en prikkels. Invoering van een beschikbaarheidsbekostiging SEH is een zeer omvangrijke wijziging in de bekostiging. Dit vraagt daarmee ook om een uitvoerige analyse op de gevolgen. Hiervoor is het echter wel 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.

## 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. Voor het invoeren van een bekostiging op basis van beschikbaarheid zijn er verschillende variabelen die effect hebben op de tijdelijke en structurele administratieve last.

Tijdelijk zal er een sterke stijging van de administratieve lasten zijn bij de invoering van een beschikbaarheidsbekostiging voor de SEH. 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. Bekostiging op basis van zorgproductie (zoals nu het geval is) stimuleert niet alleen de productie maar ook de registratie van deze productie. Immers, zonder vastlegging krijgt het ziekenhuis geen vergoeding van de zorgverzekeraar. Zorgactiviteiten zullen nog steeds geregistreerd moeten worden voor de dbc’s voor de bekostiging van de rest van het ziekenhuis. Hierdoor is het onwaarschijnlijk dat de administratieve lasten die gepaard gaan met de dbc-registratie verminderen. De structurele administratieve last op de werkvloer van de SEH kan 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, kwaliteitsregisters en onderzoek. 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.

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 een beschikbaarheidsbekostiging gaat eenmalig gepaard met een (grote) stijging van de administratieve lasten. In de structurele situatie verwachten we van jaar tot jaar geen aanzienlijke stijging in de administratieve lasten.

## Dynamiek en prikkels

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

**Afbakening**De keuze voor een afbakening speelt een grote rol in de prikkels die een beschikbaarheidsbekostiging bevat. Invoering van een beschikbaarheidsbekostiging op basis van scenario 1 zorgt voor een ‘level playing field’ omdat alle ziekenhuizen in dat scenario een beschikbaarheidsbekostiging voor het basisteam SEH ontvangen, in plaats van de huidige situatie waarin alleen gevoelige ziekenhuizen de beschikbaarheidbijdrage SEH ontvangen. Indien de beschikbaarheidsbekostiging wordt ingezet voor elke bestaande SEH is het wel zo dat er vanuit de bekostiging weinig prikkels uitgaan 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) of een grote capaciteit (op basis van populatie). De huidige bekostiging en contractering bieden hier ook mogelijkheden voor, maar die worden in de praktijk maar weinig gebruikt.

**Productieprikkel**

Een beschikbaarheidsbekostiging kan in theorie de productieprikkel verminderen, maar in de praktijk blijft een sterke financiële productieprikkel aanwezig. Bij een beschikbaarheidsbekostiging wordt er capaciteit neergezet op basis van het budget. Dit budget 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. Door te werken met budgetten bevat de bekostiging weinig prikkel om meer te gaan behandelen als dit niet medisch gezien noodzakelijk is. Ook trekt het de prikkels gelijk met de prikkels in bijvoorbeeld de bekostiging van de HAP en de acute GGZ. Dit kan in theorie de samenwerking bevorderen omdat geen van de partijen een direct financieel belang heeft bij het behandelen van extra patiënten. Bijkomend voordeel is dat een 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 61% van alle ligdagen in het ziekenhuis maken (data 2019, [bron NZa](https://magazines.nza.nl/nza-magazines/2021/01/monitor-acute-zorg)). 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. Het enkel invoeren van een beschikbaarheidsbekostiging heeft dus een zeer beperkt effect op de productieprikkel.

**Contractering**

Tijdens de invoering van een beschikbaarheidsbekostiging zal er een zeer duidelijke afbakening van de bekostiging en kostentoerekening moeten worden gehanteerd. Anders is er namelijk een sterke prikkel voor de zorgaanbieder om extra veel kosten toe te rekenen aan de SEH, zodat deze kosten binnen de gegarandeerde beschikbaarheidsbekostiging vallen en niet binnen de afspraken met de zorgverzekeraar in de contractering.

Met de invoering van een beschikbaarheidsbekostiging krijgen zorgverzekeraars in de contractering met de zorgaanbieder minder ruimte om vanuit hun regiorol te sturen op een passend en doelmatig zorgaanbod. De zorgverzekeraar maakt nu 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 in representatie (meest passende inkoopmodel, zie sectie 10.3.1). Daarom is het belangrijk dat de beschikbaarheidsbekostiging 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.

# Conclusie

## Stappen richting beschikbaarheidsbekostiging SEH

In dit tweede deel van het advies bekostiging acute zorg 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 visie en normen voor beschikbaarheid, de afbakening, mogelijkheden voor de vormgeving van de bekostiging en schoning, en tot slot naar de gevolgen. Zoals we eerder beschreven is het randvoorwaardelijk voor invoering van een beschikbaarheidsbekostiging SEH dat er duidelijke kaders komen voor de landelijke beschikbaarheid van SEH’s. Vanuit een stijgende zorgvraag en steeds schaarser personeel en middelen moeten scherpe (politieke) keuzes gemaakt worden over de toekomst 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. Op basis van deze kaders kunnen wij vervolgens tot een passende bekostiging voor de SEH komen.

Tabel 5 hieronder geeft een overzicht van de stappen richting een beschikbaarheidsbekostiging, welke instrumenten daarvoor nodig zijn, en wie daarbij aan zet is. De rest van de conclusie vat deze punten iets uitgebreider samen.

**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 *(indien van toepassing).* | Het ministerie van VWS *(NZa kan adviseren over toerekeningsvraagstukken en vormgeving differentiatie)* |
| 3. | Keuze passend bekostigingsmodel | Besluit van het ministerie van VWS over een passend bekostigingsmodel, op basis van advies NZa. | Het ministerie van VWS*(NZa adviseert)* |
| 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 te schonen.  | NZa  |
| 6. | Schoning van de beschikbaarheidsbekostiging uit de contracten  | Handreiking NZa om partijen te ondersteunen bij het schonen van dbc’s vrije segment in de contractering | Zorgverzekeraars en zorgaanbieders *(NZa stelt handreiking op)* |

## Doel beschikbaarheidsbekostiging

Het is belangrijk om op te merken dat een beschikbaarheidsbekostiging geen doel op zich is. Als een beschikbaarheidsbekostiging niet wordt gekoppeld aan duidelijke doelen, prikkelt het namelijk niet tot het veranderen van de organisatie van de acute zorgketen. Daardoor zou het benodigde aanpassingen in de organisatie van zorg juist in de weg kunnen zitten. In plaats daarvan moet centraal staan hoe een beschikbaarheidsbekostiging als middel kan bijdragen aan de gewenste doelen en uitkomsten van de visie op de acute zorg en het SEH-landschap. Door de doelen te concretiseren in KPI’s kan er ook worden gemonitord of deze gehaald worden en zo nodig worden bijgestuurd.

**Regionaal zorgaanbod**

Het is essentieel dat een beschikbaarheidsbekostiging voor de SEH goed aansluit bij 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 en ROAZ-beelden. Op basis van deze beelden moeten de zorgpartijen uiterlijk 1 januari 2024 de regioplannen en ROAZ-plannen opleveren, waarin een passend regionaal zorgaanbod centraal staat. Om goed aan te sluiten bij deze beweging, is het belangrijk dat de afbakening van de beschikbaarheidsbekostiging genoeg ruimte geeft om te differentiëren voor verschillen in het (regionale) aanbod van SEH’s.

**Differentiatie in het aanbod van SEH’s**

Op regionaal niveau moet kritisch worden gekeken naar een passende organisatie van het aanbod van SEH’s, met oog voor differentiatie. Zo kan in bepaalde delen van het land een differentiatie in de openingstijden van SEH’s in de nachtelijke uren eraan bijdragen dat schaars personeel en middelen beter ingezet worden. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat de SEH van een ziekenhuis met weinig nachtelijke toeloop van patiënten in de nacht sluit en een naburige SEH de zorg blijft continueren. Hiermee kan schaars personeel doelmatiger worden ingezet en worden geborgd dat de kwaliteit van de SEH-zorg op peil blijft.

Ook meer zorginhoudelijke differentiatie van SEH’s kan helpen om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de regionale zorgvraag en organisatie van de acute zorg. Zo kan bijvoorbeeld het ene ziekenhuis zich nog meer richten op hoog-complexe spoedzorg, terwijl het andere ziekenhuis zijn SEH of spoedpost meer richt 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 de geldende kwaliteitseisen, zodat een burger met acute zorgvraag altijd kan rekenen op kwalitatief goede zorg. Daarom vinden we het wenselijk om hier op te sturen met de bekostiging. Praktisch betekent dit het volgende:

1. Bij het opstellen van de normen/kaders voor het aanbod van SEH’s moet kritisch worden gekeken welke balans tussen kwaliteit en toegankelijkheid haalbaar is;
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.

## Vormgeving bekostiging en schoning

De exacte vormgeving van een beschikbaarheidsbekostiging voor de SEH werken we in dit advies op hoofdlijnen uit. Dit hangt immers sterk samen met de normen/kaders voor beschikbaarheid van de SEH, die nu nog niet voorhanden zijn. Wel benoemen we in het advies dat bij vormgeving van de bekostiging een beschikbaarheidbijdrage Wmg niet aan de orde is, aangezien er geen sprake is van marktverstoring en dus niet wordt voldaan aan de voorwaarden voor een beschikbaarheidbijdrage. Daarnaast stellen we vast dat inkoop in representatie door zorgverzekeraars de sterke voorkeur heeft. Dit model past het beste bij de bekostiging van een beschikbaarheidsfunctie en brengt de bekostiging in lijn met andere beschikbaarheidsfuncties voor de acute zorg (ambulancezorg, HAP en de acute GGZ).

Om dubbele bekostiging te voorkomen, moeten bij invoering van een beschikbaarheidsbekostiging voor de SEH de tarieven van de dbc-zorgproducten worden geschoond. Daarnaast moeten zorgverzekeraars hun contractafspraken aanpassen om dubbele bekostiging te voorkomen. We zijn ons ervan bewust dat dit een complex proces is. Het is daarom belangrijk om zorgverzekeraars en ziekenhuizen te ondersteunen om ervoor te zorgen dat de schoning goed verloopt. De NZa zou hiervoor, in samenwerking met het veld, een handreiking kunnen opstellen met verdere instructies. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten dit vervolgens onderling doorvoeren.

**Administratieve gevolgen**

We verwachten een sterke toename van de administratieve lasten op korte termijn bij de invoering van een beschikbaarheidsbekostiging. Deze komen met name voort uit het verzamelen van de benodigde informatie voor de schoning van de tarieven en de contractering. Op lange termijn verwachten wij een beperkte stijging van de administratieve lasten, dit is sterk afhankelijk van de afspraken die veldpartijen met elkaar maken over de registratie en hoe onderhoudsgevoelig de bekostiging is.

**Dynamiek en prikkels**

De prikkels die voortkomen uit een beschikbaarheidsbekostiging SEH hangen voor een groot gedeelte af van de afbakening die gekozen wordt. Als gekozen wordt voor een kleine afbakening (basisteam SEH) dan zorgt de bekostiging voor een ‘level playing field’, waarbij alle SEH’s dezelfde basisvergoeding voor beschikbaarheid ontvangen. Wanneer in de afbakening wordt gedifferentieerd naar grootte en/of type zorg, biedt dit de mogelijkheid om goed aan te sluiten bij verschillen tussen SEH’s. De financiële prikkels zijn hier afhankelijk van de exacte invulling.

In theorie kan een beschikbaarheidsbekostiging bijdragen aan een vermindering van de productieprikkel van de SEH en een betere samenwerking met bijvoorbeeld de HAP. Daar staat tegenover dat de rest van het ziekenhuis vaak nog steeds gebaseerd is op productie. Omdat een groot deel van de vervolgzorg (61% van alle ligdagen) het ziekenhuis binnenkomt via de SEH, verwachten we dat het effect op de productieprikkel in de praktijk zeer beperkt zal zijn. Tot slot is het belangrijk dat de beschikbaarheidsbekostiging SEH wordt gebaseerd op een heldere visie met duidelijke normen, die zorgverzekeraars in staat stelt om hun rol bij de inkoop goed in te kunnen vullen.

# Bijlagen

### Bijlage A. 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 ‘beschikbaarheidbijdrage spoedeisende hulp’. De instellingen die deze subsidie ontvangen zijn gevestigd in de periferie, en kennen vaak lage bezoekersaantallen in de nacht. |

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](https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2020/09/22/45-minutennorm-in-de-spoedzorg) 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 B. Huidige beschikbaarheidbijdrage 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 beschikbaarheidbijdrage kennen we bijvoorbeeld voor medische vervolgopleidingen, brandwondencentra en traumahelikopters, maar ook voor SEH’s die gevoelig zijn voor de 45-minutennorm. Deze laatste beschikbaarheidbijdrage 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 beschikbaarheidbijdrage voor het 24/7 openhouden van hun SEH.

Voor 28 SEH’s is momenteel sprake van [een beschikbaarheidbijdrage](https://puc.overheid.nl/doc/PUC_654229_22/2/#6c1fc869-db51-4b2f-ae91-01ead08a4faa). 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](https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/06/08/rapport-bereikbaarheidsanalyse-seh-av-2023). 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 beschikbaarheidbijdrage 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 beschikbaarheidbijdrage 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 beschikbaarheidbijdrage 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](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_642145_22/1/) gedaan naar het effect van de beschikbaarheidbijdrage 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 heeft besloten om de huidige beschikbaarheidbijdrage 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](https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2022/10/03/kamerbrief-over-beleidsagenda-toekomstbestendige-acute-zorg).

**Afbakening huidige beschikbaarheidbijdrage SEH**

De minister bepaalt de scope van de beschikbaarheidbijdrage SEH via een aanwijzing. Het gaat om de 24/7 beschikbaarheid van een SEH-arts (of arts-SEH), een SEH-verpleegkundige, en de avond-, nacht- en weekendbereikbaarheid van poortspecialisten genoemd in het [Kwaliteitskader spoedzorgketen.](https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2020/02/19/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 beschikbaarheidbijdrage moet worden voorkomen. Voor iedere patiënt die op de SEH komt, daalt de beschikbaarheidbijdrage met € 179,-. Dit bedrag is berekend door een fictief dbc-zorgproduct te ontwikkelen. De 28 ziekenhuizen ontvangen in totaal circa € 60 miljoen aan beschikbaarheidbijdragen in 2023.

## Bijlage C. 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 locaties](https://www.vzinfo.nl/acute-zorg/regionaal/seh) 24 uur per dag, zeven dagen per week open. De overige drie locaties zijn alleen overdag en in de avonduren geopend.

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](https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2020/02/19/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 tussen de 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 |
| Tijdens openingstijden van de SEH zijn de volgende personen aanwezig : * minimaal één gediplomeerde SEH-verpleegkundige die naast aantoonbare werkervaring op de SEH minimaal het volgende onderwijs heef 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 afgrond. 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 poortspecialisme[[4]](#footnote-5) bij diagnostiek en behandeling altijd een poortspecialist bereikbaar voor overleg.
 | * 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 | Zorginzicht*](https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/spoedzorgketen-kwaliteitskader)

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Level 1 | Level 2 | Level 3 |
| Anesthesiologie | Binnen kantooruren: 15 minutenBuiten kantooruren: 15 minuten | 30 minuten | 45 minuten |
| Chirurgie | Binnen kantooruren: altijd een traumachirurg aanwezig.Buiten kantooruren: AIOS (minimaal 3e 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 | Zorginzicht*](https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/spoedzorgketen-kwaliteitskader)

| Bijlage D. 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 (dienstapotheek) | Nee | n.v.t.Vrije tarieven | Naar gebruikVrij tarief terhandstelling (deelprestatie ANZ dienstverlening) | Zorgverzekeraars wijzen dienstapotheek aan |
| Wijkverpleging (niet planbaar) | Nee, wel mogelijk | Systeemfuncties (prestaties) | Bedrag per prestatie of via uurtarief |  |
| *\* Beschikbaarheidbijdrage Wmg* |

Newtonlaan 1-41 ▪ 3584 BX Utrecht ▪ Postbus 3017 ▪ 3502 GA Utrecht

T 030 - 296 81 11 ▪ F 030 - 296 82 96 ▪ E info@nza.nl ▪ www.nza.nl

Newtonlaan 1-41 ▪ 3584 BX Utrecht ▪ Postbus 3017 ▪ 3502 GA Utrecht

T 030 - 296 81 11 ▪ F 030 - 296 82 96 ▪ E info@nza.nl ▪ www.nza.nl

Newtonlaan 1-41 ▪ 3584 BX Utrecht ▪ Postbus 3017 ▪ 3502 GA Utrecht

T 030 - 296 81 11 ▪ F 030 - 296 82 96 ▪ E info@nza.nl ▪ www.nza.nl

1. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) gaat in haar [Visiestuk](https://www.zn.nl/app/uploads/2023/03/Visie-ZN-Acute-zorg-april-2022.pdf) ‘Samenwerken aan acute zorg’ (april 2022) uit van deelname van minimaal deze 3 partijen aan een spoedplein. [↑](#footnote-ref-2)
2. Het Maasstad ziekenhuis is een voorbeeld uit de praktijk dat een dergelijke contractvorm heeft afgesproken met zorgverzekeraars. [↑](#footnote-ref-3)
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. [↑](#footnote-ref-4)
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/neonatologie, gastro-enterologie/mdl, cardiologie, longgeneeskunde, reumatologie, allergologie, revalidatie, cardio-pulmonale chirurgie, consultatieve psychiatrie, neurologie, klinische geriatrie, radiotherapie en sportgeneeskunde. [↑](#footnote-ref-5)