Advies

Passende acute zorg

Conceptversie, december 2021

**Inhoud**

[Samenvatting 4](#_Toc90563783)

[1. Aanleiding en doel van het advies 9](#_Toc90563784)

[1.1 Aanleiding 9](#_Toc90563785)

[1.2 Passende acute zorg 9](#_Toc90563786)

[1.3 Doel en aanpak advies 12](#_Toc90563787)

[1.4 Leeswijzer 12](#_Toc90563788)

[2. Ontwikkelingen zorgvraag 13](#_Toc90563789)

[2.1 Omvang van de zorgvraag 13](#_Toc90563790)

[2.2 Typering zorgvraag acute zorg 13](#_Toc90563791)

[2.3 Veranderende zorgvraag 14](#_Toc90563792)

[3. Organisatie en beschikbaarheid van acute zorg 16](#_Toc90563793)

[3.1 Probleemanalyse 16](#_Toc90563794)

[3.1.1 Het ene moment druk, het andere moment rustig 16](#_Toc90563795)

[3.1.2 Spreiding seh’s 18](#_Toc90563796)

[3.1.3 Beschikbaarheid personeel voor de seh 19](#_Toc90563797)

[3.1.4 Arbeidsmarktproblematiek 20](#_Toc90563798)

[3.2 Manieren om seh’s anders te organiseren 20](#_Toc90563799)

[3.3 Financiële afspraken bij veranderingen 23](#_Toc90563800)

[3.4 Conclusie 24](#_Toc90563801)

[4. Coördinatie van in-, door- en uitstroom van acute zorg 25](#_Toc90563802)

[4.1 Probleemanalyse 25](#_Toc90563803)

[4.2 Verbeteringen voor de coördinatie 26](#_Toc90563804)

[4.2.1 Integrale triage/zorgcoördinatie 27](#_Toc90563805)

[4.2.2 Verplichte informatie-uitwisseling 28](#_Toc90563806)

[4.2.3 Met Spoed beschikbaar 28](#_Toc90563807)

[4.3 Conclusie 29](#_Toc90563808)

[5. Bekostiging van acute zorg op basis van beschikbaarheid 30](#_Toc90563809)

[5.1 Huidige bekostiging van acute zorg 30](#_Toc90563810)

[5.2 Effecten beschikbaarheid vergoeden 31](#_Toc90563811)

[5.3 Randvoorwaarden en risico’s beschikbaarheidsbekostiging 32](#_Toc90563812)

[5.4 Vormgeving beschikbaarheidsbekostiging 33](#_Toc90563813)

[5.5 Conclusie 34](#_Toc90563814)

[6. Verandering stimuleren 35](#_Toc90563815)

[6.1 Manieren om verandering te stimuleren 36](#_Toc90563816)

[6.2 Instrumenten om verandering te stimuleren 36](#_Toc90563817)

[6.2.1 Financiële stimuleringsmaatregelen 36](#_Toc90563818)

[6.2.2 Wet- en regelgeving 37](#_Toc90563819)

[6.2.3 Doorzettingsmacht 37](#_Toc90563820)

[6.3 Conclusie 38](#_Toc90563821)

[Bijlage 1. Manieren om verandering te stimuleren 39](#_Toc90563822)

[Bijlage 2: Overzicht bekostigingsvormen acute zorg 44](#_Toc90563823)

Samenvatting

De toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg staan onder druk door de toenemende zorgvraag en het tekort aan zorgprofessionals. Dit vraagt om veranderingen in de organisatie van de zorg, ook voor de acute zorg. In het [advies over passende zorg](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_624559_22/1/) hebben wij aangegeven dat een vervolgadvies nodig is om meer zicht te krijgen op een passende organisatie en bekostiging voor de acute zorg. Met dit advies willen we richting geven aan de beweging in de huidige organisatie van de acute zorg naar een meer passende acute zorg. In dit advies richten we ons met name op de kansen die we zien voor bekostiging en doelmatigere organisatie van de seh, en op betere coördinatie van de instroom, doorstroom (binnen het ziekenhuis) en uitstroom (uit het ziekenhuis) van acute zorg. Bij veranderingen in het acute zorglandschap zien we dat iedere burger zo dicht mogelijk bij een seh wil wonen. Tegelijkertijd wil elke patiënt vooral naar het juiste ziekenhuis om de beste zorg te ontvangen. Dit sentiment is begrijpelijk en speelt een grote rol in discussies over veranderingen in het zorglandschap. De werkelijkheid laat zien dat een passendere organisatie van acute zorg noodzakelijk is om de knelpunten nu en in de toekomst het hoofd te bieden.

*Coronacrisis*

Dit advies richt zich niet op de huidige coronacrisis, maar op de toekomst van de acute zorg en de beweging naar passende acute zorg. De coronapandemie trekt een zware wissel op de toegankelijkheid van zorg. Met vereende krachten proberen zorgprofessionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars al bijna twee jaar de zorg draaiende te houden. Door scherpe en lastige keuzes te maken, is het tot nu toe steeds gelukt de toegang tot de (semi-)acute zorg overeind te houden, ten koste van minder urgente planbare zorg. Toch is de afgelopen jaren duidelijk geworden dat de keten van de acute zorg structurele problemen kent. De huidige coronacrisis heeft duidelijk gemaakt dat veranderingen in het (acute) zorglandschap noodzakelijk zijn om deze robuuster te maken.

**Hoofdlijn van het advies**

Er zijn inmiddels veel analyses en adviezen geschreven over de acute zorg, waaronder onze eigen monitors. Daarop voortbouwend en mede gevoed door een brede ronde van gesprekken adviseren wij om de regulering van de acute zorg op de korte termijn op een aantal met elkaar samenhangende aspecten aan te passen.

* Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen stelt een aantal eisen aan de organisatie van de seh. Voor de verschillende acute zorgvoorzieningen staan zorgprofessionals dag en nacht klaar om patiënten op te vangen, ongeacht de toestroom van patiënten. Voor verschillende ziekenhuizen is de bemensing van de seh een uitdaging.
* De huidige spreidingsnorm van 45 minuten zou moeten worden herzien: de Gezondheidsraad [concludeerde in 2020](https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2020/09/22/45-minutennorm-in-de-spoedzorg) dat er geen wetenschappelijke basis is voor de 45-minutennorm. Daarnaast kan een deel van de acute zorg ook al geleverd worden in de ambulance. De huidige organisatie van de acute zorg is gegroeid op basis van historische spreiding van voorzieningen en is niet gericht op doelmatigheid. 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). Daarnaast zien we dat de doorstroom van patiënten nu niet optimaal is georganiseerd en patiënten niet gegarandeerd op de juiste plek zorg krijgen (bijvoorbeeld te lang in een ziekenhuisbed). We constateren in het advies dat een gedeeld inzicht tussen alle zorgpartijen over een passende organisatie van de acute zorg van belang is. Alle betrokkenen zetten zich in voor een doelmatige acute zorgketen met regionaal op elkaar afgestemd zorgaanbod, maar dit gezamenlijk verwezenlijken lukt tot op heden onvoldoende.
* We zien op regionaal niveau dat schaarse middelen (geld en personeel) doelmatiger kunnen worden ingezet als er gekeken wordt naar de beschikbare seh-capaciteit en het gebruik daarvan. Op basis van de ons beschikbare data zien we dat het mogelijk is om in verschillende regio’s de beschikbare capaciteit van de seh’s anders te organiseren. Anders organiseren heeft ontegenzeggelijk financiële consequenties voor individuele zorgaanbieders. Het gesprek over deze financiële consequenties moeten we niet uit de weg gaan, daar waar dit leidt tot negatieve gevolgen moeten we het gesprek voeren over welke maatwerkafspraken hiervoor nodig zijn.
* In vrijwel de gehele keten zien wij een bekostigingsvorm gericht op het beschikbaar hebben van acute zorgvoorzieningen. De seh is hierop de uitzondering. Deze uitzonderingspositie voor de seh hindert samenwerking in de acute zorgketen. Belangrijke randvoorwaarden voor de invoering van een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh zijn besluitvorming en uitvoering op de beschikbaarheid van de seh. Er moet een kader zijn om te bepalen wat er beschikbaar moet zijn en welke zorgaanbieder/locatie wel en welke niet voor een beschikbaarheidsvergoeding in aanmerking komt. De huidige 45-minutennorm voldoet in dat opzicht niet. Op basis van een onderbouwd normenkader kan de beschikbaarheidsbekostiging regionaal worden ingevuld zodat besloten wordt over een doelmatige inrichting van de keten. Als dit niet gebeurt, wordt de bestaande ondoelmatigheid beloond.
* Om de zorgcoördinatie te verbeteren zou ook inzicht moeten bestaan in de beschikbare capaciteit en wachttijd. Dat geldt zowel voor in-, door- als uitstroom in de keten van acute zorg. Zorgaanbieders zouden middels aanpassing van wetgeving verplicht moeten worden om ook deze informatie uit te wisselen. In navolging van dit advies gaat de NZa de mogelijkheid van een verplichting (en opnemen in de regelgeving) verder verkennen. Daarnaast beoordelen we de kwantitatieve effecten van de regionale pilots zorgcoördinatie waarin integrale triage centraal staat na de eindevaluatie van de pilots (medio 2022). Als uit de eindevaluatie blijkt dat de pilots zorgcoördinatie bijdragen aan betere in-, door-, en uitstroom van acute zorg adviseren wij om samen met veldpartijen te komen tot een afbakening en beschrijving van de zorgcoördinatiefunctie en te onderzoeken wat er nodig is om de coördinatiefunctie landelijk de norm te maken.

**Opbouw advies**

Hieronder staan de verschillende thema’s die aan bod komen in het advies verder uitgewerkt. Het advies start met de te verwachte ontwikkelingen van de zorgvraag in de acute zorg. Vervolgens beschrijven we wat dit vraagt van de organisatie van de acute zorg, wat betreft beschikbaarheid van zorgaanbod en coördinatie van de patiëntenstromen. Daarna gaan we in op beschikbaarheidsbekostiging van acute zorg. Tot slot beschrijven we hoe we de veranderingen naar meer passende acute zorg kunnen stimuleren.

*Zorgvraag*

Het aantal patiënten in de acute zorgketen bij de huisartsen en de ambulancezorg nam de afgelopen jaren toe. Het gebruik van de seh liet een daling zien, maar die daling vlakt af. Op basis van een toekomstverkenning van het RIVM (voor de monitor van de NZa) verwachten we een stijging in het gebruik van ambulancezorg en de huisartsenposten. Bij de geschetste ontwikkelingen voor de seh past een voorbehoud, omdat we daar slechts over een beperkte dataset beschikken.

Naast de omvang verandert ook de aard van de zorgvraag. Met name ouderen hebben een grotere kans om op de seh te belanden. Door de vergrijzing wordt dit aandeel patiënten steeds groter. Zij hebben vaak een meervoudige zorgvraag. Zorgaanbieders geven aan dat deze patiënten niet altijd in de acute zorgketen thuishoren of niet op de juiste plek de zorg ontvangen.

*Organisatie van acute zorg*

Passende zorg vraagt om een doelmatige inzet van mensen en middelen. Dat is in de acute zorg op verschillende plekken geen eenvoudige opgave. De instroom varieert namelijk erg: het is op bepaalde momenten heel druk en op andere momenten heel rustig. Ongeacht de daadwerkelijke instroom van patiënten moet er een volwaardig team van zorgprofessionals en apparatuur beschikbaar zijn. Een bijkomende uitdaging van deze benodigde beschikbaarheid van personeel is het huidige tekort aan zorgprofessionals. Onze analyse leidt tot de volgende kernbevindingen:

* Grote verschillen in instroom van patiënten tussen momenten van de dag;
* Geldt niet alleen voor perifere gebieden maar ook voor de grote stad;
* Van de twintig ziekenhuizen waar het minste beroep wordt gedaan op de seh door ambulances, staan er slechts vijf te boek als gevoelig. Dat betekent dat voor de overige seh’s de alternatieven bereikbaar zijn binnen de 45-minutennorm;
* Ambulances kiezen voor een ziekenhuis/seh met het oog op een goede aansluiting tussen zorgvraag en –aanbod, waardoor de instroom bij bepaalde ziekenhuizen kleiner wordt.

Wij zien kansen voor een meer doelmatige organisatie van de acute zorg in de ziekenhuizen. Dit vereist heroverweging van het aantal seh’s, afhankelijk van de regio. Manieren om deze organisatie te veranderen zijn bijvoorbeeld het definitief sluiten van een seh of het sluiten van een seh in de nacht.

Het is aan het ministerie van VWS om te komen tot een nieuw landelijk kader voor de spreiding van de acute zorg op basis van medisch-wetenschappelijke onderbouwing. De huidige spreidingsnorm van 45 minuten zou moeten worden herzien. Aan de hand van dit nieuwe normenkader is het aan regio’s om een doelmatige regionale acute zorgketen te ontwerpen. Het is van belang om aandacht te hebben voor mogelijke cascade-effecten bij het organiseren van een doelmatigere organisatie van zorg. Uit onderzoek van KPMG blijkt dat de eventuele nadelige gevolgen van concentratie van acute zorg afhankelijk zijn van het type indicatie. Hierover kunnen afspraken gemaakt worden om deze cascade-effecten te beperken, bijvoorbeeld door afspraken te maken over de verdeling van zorg na de acute zorgfase. Het is van belang in de regio een balans te vinden tussen de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg.

*Coördinatie van in-, door- en uitstroom*

Door onvoldoende zicht op beschikbare capaciteit in de zorg stokt de patiëntstroom regelmatig. De coördinatie van de in-, door- en uitstroom van de acute zorgketen kan beter. Drie aspecten spelen bij de coördinatie een belangrijke rol:

1. Er is sprake van afzonderlijke triage: Wij zien integrale triage (met als voorbeeld de pilots zorgcoördinatie) als verbetering voor dit aspect.
2. Er is beperkte zicht op de beschikbare zorgcapaciteit. De oplossing hiervoor zien we in informatie-uitwisseling over beschikbare capaciteit. Op dit moment bestaat er geen landelijke verplichting voor zorgaanbieders om informatie over beschikbare bedden voor de in-, door-, en uitstroom van patiënten aan te leveren. In navolging van dit advies gaat de NZa de mogelijkheid van een verplichting (en opnemen in de regelgeving) verder verkennen.
3. Er is onvoldoende gegevensuitwisseling van medische gegevens over patiënten. De oplossing hiervoor zien we in informatie-uitwisseling van medische gegevens.

We zien ook verschillende regionale initiatieven die helpen in de coördinatie. Het gaat dan om samenwerkingen tussen huisartsenposten (hap) en seh, en de wijkverpleegkundige en de hap. De zorgverzekeraar speelt ook een belangrijke rol in het verbeteren van de coördinatie van de in-, door- en uitstroom van de acute zorg. Als blijkt dat de inzet van een regionaal initiatief bijdraagt aan een vermindering van de druk op de acute zorg, vraagt dit om proactief en congruent gedrag van verzekeraars.

*Bekostiging op basis van beschikbaarheid*

In de acute zorgketen zien we dat veel schakels uit de keten reeds bekostigd worden op basis van beschikbaarheid, in verschillende vormen. Binnen de acute zorgketen vormt de seh een uitzondering: Er is geen sprake van beschikbaarheidsbekostiging, maar van prestatiebekostiging binnen de medisch-specialistische zorg[[1]](#footnote-1). In dit advies hebben wij verkend wat de mogelijkheden zijn om de seh op basis van beschikbaarheid te bekostigen en welke randvoorwaarden hiervoor nodig zijn. Het bekostigen van beschikbaarheid kan meer financiële zekerheid bieden aan zorgaanbieders en stimuleert aanbieders om patiënten op de juiste plek te behandelen. Het prikkelt echter niet tot grote veranderingen in de organisatie van de zorg, zoals het sluiten van een seh als dit doelmatiger is.

Belangrijke randvoorwaarden voor de invoering van een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh zijn besluitvorming en uitvoering op de beschikbaarheid van de seh. Er moeten criteria zijn om te bepalen welke zorgaanbieder/locatie wel en welke niet voor een beschikbaarheidsvergoeding in aanmerking komt.

Wij achten de invoering van een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh mogelijk en wenselijk, mits aan de eerder genoemde randvoorwaarden wordt voldaan. Er zijn positieve effecten te verwachten van deze vorm van bekostiging, maar ook risico’s op het in stand houden van de huidige ondoelmatigheid binnen de acute zorg. Als het langer duurt om in alle regio’s afspraken te maken over een meer doelmatige keten, is een beschikbaarheidsvergoeding voor de seh in een experiment in één of meerdere regio’s een mogelijkheid, onder begeleiding van de NZa.

*Verandering stimuleren*

Om de acute zorg toekomstbestendig te maken en de beweging naar passende zorg te maken is verandering noodzakelijk. Veranderingen in de acute zorg komen echter lastig tot stand en liggen vaak erg gevoelig. Dit komt onder andere door een sterk historisch sentiment, onze poldercultuur en het feit dat de acute zorg is verdeeld in heel veel deelbelangen waarbij duidelijke regie ontbreekt.

In het advies hebben we een aantal instrumenten benoemd om de verandering naar passende zorg te stimuleren, zoals het vergoeden van aanpassingskosten (bij aanpassing van capaciteit van de seh), het opstellen van een helder en onderbouwd normenkader voor de beschikbaarheid van acute zorgvoorzieningen, de afbakening van de coördinatiefunctie en het opstellen van regels voor de uitwisseling van informatie in de keten. Naast deze specifieke instrumenten concluderen we ook dat meer doorzettingsmacht in de acute zorg wenselijk is, met name op regionaal niveau; om noodzakelijke veranderingen in de acute zorg tot stand te brengen, ook als deze pijnlijke gevolgen hebben of partijen er samen niet uitkomen.

1. Aanleiding en doel van het advies
   1. Aanleiding

De toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg staan onder druk. De vraag naar zorg neemt toe in omvang, maar ook in complexiteit, doordat het aantal chronische zieken en ouderen toeneemt. Ook door het tekort aan zorgprofessionals ontstaat meer druk op de toegankelijkheid van de zorg. Het is van belang dat er verandering optreedt in de organisatie van de zorg, zodat deze ook in de toekomst kwalitatief goed, voldoende toegankelijk en betaalbaar blijft. Ook de acute zorgketen zal een transitie moeten maken naar een doelmatige organisatie die aansluit bij de toekomstige acute zorgvraag. Bij veranderingen in het acute zorglandschap zien we dat iedere burger zo dicht mogelijk bij een seh wil wonen. Tegelijkertijd wil elke patiënt vooral naar het juiste ziekenhuis om de beste zorg te ontvangen. Dit sentiment is begrijpelijk en speelt een grote rol in discussies over veranderingen in het zorglandschap. De werkelijkheid laat zien dat een passendere organisatie van acute zorg noodzakelijk is om de knelpunten nu en in de toekomst het hoofd te bieden.

In november 2020 heeft de NZa samen met het Zorginstituut Nederland een advies gepubliceerd over passende zorg: [Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_624559_22/1/). Eén van de onderdelen van dit advies is de acute zorg en de bijbehorende bekostiging. In het advies over passende zorg hebben wij aangegeven dat een vervolgadvies nodig is om meer zicht te krijgen op een passende organisatie en bekostiging voor de acute zorg.

Er zijn inmiddels veel analyses en adviezen geschreven over de acute zorg. Veel van wat in dit advies aan de orde komt zal dan ook herkenbaar zijn. Daarnaast hebben we een ronde van gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers uit de acute zorg. Deze hebben bijgedragen aan een aantal thema’s die wij in dit advies centraal stellen, die ons inziens randvoorwaardelijk zijn om binnen afzienbare tijd meer passende acute zorg te bewerkstelligen.

*Coronacrisis*

Dit advies richt zich niet op de huidige crisis, maar op de toekomst van de acute zorg en de beweging naar passende acute zorg. De coronapandemie trekt een zware wissel op de toegankelijkheid van zorg. Met vereende krachten proberen zorgprofessionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars al bijna twee jaar de zorg draaiende te houden. Door scherpe en lastige keuzes te maken, is het tot nu toe steeds gelukt de toegang tot de (semi-)acute zorg overeind te houden, ten koste van minder urgente planbare zorg. Toch is de afgelopen jaren duidelijk geworden dat de keten van de acute zorg structurele problemen kent. De huidige coronacrisis heeft duidelijk gemaakt dat veranderingen in het (acute) zorglandschap noodzakelijk zijn om deze robuuster te maken.

* 1. Passende acute zorg

In ons advies Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú! definiëren wij 4 principes van passende zorg. In dit advies kijken wij vanuit deze 4 principes wat dit betekent voor de acute zorgketen. In de andere hoofdstukken van het advies gaan we verder in op de vraagstukken en oplossingsrichtingen voor de acute zorg. Wij baseren ons hierbij op meerdere analyses en adviezen.[[2]](#footnote-2) Bovendien monitoren wij sinds 2017 de acute zorgketen, waarin we benoemen welke uitdagingen we voor de acute zorg zien. Deze uitdagingen hebben wij ook al eerder benoemd in onze [visie op de acute zorg van oktober 2020](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_529500_22/1/).

Voor de acute zorg geldt sinds 2020 het Kwaliteitskader Spoedzorgketen. Het uitgangspunt van dit kader sluit aan bij het streven naar passende zorg. Het uitgangspunt is dat de organisatie van de spoedzorg moet volgen uit wat nodig is om de patiënt goede zorg te bieden: het patiëntperspectief staat voorop. Patiënten met een acute zorgvraag moeten zo snel mogelijk op de juiste plek in de spoedzorgketen terechtkunnen en op elk moment: als het kan dicht bij huis, en als dat nodig is verder weg. Om dit te realiseren beschrijft het kwaliteitskader een aantal minimale vereisten voor de verschillende onderdelen van de (regionale) organisatie van spoedzorg.

*Waardegedreven*

Passende zorg is waardegedreven zorg. Dit gaat om relevante gezondheidswinst en functioneren voor patiënten tegen een redelijke prijs. Het gaat ook over effectieve zorg die zich richt op doelmatige inzet van middelen, mensen en materialen in een situatie van schaarste.

Belangrijk voor de uitkomst of meerwaarde voor de patiënt is in de acute zorg dat patiënten met een acute zorgvraag zo snel mogelijk op de juiste plek in de spoedzorgketen terecht kunnen, op elk moment van de dag. In de praktijk zien wij knelpunten in de organisatie van acute zorg:

* Er zijn momenten dat de druk enorm hoog is, en andere momenten dat het binnen het ziekenhuis of op de huisartsenpost erg rustig is. De aansluiting tussen de zorgvraag en het zorgaanbod is dus onvoldoende.
* Er zijn ziekenhuizen die met name in de nacht een bijzonder laag aantal patiënten zien op de seh, maar waar wel een volledige bemensing op de seh en achterwacht paraat moet staan. Dit is niet doelmatig maar vormt ook een risico voor de kwaliteit (bekwaamheid personeel) omdat bepaalde zorgvragen zich onvoldoende presenteren op die seh’s.
* Er is een tekort aan zorgprofessionals, ook voor de acute zorg. Dit vormt nu al een knelpunt en wordt naar de toekomst toe alleen maar groter. Het behouden en aantrekken van voldoende geschoold personeel is moeilijk voor zorgaanbieders, in het bijzonder voor de avond-, nacht-, en weekenduren.
* De spreiding in het aanbod van acute zorg is historisch bepaald. Om te bepalen wat een optimale, en daarmee waardegedreven organisatie van zorg is, bieden de huidige wettelijke normen voor de acute ziekenhuiszorg onvoldoende houvast. De huidige 45-minutennorm is een (te) generieke norm die voor de spreiding van seh’s geen onderscheid maakt in type zorgvraag of ingangsklacht van patiënten.

*Acute zorg moet op de juiste plek*

Passende zorg is de juiste zorg op de juiste plek en het voorkomen van zorgverlening die op een andere plek beter geleverd kan worden. Dit geldt natuurlijk ook voor de schakels uit de acute zorgketen, zoals de seh of de huisartsenpost (hap). We zien uitdagingen voor de coördinatie van doorstroom naar passende (vervolg)zorg. Uit onderzoeken van de NZa[[3]](#footnote-3) blijkt dat de coördinatie van de in-, door- en uitstroom van patiënten in de acute zorg beter kan. De acute zorgketen loopt vast omdat er onvoldoende regie is op de coördinatie van deze patiëntstromen, onvoldoende informatie-uitwisseling is over individuele patiënten en beperkt zicht op de beschikbare plekken voor passende vervolgzorg. Dit bemoeilijkt een efficiënte doorstroom van acute zorgpatiënten naar vervolgzorg (in het ziekenhuis en daarbuiten). Het gebrek aan inzicht in capaciteit en beschikbaarheid maakt het moeilijk om tijdig aanpassingen aan te brengen die aansluiten bij de ontwikkelingen. In hoofdstuk 4 gaan we verder in op deze uitdagingen.

*Acute zorg moet samen met en rondom de patiënt*

Het beeld leeft dat de patiënt niet altijd op de beste plek terecht komt en wordt geholpen. Bijvoorbeeld omdat de patiënt ook op een later moment door de eigen huisarts gezien kan worden of op eigen initiatief de seh bezoekt, zonder vooraf de hap te consulteren.[[4]](#footnote-4) Dit leidt ertoe dat de toch al forse werkdruk op hap en seh nog verder wordt verhoogd. Daarnaast ontstaat een deel van de acute zorgvragen omdat er niet tijdig geanticipeerd is, zoals bijvoorbeeld bij ouderen met griep en luchtwegklachten. Vroegsignalering van de ontregeling van de patiënt of inzet van preventie kunnen bijdragen aan het voorkomen van een acute zorgvraag.

*Acute zorg draait ook om gezondheid in plaats van ziekte*

Passende zorg is ook positieve gezondheid en preventie. Het is belangrijk dat de zorg zich meer gaat richten op de bevordering van gezondheid, het voorkomen van ziekte en het voorkomen van complicaties of verergering van ziekte. Hierdoor voorkom je ook een mogelijke toekomstige zorgvraag. Hoewel consensus bestaat dat de inzet van meer – bewezen - preventie er toe leidt dat mensen een minder zware zorgvraag ontwikkelen, gebeurt dit nog te weinig. Meer inzetten van preventieve zorg vindt vaak buiten de acute zorg plaats, maar kan bijdragen aan het voorkomen van instroom in de acute zorg. Kansen hiervoor liggen bijvoorbeeld in valpreventie en telemonitoring.

Illustratief voor de noodzaak om meer passende acute zorg te realiseren zijn de uitkomsten van onderzoek naar de acute ouderenzorg. De verwachting is dat het aantal ouderen (65+) dat de seh bezoekt en wordt opgenomen met 40% stijgt tussen 2018 en 2030. Maar tegelijk zien we dat een aanzienlijk deel binnen 1 maand weer op de seh is (20%), dat 1/3 een toegenomen zorgvraag heeft en dat ook 1/3 overlijdt kort na acute zorg, meestal binnen een maand. Deze uitkomsten zijn mede het gevolg van het niet tijdig opmerken van een verslechtering van de gezondheidssituatie voorafgaand aan opname, het niet herkennen van de complexiteit van de zorgvraag, en de aanname dat herstel na acute zorg als vanzelf gaat.[[5]](#footnote-5)

* 1. Doel en aanpak advies

Het doel van dit advies is om richting te geven aan de beweging in de huidige organisatie van de acute zorg naar een meer passende acute zorg. Dit advies is een advies op hoofdlijnen, waar voor bepaalde stappen nog een nadere uitwerking nodig zal zijn. Voor dit advies baseren wij ons onder andere op de data-analyses die wij maken voor onze monitors acute zorg en de input van de externe klankbordgroep van de monitor hierop. We baseren ons ook op de analyses gemaakt door het RIVM ten behoeve van de monitor acute zorg. In de eerste helft van 2021 heeft de NZa voor het opstellen van dit advies gesprekken gevoerd met verschillende relevante partijen voor de acute zorg. De inhoud van deze gesprekken heeft bijgedragen aan de lijn die de NZa in dit advies beschrijft.

*Afbakening*

In dit advies richten we ons op de instroom, doorstroom (binnen het ziekenhuis) en uitstroom (uit het ziekenhuis) van acute zorg. We gaan in het bijzonder in op de acute zorg geleverd door de huisartsenpraktijk en huisartsenpost (hap), regionale ambulancevoorziening (rav), spoedeisende hulp (seh) en verpleegafdeling van het ziekenhuis. Hoewel de focus op deze aanbieders ligt, is met name voor de coördinatie van in-, door- en uitstroom van acute zorg ook de verbinding met andere sectoren[[6]](#footnote-6) van belang. We gaan in dit advies niet expliciet verder in op de acute psychiatrie, acute verloskunde en de farmaceutische spoedzorg.

Veranderingen in de acute zorg hebben ook een effect op de rest van het zorglandschap. In dit advies gaan we nu verder niet in op wat deze veranderingen in de acute zorg betekenen voor het totale zorglandschap.

* 1. Leeswijzer

De rest van dit advies heeft 5 hoofdstukken. Hoofdstuk 2 beschrijft de verwachte ontwikkelingen van de zorgvraag in de acute zorg. In hoofdstuk 3 beschrijven we wat dit betekent voor een passende organisatie van het acute zorgaanbod en welke kansen we zien voor doelmatigere organisatie van seh’s. De kansen voor betere coördinatie van de in-, door- en uitstroom van de acute zorgketen komen aan bod in hoofdstuk 4. Hoofdstuk 5 beschrijft de mogelijkheden, randvoorwaarden en aandachtspunten van een beschikbaarheidsbekostiging voor acute zorg. Tot slot beschrijft hoofdstuk 6 hoe we de geschetste veranderingen naar meer passende acute zorg kunnen stimuleren.

1. Ontwikkelingen zorgvraag

Om een advies uit te kunnen brengen over passende acute zorg is het van belang om eerst te kijken naar de verwachte ontwikkelingen in de vraag naar acute zorg. In onderstaand hoofdstuk gaan we in op de ontwikkelingen in de omvang van de zorgvraag, onder andere op basis van de toekomstverkenning die wij samen met het RIVM hebben opgesteld. Vervolgens staan de belangrijkste inhoudelijke veranderingen in de zorgvraag centraal.

* 1. Omvang van de zorgvraag

Analyses uit de [monitor acute zorg 2020](https://magazines.nza.nl/nza-magazines/2021/01/monitor-acute-zorg) laten zien dat over de jaren 2015-2019 het aantal patiënten bij de huisartsen en bij de ambulancezorg toeneemt (vooral A2-inzetten). Het aantal seh-bezoeken daalt, maar die daling vlakt wel af.

De NZa heeft samen met het RIVM de ontwikkeling in de omvang van de zorgvraag tot en met 2030 in kaart gebracht. Op basis daarvan verwachten we een toename van het gebruik van acute zorg vanwege de demografische ontwikkelingen. Het aantal en het aandeel 65-plussers in de bevolking neemt over de periode tot en met 2030 toe.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | % groei op basis van demografische ontwikkelingen | % groei op basis van demografische ontwikkelingen en autonome groei[[7]](#footnote-7) | % groei per regio |
| Huisartsenpost | + 0,8% | + 1,2% | -0,6% – +2,2% |
| Ambulancezorg | + 1,4% | + 4,1% | +2,8% – +4,8% |
| Seh | +1,1% | -2,6% | -4,1% – -1,6% |

*Bron: Monitor acute zorg 2020 (NZa en RIVM)*

De groei van de zorgvraag verschilt per zorgaanbieder en is voor de ambulancezorg het grootst, gevolgd door zorg verleend op de huisartsenpost. We zien een daling van het gebruik van de seh. Daarbij past wel het voorbehoud dat deze meting gebaseerd is op een dataset over de jaren 2016-2019 die mogelijk te beperkt is voor extrapolatie naar de komende jaren. Begin 2022 brengt de NZa een informatiekaart acute zorg uit met cijfers over o.a. het gebruik van de acute zorg in 2020.

* 1. Typering zorgvraag acute zorg

De instroom in de acute zorg wordt in toenemende mate getypeerd door oudere mensen met een meervoudige, complexe zorgvraag, waarbij het vaak ook gaat om herhaalbezoeken. Het aantal 65-plussers in de bevolking neemt toe en zij hebben een grotere kans om gebruik te maken van acute zorg dan andere leeftijdsgroepen. Bij deze groep is er vaker sprake van meerdere zorgvragen en zij leggen daardoor een groter beslag op de acute zorgketen. Dit beeld is ook bevestigd in onze [quickscan acute zorg kwetsbare ouderen](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3530_22/1/). Gezien de vergrijzing verwachten wij dat deze trend blijft doorzetten. Hierdoor zullen zich in de toekomst naar verwachting meer knelpunten voordoen in de acute zorgketen. In gesprekken gevoerd met zorgverzekeraars en brancheorganisaties van zorgaanbieders geven zij aan dat een groot deel van de kwetsbare ouderen die terecht komen op de seh, hier gezien hun zorgvraag niet thuishoren.

De [LTR factsheet Acute ziekenhuisopnames voor oudere patiënten](https://www.lnaz.nl/cms/LTRfactsheetouderen.pdf) van het LNAZ laat ook zien dat 65-plussers in 2016 bijna de helft vormden van alle patiënten die waren opgenomen na een acuut ongeval. De belangrijkste oorzaak zijn letsels die ontstaan in en rond het huis, zoals valincidenten. Deze patiënten werden ook langer opgenomen in het ziekenhuis dan de gemiddelde patiënt.

Gemiddeld komt ongeveer een kwart van de patiënten in Nederland meer dan 1 keer per jaar op de seh. Dit noemen we terugkerende patiënten. In de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder is ongeveer de helft van alle seh-bezoeken door terugkerende patiënten. Terugkerende patiënten hebben vaker nieuwvormingen of zijn zwanger (geweest). Twee derde van de bezoeken door patiënten met nieuwvormingen zijn terugkerende patiënten die meer dan twee keer per jaar naar de seh komen. Voor patiënten met letsel geldt dit voor een kwart van de seh-bezoeken.

Uit de [monitor palliatieve zorg](https://magazines.nza.nl/nza-magazines/2020/03/monitor-pz-2020) van de NZa blijkt dat het gebruik van acute zorgvoorzieningen oploopt naarmate het overlijden dichterbij komt. In de week voorafgaand aan het overlijden, ontvangt 20% van de patiënten die palliatieve zorg ontvangen ook ambulancezorg. 12% heeft te maken met een seh-bezoek gevolgd door een klinische opname. Van de kinderen tot 18 jaar met een behoefte aan palliatieve zorg, ligt dit percentage op ruim 36%.

* 1. Veranderende zorgvraag

Naast de ontwikkeling in acute zorgvraag door demografische ontwikkelingen weten we ook dat door beleidsinterventies het aantal en type patiënten in de acute zorg kan veranderen. De instroom van patiënten kan bijvoorbeeld veranderen door inzet op zorg dichtbij huis, preventie en samenwerking met de wijkverpleging.

*Veranderingen stroom acute zorg*

Patiënten stromen niet altijd op de juiste plek in de acute zorgketen in of kunnen niet tijdig uitstromen. Zorgaanbieders hebben vaak beperkt zicht op de beschikbaarheid van het zorgaanbod, zowel op regionaal als landelijk niveau. Het vinden van een vervolgplek voor een patiënt is niet altijd makkelijk en dit verhoogt de druk op de acute zorg. Hierdoor liggen patiënten mogelijk langer op de seh of een andere ziekenhuisafdeling. Dit zorgt ervoor dat de doorstroom van patiënten in de (acute) zorgketen niet optimaal is. Een betere beschikbaarheid van niet-acute zorg kan ook bijdragen aan een vermindering van de druk op de acute zorg. Deze punten worden verder toegelicht in hoofdstuk 4.

Daarnaast hebben zorgvragers toenemende verwachtingen van de zorg: iemand met klachten wil direct geholpen worden, ook als daarvoor geen medische noodzaak is. Het is van belang dat als daar geen medische noodzaak voor is, zorgvragers niet instromen in de acute zorgketen. Om meer zicht te krijgen op dit vraagstuk is de NZa een onderzoek gestart naar hoe we de zorgvrager kunnen helpen passende keuzes te maken. Op basis van dit onderzoek kan vervolgens bepaald worden hoe we patiënten op het juiste moment en in de juiste schakel van de zorgketen kunnen laten instromen.

*Voorkomen zorgvraag door preventie*

Door inzet van preventie kan een toekomstige zorgvraag voorkomen worden. Het inzetten van preventieve zorg vindt vaak buiten de acute zorg plaats, maar kan bijdragen aan het voorkomen van instroom in de acute zorg. Dit kan op diverse manieren. Eén voorbeeld is de inzet op valpreventie bij oudere mensen met een valrisico. Door vooraf in te zetten op het voorkomen van het vallen van mensen met een valrisico, kan er een toestroom van deze patiënten met bijvoorbeeld hoofdtrauma of fracturen in de acute zorgketen worden voorkomen. Een tweede voorbeeld is telemonitoring voor chronische patiënten waardoor preventief bijgestuurd kan worden. Hierbij kan je denken aan hartrevalidatie patiënten die zelf hun bloeddrukwaarden meten en doorgeven via een portaal. Er zijn op dit moment al verschillende preventieve interventies die bijdragen aan het verminderen van de instroom van de acute zorg. In de implementatie en opschaling van preventieve interventies (zoals valpreventie) kunnen nog flinke stappen gezet worden. Dit vraagt om regionale samenwerking, organisatie en investeringen van zowel zorgverzekeraars als gemeenten.

*Digitale zorg*

De inzet van digitale zorg kan voorkomen dat patiënten onnodig instromen in de acute zorgketen. Voorbeelden hiervan zijn digitale triage vooraf aan een eventueel bezoek aan de huisarts/huisartsenpost (*moetiknaardedokter.nl*) of in de ambulance. Een andere mogelijkheid voor het inzetten van digitale hulpmiddelen is dat zorgvragers door middel van een app of website zelf een eerste triage doen, denk hierbij aan *thuisarts.nl*.

Er zijn veel verschillende voorbeelden waarbij digitale zorg wordt ingezet in de acute zorgketen, waardoor de instroom van acute zorg veranderd. In de opschaling van digitale zorg kunnen echter nog stappen gezet worden. Dit vraagt om een gelijkgericht beleid van zorgverzekeraars. Dit betekent dat zorgverzekeraars ervoor zorgen dat digitale zorg voor alle verzekerden beschikbaar is, wanneer de inzet ervan effectief bijdraagt aan passende zorg.

1. Organisatie en beschikbaarheid van acute zorg

Passende zorg vraagt om doelmatige inzet van mensen, middelen en materialen. Voor de acute zorg zien we kansen om de doelmatigheid te verbeteren, omdat het hier op bepaalde momenten heel druk is en op andere momenten erg rustig kan zijn. In dit hoofdstuk lichten we toe welke kansen wij zien voor verbeteringen in de doelmatigheid van de acute zorg.

* 1. Probleemanalyse

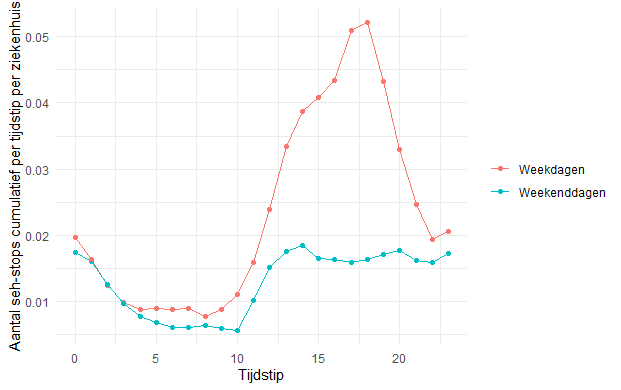
Binnen de acute zorg zien we dat het op bepaalde momenten heel druk is en op andere momenten heel rustig. Naast de lage bezoekersaantallen lijkt ook het op peil houden van de voorzieningen op en rond de seh in toenemende mate voor knelpunten te zorgen. Toch dient er ook op de rustige seh’s een volwaardig team van professionals en apparatuur beschikbaar te zijn, zelfs als er ’s nachts geen of erg weinig patiënten komen. Tegelijkertijd zien wij dat er ’s nachts meerdere seh’s zijn geopend in een regio of stad. Dit zet de doelmatigheid onder druk. In dit hoofdstuk lichten we deze verschillende knelpunten verder toe.

* + 1. Het ene moment druk, het andere moment rustig

De druk op de acute zorg varieert sterk tussen momenten van de dag en tussen zorgaanbieders. Op basis van analyses voor de monitor acute zorg weten we dat er bepaalde tijdstippen zijn dat het heel druk is in de acute zorg. Dit leidt onder andere tot seh-stops[[8]](#footnote-8).

In de monitor acute zorg 2018 hebben wij gekeken naar de tijdstippen waarop een seh-stop wordt afgegeven op basis van de data van de vier ROAZ[[9]](#footnote-9)-regio’s die gebruik maken van het acute zorgportaal. Figuur 1 hieronder laat zien dat de seh het doordeweeks in de loop van de dag steeds drukker krijgt, met een piek in de namiddag. Vanaf 17.30 uur loopt het aantal stops op de seh sterk terug. In het weekend loopt het aantal seh-stops op van 10.00 uur tot 14.00 uur en blijft de rest van de dag vrij constant. Over het geheel gezien is het aantal seh-stops erg laag, met gemiddeld 0,05 stops per ziekenhuis per week op het piekmoment (weekdag rond 17.00 uur).

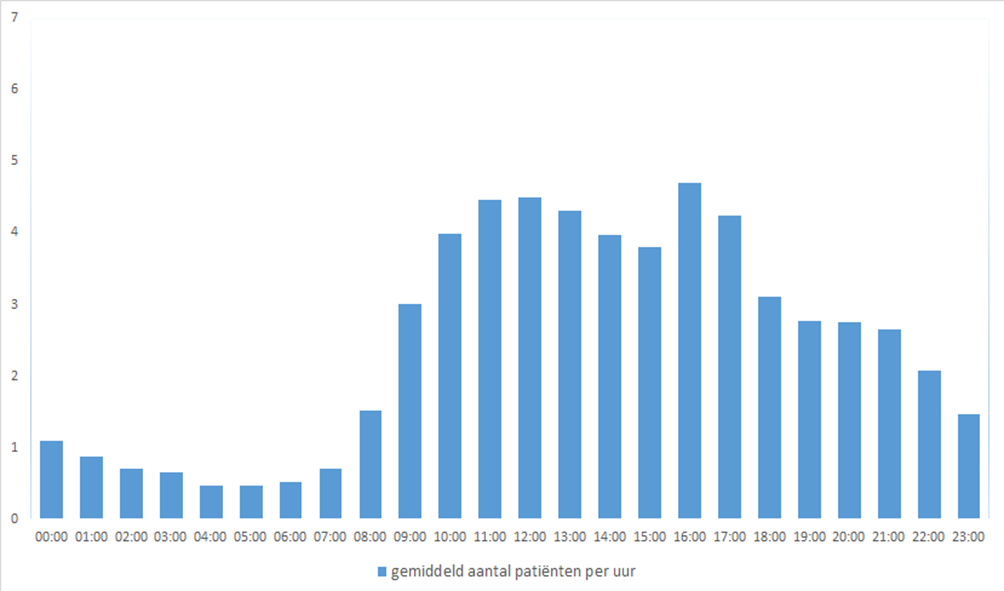
**Figuur 1: Aantal seh-stops (cumulatief) per tijdstip, weekdagen en weekenddagen**



*Bron: NZa, uitvraag stops van ROAZ-regio’s*

Naast piekdruktes weten we ook dat het in de acute zorg op bepaalde momenten erg rustig is. Figuur 2 toont het beeld dat de instroom van patiënten in de avond afneemt en met name in de nacht laag is. Dit figuur is gebaseerd op gegevens van 10 ziekenhuizen die aangemerkt zijn als een gevoelig ziekenhuis[[10]](#footnote-10).

**Figuur 2: Patroon verloop gemiddeld aantal patiënten per uur op de seh, gebaseerd op 10 van de gevoelige ziekenhuizen die de beschikbaarheidbijdrage seh ontvangen**

****

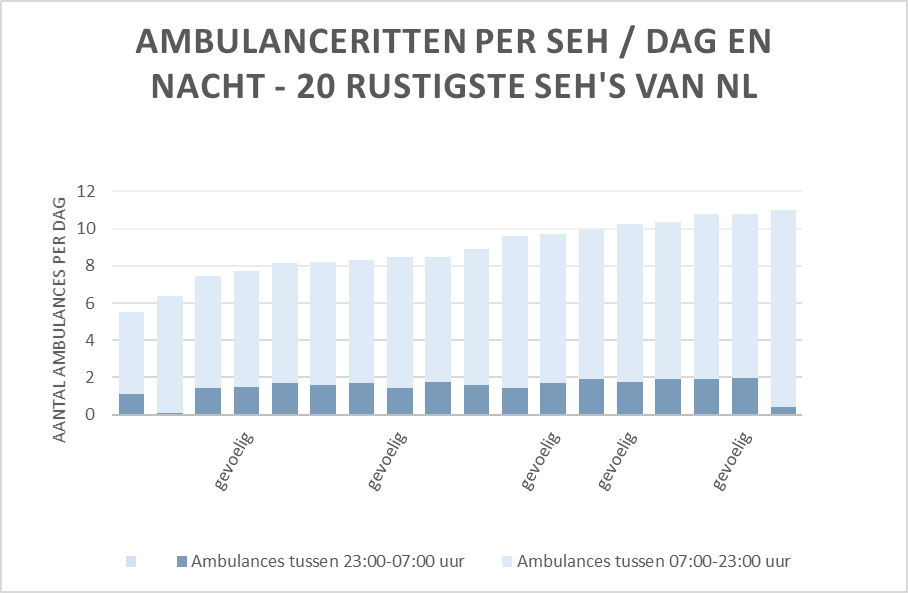
*Bron: NZa kostenonderzoek beschikbaarheidbijdrage spoedeisende hulp t.b.v. marktverstoringstoets 2021*

Deze analyse hebben wij niet voor alle ziekenhuizen kunnen maken, omdat we niet over de data van het aantal patiënten per uur beschikken voor alle ziekenhuizen. We verwachten wel dezelfde golfbeweging in het aantal patiënten te zien bij andere ziekenhuizen (overdag drukker, ’s nachts rustiger).

Om deze aanname verder te onderbouwen hebben we de ambulanceritten van de 20 seh’s met laagste instroom aan patiënten via de ambulance onderzocht. De patiënten die niet door een ambulance zijn vervoerd, zijn niet opgenomen in deze analyse. Figuur 3 laat zien dat niet alleen de gevoelige ziekenhuizen, maar ook andere kleine seh’s kampen met een lage instroom, met name in de nacht. Van de 20 seh’s die de minste patiënten via ambulance ontvangen zijn er 5 gevoelig voor de 45-minutennorm. De andere seh’s zijn niet gevoelig voor deze norm en zouden hun seh (gedeeltelijk) kunnen sluiten. De inwoners in het adherentiegebied (verzorgingsgebied van een ziekenhuis) kunnen immers binnen 45 minuten bij een andere seh terecht.

Tot slot laat onze data over het aantal ambulanceritten zien dat er bij 18 seh’s gemiddeld minder dan 2 ambulances aanrijden tussen 23.00 uur en 7.00 uur. Dat een aantal seh’s weinig patiënten ontvangt in deze tijdsperiode is hoofdzakelijk toe te schrijven aan twee oorzaken. Uiteraard ten eerste omdat er ’s nachts een veel lager beroep op de acute zorg wordt gedaan dan overdag. Ten tweede maken ambulances bij bepaalde ingangsklachten van patiënten ook de keuze om door te rijden naar een seh met bepaalde voorzieningen (een voorbeeld hiervan is een patiënt met vermoeden tot een CVA).

**Figuur 3: Gemiddeld aantal ambulances per seh per dag, op de 20 rustigste seh’s van Nederland**



*bron: NZa*

Dit vraagstuk van doelmatigheid speelt niet alleen voor gevoelige ziekenhuizen en perifere gebieden, maar ook voor de grotere steden met meerdere seh’s. Op seh’s in de stad is het overdag vaak druk, maar is er ’s nachts ook sprake van flink lagere bezoekersaantallen. In de meeste grote steden zijn er ’s nachts op relatief korte afstanden meerdere seh’s open. Gezien de lage patiëntenaantallen is het de vraag of het voor de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg noodzakelijk is dat deze seh’s allemaal 24/7 open zijn.

* + 1. Spreiding seh’s

Nederland telt in 2021 82 ziekenhuizen met een seh, waarvan er 80 een 24/7 openstelling kennen. Twee locaties zijn enkel overdag geopend (bron: RIVM). Een ziekenhuis zou in principe haar seh kunnen sluiten, als zij dit nodig acht. De spreidingsnorm voor de toegankelijkheid voor acute zorg is de 45-minutennorm: vrijwel alle inwoners van Nederland[[11]](#footnote-11) zouden binnen 45 minuten per ambulance een seh kunnen bereiken. De overheid heeft bepaald dat ziekenhuizen hun seh niet zondermeer mogen sluiten als dit leidt tot overschrijding van deze 45-minutennorm. Het RIVM bepaalt op basis van de 45-minutennorm welke ziekenhuizen hiervoor gevoelig zijn. Ziekenhuizen die gevoelig zijn voor de 45-minutennorm ontvangen een ‘beschikbaarheidbijdrage spoedeisende hulp’. De instellingen die deze subsidie ontvangen zijn gevestigd in de periferie, en kennen over het algemeen lage bezoekersaantallen in de nacht (zie figuur 2).

De huidige organisatie van de acute zorg is gegroeid op basis van historische spreiding van voorzieningen en is niet gericht op doelmatigheid. 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 wetenschappelijke basis is 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 (voor bepaalde zorgvragen) daarmee minder relevant geworden.

Zoals reeds beschreven in onze [visie op de acute zorg van oktober 2020](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_529500_22/1/) is het van belang dat er een normenkader voor de toegankelijkheid van acute zorgvoorzieningen komt dat gebaseerd is op een medische wetenschappelijke onderbouwing, bijvoorbeeld gedifferentieerd naar type ingangsklacht van de patiënt. Het is aan het ministerie van VWS om te komen tot een landelijk vastgesteld kader dat voldoende ruimte biedt voor regionale invulling.

* + 1. Beschikbaarheid personeel voor de seh

Een volwaardige seh stelt veel eisen aan de aanwezigheid van personeel en faciliteiten. Ten eerste stelt het Kwaliteitskader Spoedzorgketen een aantal eisen aan de organisatie van de seh. Zo dient er in ieder geval 1 basisarts met minimaal 1 jaar werkervaring in een poortfunctie en 1 seh-verpleegkundige aanwezig te zijn. In de praktijk voldoet dit vaak niet en zijn er meerdere artsen en verpleegkundigen aanwezig. Ten tweede moet een ziekenhuis met een volwaardige seh een beroep kunnen doen op een ic, 24/7 radiologie, en laboratoriumfaciliteiten. Daarnaast zijn er 14 medisch specialisten en 6 medewerkers in ondersteunende beroepen bereikbaar. Een seh kan daarmee niet als losse afdeling van het ziekenhuis worden gezien; een deel van het personeel is als achterwacht beschikbaar voor de seh.

Vaak onderbelicht in de discussies rondom de organisatie van de acute zorg is dat de personele invulling van de seh in de praktijk varieert. Gesprekken met vertegenwoordigers uit de acute zorg geven ons het beeld dat de voorzieningen en dus ook de kwaliteit per seh verschillen. Zo hebben kleine ziekenhuizen soms moeite om te voldoen aan de minimumnormen uit het Kwaliteitskader Spoedzorgketen, terwijl de grotere ziekenhuizen doorgaans een beter bemande seh hebben, met een groter en meer ervaren team aan zorgprofessionals. Dit is bevorderlijk voor de kwaliteit van de geleverde zorg.

Bij de afweging van de noodzaak van de aanwezigheid van een seh is vaak onvoldoende aandacht voor het mogelijke verschil in bezetting en kwaliteit tussen seh’s en de vraag wat vanuit het perspectief van de patiënt het meest wenselijk is. De focus ligt meestal op de aanwezigheid en het behoud van een seh en minder op de kwaliteit van de seh en potentieel kwalitatief betere seh’s die binnen 45 minuten bereikbaar zijn.

* + 1. Arbeidsmarktproblematiek

De normen die in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen worden gesteld, zijn door het tekort aan zorgprofessionals lastiger te halen. In het bijzonder de kleinere ziekenhuizen in de perifere regio’s hebben vaker moeite om aan deze normen te voldoen.

Afgezien van het vraagstuk of een ruime bezetting gedurende rustige momenten doelmatig of wenselijk is, vormt het huidige tekort aan zorgprofessionals ook voor de seh’s in toenemende mate een probleem. Het is erg lastig voor zorgaanbieders om voldoende geschoold personeel aan te trekken en te behouden. Een toenemende werkdruk, administratieve verplichtingen, uitval van collega’s en onvervulde vacatures voeren de druk op de bestaande arbeidskrachten verder op. Dit leidt in sommige gevallen weer tot uitval en toenemende druk op de resterende medewerkers.

Uitdagingen voor het personeel zien we in stedelijke gebieden maar nog meer in perifere gebieden. Er is in ziekenhuizen onder andere sprake van een (groot) tekort aan verpleegkundigen, medisch ondersteunend personeel en seh-artsen KNMG. Daarnaast vormt het op peil houden van de achterwacht van de acute as zoals de ic, het reanimatieteam, anesthesie, radiologie, etc. regelmatig een probleem, zo blijkt uit de gevoerde gesprekken voor dit advies. Daarnaast is er ook in de huisartsenzorg sprake van een groot tekort aan triagisten en huisartsen, met name in de perifere gebieden. Voornamelijk het aantrekken van personeel voor de avond-, nacht-, en weekenduren is lastig.

*Uitdagende werkomstandigheden*

De lage instroom bij verschillende ziekenhuizen kwam ook aan de orde in onze gesprekken met zorgprofessionals. Zij schetsen -naast zorgen om de doelmatigheid- ook het effect dat de lage bezoekersaantallen in de nacht kunnen zorgen voor minder uitdagende werkomstandigheden voor het seh-personeel. Hierdoor wordt het lastiger om personeel aan te trekken of te behouden. Tevens kan dit een ongunstig effect hebben op de vakbekwaamheid van het seh personeel, omdat er weinig ingrepen worden uitgevoerd.

* 1. Manieren om seh’s anders te organiseren

Wij zien een andere regionale spreiding van seh’s als een mogelijkheid om de personele, kwalitatieve en financiële uitdagingen het hoofd te bieden, en tegelijkertijd kwalitatief goede acute zorg te blijven bieden en deze passender te organiseren. Het concentreren van de toestroom van patiënten van ‘rustige’ seh’s kan in sommige regio’s een oplossing zijn voor de grote arbeidsmarktproblematiek, omdat er per saldo mogelijk minder zorgpersoneel beschikbaar hoeft te zijn. Bij minder onregelmatigheid krijgt het personeel een lagere werkdruk.

Wij denken dat met het poolen van seh-personeel de kwaliteit op de seh beter geborgd kan worden en meer doelmatigheid voor het ziekenhuis kan worden bereikt. Ook wordt het werk voor de zorgprofessional mogelijk interessanter en heeft dit denkbaar positieve effecten op de ervaring en vakbekwaamheid van seh-personeel.

Ook zien we kansen voor de nachtelijke uren waarin er fors lagere instroom van patiënten op de seh is. Het invullen van de roosters gedurende de nacht zorgt voor inefficiëntie van de personele inzetbaarheid, omdat daar extra rustmomenten tegenover staan. Daarnaast is nachtelijke inzet door toeslagen fors duurder dan de inzet overdag.

Wij zien meerdere vormen waarop de huidige organisatie van acute ziekenhuiszorg anders kan. Voor welke vorm gekozen moet worden hangt veelal af van regionale omstandigheden. Er bestaan regio’s waar (verdere) concentratie van capaciteit allerminst wenselijk is. Het vraagstuk of concentratie *nodig* én *mogelijk* is verschilt van regio tot regio en blijft daarmee maatwerk. De vormen zijn:

**1. Seh definitief sluiten:** Meerdere ziekenhuizen werken samen en concentreren hun seh’s op 1 of meerdere locaties. Dit vereist veel inzicht in patiëntenstromen en overleg met ketenpartners.

**Praktijkcasus**

Bij de Treant Zorggroep in Drenthe en Groningen stonden doelmatigheid en inzet van gekwalificeerd personeel voor de acute zorg op hun drie locaties jarenlang onder druk. Onder meer de arbeidsmarkt en zeer lage patiëntaantallen vormden een structureel probleem in een dunbevolkte regio met destijds meerdere seh’s en verloskundige centra. De seh’s in Hoogeveen en Stadskanaal behoorden tot de kleinsten van Nederland met ongeveer 9000 patiënten op jaarbasis. In de nacht kwam er op die seh’s gemiddeld ongeveer 1 patiënt (spreiding 0-3). Voor deze sporadische patiënten was er per locatie een complete dienstenstructuur van alle vakgroepen, een radiologisch laborant, een klinisch chemisch laborant, een operatieteam en seh-verpleegkundigen. Een acuut tekort aan kinderartsen vormde eind 2017 een bedreiging voor de continuïteit van de kindergeneeskunde en verloskundige zorg.

In nauw overleg met onder meer omliggende ziekenhuizen, verloskundigen, huisartsen, ambulancediensten, ROAZ en zorgverzekeraars heeft Treant het acute zorgaanbod toekomstbestendig gemaakt. Dit heeft voor Hoogeveen en Stadskanaal geleid tot de sluiting van de verloskunde-afdelingen en het omvormen van seh’s naar basisspoedposten die overdag en ‘s avonds open zijn voor laagcomplexe spoedzorg.

De verloskunde en seh-zorg zijn nu geconcentreerd in Emmen, waar de acute zorg als gevolg hiervan een stevige groei heeft doorgemaakt in patiëntaantallen. Door deze reorganisatie kan Treant Zorggroep in Emmen acute zorg aanbieden met voldoende en goed gekwalificeerd personeel. De dienstenstructuur van de medische staf is aangepast, waarbij de dienstfrequentie is afgenomen maar de intensiteit is toegenomen. Ook de ondersteunende diensten, als het laboratorium en radiologie, alsmede de operatieteams hebben alleen nog 24/7 dienst in Emmen.

De ziekenhuizen in Hoogeveen en Stadskanaal kennen nu een basisspoedpost die overdag en ’s avonds is geopend. Het seh-personeel rouleert tussen deze ‘weekziekenhuizen’ en de vestiging Emmen, waar de complexere zorg wordt geleverd. Hierdoor houden zij hun vakbekwaamheid op peil. Doordat er nog maar 1 locatie ’s nachts is geopend, hoeven er per saldo minder nachtdiensten te worden ingevuld. En waar de concentratie van acute zorg aanvankelijk met scepsis werd ontvangen door de lokale bevolking en politiek, lijkt men nu gewend aan de nieuwe situatie. Daarnaast zijn de logistieke voordelen van twee beddenhuizen voor planbare zorg zonder verstoring groot.

Naast borging van acute zorg van goede kwaliteit heeft het ziekenhuis met deze reorganisatie een significante kostenbesparing gerealiseerd. De frictiekosten die verband hielden met de reorganisatie zijn gefinancierd door de zorgverzekeraars; zij delen nu mee in de jaarlijkse besparingen.

**2. Gedeeltelijke opening seh:** De seh zou, in plaats van een 24/7 openstelling, ook kunnen overgaan naar openingstijden gedurende de piekbelasting. Dit houdt in dat ‘s avonds en ‘s nachts minder seh’s open hoeven te blijven en hierdoor minder beroep op zorgpersoneel wordt gedaan. Dit zou ook in de grotere steden, waar de toestroom overdag hoog is en ’s nachts lager, een mogelijke optie zijn. We zien dat in de afgelopen jaren er diverse 24/7 seh’s zijn omgevormd tot spoedpost. Dit zijn locaties die doordeweeks overdag zijn geopend, waar patiënten terechtkunnen met minder complexe hulpvragen. Voor complexere spoedeisende zorg kunnen zij -binnen de normtijd- terecht bij seh’s in de buurt.

**Praktijkcasus**

Als gevolg van een faillissement sloot eind 2018 de 24/7 seh van het IJsselmeerziekenhuis in Lelystad. Bij de doorstart van het ziekenhuis bleek het niet doelmatig om een volledig uitgeruste seh 24/7 open te houden. De seh ontving in 2017 gemiddeld 33 patiënten per dag, [waarvan 's nachts](https://eenvandaag.avrotros.nl/item/lelystad-verbijsterd-om-verdwijnen-spoedeisende-hulp/) twee à drie patiënten. In 2018 reed er gemiddeld 1,4 ambulance per dag naar deze seh.

Het ziekenhuis St. Jansdal, dat het ziekenhuis in Lelystad overnam, heeft hier een spoedpoli opgezet, die doordeweeks van 08:00 tot 21:30 uur is geopend. Voor de complexere spoedzorg kunnen patiënten nu binnen 45 minuten ondergebracht worden bij onder andere de seh’s zoals Harderwijk en Almere. Deze seh’s kenden daardoor in 2019 een stijging in toestroom van patiënten van 41% (Harderwijk) en 6% (Almere), terwijl het landelijke cijfer met ca. 1% steeg. Het aantal ambulanceritten naar Harderwijk groeide met 31% en naar Almere met 10% (landelijke stijging 2019: +3%). Naar beide seh’s kwamen in 2019 gemiddeld 18 ambulances per dag; 0,75 ambulances per uur.

Om deze groeiende zorgvraag op de seh op te vangen in een krappe arbeidsmarkt werkt St. Jansdal momenteel aan een pilot waarin een internist acute zorg op de seh meedraait met een seh-arts KNMG.

**3. Nieuwe strategische locatie:** De huidige locaties van ziekenhuizen zijn voornamelijk historisch bepaald en daarom niet altijd op een centrale locatie gevestigd. In sommige regio’s zijn meerdere kleine ziekenhuizen met seh’s gevestigd aan de randen van het gebied. Indien instellingen in overleg met andere belanghebbenden besluiten tot het opzetten van een nieuw ziekenhuis met seh (of een acuut centrum) op een geconcentreerde locatie, dan zou dit kunnen leiden tot een doelmatigere organisatie van zorg. Een groter adherentiegebied kan worden bediend terwijl hiervoor mogelijk minder personeel beschikbaar gehouden hoeft te worden. De nieuwe locatie kan dan 2 of meerdere oude locaties vervangen.

Deze manier van veranderen van de acute zorg is een kostbare optie, omdat dit nieuwbouw vereist en mogelijke versnelde afschrijving van bestaand vastgoed. Bij de overweging van het plegen van nieuwbouw kan deze vraag in de organisatie van de zorg meegenomen worden. Ook de huidige spreidingsnorm (45-minutennorm) is voor gevoelige ziekenhuizen op dit moment een factor waarmee rekening gehouden moet worden.

* 1. Financiële afspraken bij veranderingen

Bij verandering van het acute zorglandschap door de sluiting van de seh, wordt ook meteen gesproken over de verdere effecten voor het betreffende ziekenhuis. Als een ziekenhuislocatie niet langer acute zorg aanbiedt, neemt mogelijk ook de vraag naar aanpalende zorg af, en zijn sommige specialismen of faciliteiten niet langer rendabel. Hierbij wordt de seh vaak gezien als ‘de voordeur’ van het ziekenhuis: uit de [monitor acute zorg 2020](https://magazines.nza.nl/nza-magazines/2021/01/monitor-acute-zorg) weten we dat ongeveer 60% van het totale aantal ligdagen van ziekenhuizen in 2019 is van patiënten die na een seh-bezoek zijn opgenomen in het ziekenhuis. Bij sommige partijen speelt hierdoor het sentiment dat een ziekenhuis zonder seh geen bestaansrecht heeft. Daarbij speelt ook status een rol. Het gevoel leeft dat een ziekenhuis zonder seh geen ‘echt’ ziekenhuis is, omdat er geen complexe acute zorg wordt aangeboden.

Om te kijken naar de effecten die concentratie van spoedzorg heeft op ziekenhuizen, heeft KPMG Health in opdracht van het Zorginstituut Nederland [onderzoek](https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2018/12/05/onderzoek-cascade-effecten-bij-concentratie-van-spoedzorg-in-beeld) gedaan naar deze zogenoemde cascade-effecten[[12]](#footnote-12). Het onderzoek naar de cascade-effecten heeft KPMG gedaan aan de hand van verschillende spoedzorgindicaties. Uit dit onderzoek blijkt dat de eventuele nadelige gevolgen van concentratie afhankelijk zijn van het type indicatie. Zowel de directe kwaliteitswinst van concentratie is van belang, als ook de effecten op de toegankelijkheid van zorg bij het ziekenhuis dat de acute zorgvoorziening sluit. Het is van belang in de regio een balans te vinden tussen de betaalbaarheid, toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg.

Het onderzoek van KPMG benadrukt dat de organisatie van de acute zorgketen regionaal moet worden vormgegeven om tot een doelmatige organisatie van de acute zorgketen te komen. Het is van belang om aandacht te hebben voor mogelijke cascade effecten bij het organiseren van een doelmatigere organisatie van zorg. Dit is mede van belang gezien de financiële situaties van ziekenhuizen. Bij de reorganisatie van de acute zorgketen kunnen aanvullende afspraken gemaakt worden om cascade-effecten te beperken. Een mogelijkheid hiervoor is om in de regio afspraken te maken over het terugplaatsen van patiënten na de behandeling in de acute zorgketen. Daarnaast kan het locatie-overstijgend werken van medewerkers eraan bijdragen om de expertise van de zorgprofessional op peil te houden. Deze afspraken zijn wel eenvoudiger te realiseren voor gefuseerde zorgaanbieders. Tot slot kan in met name de perifere gebieden de reistijd toenemen door deze concentratie. Afspraken maken over een korte ‘door-to-treatment’ tijd op de seh zou dit effect kunnen compenseren. Dit vraagt mogelijk ook om uitbreiding van het beschikbare personeel op de beschikbare acute zorglocaties ten tijde van piekdrukte.

* 1. Conclusie

In dit hoofdstuk hebben we enkele knelpunten geschetst om te komen tot passende acute zorg: de doelmatigheid van de acute zorgketen kan worden verbeterd, de kwaliteit varieert en het tekort aan zorgprofessionals vraagt om doelmatigere inzet van schaars personeel. Hiervoor zien wij kansen om tot een doelmatigere regionale organisatie van de acute zorg te komen.

Het ontbreekt bij de inrichting van de acute zorg aan medisch onderbouwde normen die bijdragen aan een passende spreiding en organisatie van de acute zorgketen. Het [Kwaliteitskader Spoedzorgketen](https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2020/02/19/kwaliteitskader-spoedzorgketen) geeft al een gedeeltelijke invulling aan welke zorgprofessionals en voorzieningen beschikbaar moeten zijn op de seh. Het is aan de overheid om te komen tot een landelijk vastgesteld kader dat meer houvast geeft, maar ook voldoende ruimte biedt voor regionale invulling.

Regionale invulling om tot een doelmatige organisatie van de acute zorgketen te komen is van groot belang. Nederland wordt gekenmerkt door dichtbevolkte stedelijke gebieden enerzijds en dunbevolkt platteland anderzijds. Dit vereist om regio-specifieke keuzes en maatwerk. Een eenduidig advies of een generale aanpak ten aanzien van een doelmatigere organisatie van seh’s is daarom niet mogelijk en niet wenselijk.

Per (ROAZ-)regio zou daarom een beoordeling moeten plaatsvinden in welke mate de bestaande seh-capaciteit en spreiding daarvan past in de beoogde organisatie van de acute zorgketen. Idealiter formuleren partijen een toekomstvisie voor de middellange termijn waarin in ieder geval wordt gekeken naar het type en de hoeveelheid aanbod van acute zorg, op basis van de ontwikkeling in de verwachte zorgvraag voor die regio. Bij afspraken over de doelmatige inrichting dient dan ook gekeken te worden hoe mogelijke cascade-effecten kunnen worden beperkt.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zien de noodzaak van een andere regionale organisatie van de seh-capaciteit ook. Wel worden er financiële belemmeringen voor verandering in de organisatie van de acute zorg benoemd. Hiervoor kan worden overwogen om van overheidswege een regeling voor de vergoeding van saneringskosten op te zetten die voorziet in een (gedeeltelijke) tegemoetkoming van de saneringskosten van de seh-locatie die gesloten moet worden bij een concentratie of in de aanloopkosten naar een nieuwe seh-locatie. Op deze mogelijkheid van verandering stimuleren komen we in hoofdstuk 6 verder terug.

1. Coördinatie van in-, door- en uitstroom van acute zorg

Naast de huidige beschikbaarheid van acute zorg zien we ook mogelijkheden voor het verbeteren van de coördinatie van de patiëntenstroom. In het vorige hoofdstuk beschreven we al dat het binnen de acute zorg op sommige momenten heel rustig is, maar op andere momenten heel druk. We zien dat op drukke momenten de patiëntenstroom stokt. Het is van belang dat de coördinatie van in-, door- en uitstroom beter verloopt. Doordat patiënten niet tijdig kunnen doorstromen naar een vervolgplek, loopt de acute zorgketen vast. In dit hoofdstuk gaan we verder in op dit probleem en de oplossingen die wij daarvoor zien.

* 1. Probleemanalyse

Bij acute zorgvragen is het belang­rijk dat patiënten zo snel mogelijk op de juiste plek in de keten terechtkomen. Waar nodig moeten zij vervolgens tijdig door kunnen stromen, bijvoorbeeld binnen het ziekenhuis voor een klinische opname. Bij de uitstroom uit de keten van acute zorg is het belangrijk dat de benodigde vervolgzorg direct toegankelijk is, zoals geriatrische revalidatiezorg, eerstelijnsverblijf en wijkverpleging.

Uit onderzoeken van de NZa[[13]](#footnote-13) en contacten met zorgaanbieders en zorgverzekeraars is gebleken dat de coördinatie van de in-, door- en uitstroom van patiënten in de acute zorg beter kan en moet. Drie aspecten spelen bij de coördinatie een belangrijke rol. Op de eerste plaats triëren alle zorgaanbieders in de acute zorg afzonderlijk, en dus niet integraal. Op de tweede plaats is er beperkt inzicht in de beschikbare zorgcapaciteit. Tot slot is ook gegevensuitwisseling van medische gegevens over patiënten van belang.

*Afzonderlijke triage*

Triagisten van de huisartsenpost, centralisten van de regionale ambulancevoorziening en verpleegkundigen van de spoedeisende hulp triëren allen afzonderlijk. De afzonderlijk triage leidt er toe dat patiënten niet altijd direct op de juiste plek in de acute zorgketen terechtkomen. Daarnaast gebruiken aanbieders van acute zorg niet hetzelfde triagesysteem. Ook sluiten deze systemen niet altijd op elkaar aan. Om die reden is in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen dan ook de aanbeveling opgenomen om de onderlinge triagesystemen op elkaar af te stemmen. Dat is nog niet in alle regio’s in de praktijk gebracht. Tot slot ervaren aanbieders van acute zorg in veel regio’s dat het bijzonder lastig is om voldoende triagisten voor de huisartsenpost en centralisten voor de meldkamer van de ambulance aan te trekken.

*Beperkt inzicht in beschikbare capaciteit*

Zorgverleners zijn momenteel veel tijd kwijt aan het vinden van de juiste plek wanneer een patiënt moet door- of uitstromen. Het ontbreekt hen daarbij aan inzicht in de beschikbare capaciteit van de benodigde (vervolg)zorg. In veel regio’s zijn geen of onvoldoende concrete afspraken gemaakt over de uitwisseling van actuele capaciteitsgegevens en het centraal inzichtelijk maken daarvan.

*Gegevensuitwisseling*

De uitwisseling van gegevens tussen verschillende zorgaanbieders is een vraagstuk waar al jaren over gesproken wordt. Met elektronische gegevensuitwisseling is de juiste informatie (sneller) op het juiste moment op de juiste plek aanwezig. Gegevensuitwisseling tussen huisartsen, huisartsenposten, ambulances en seh's is van belang bij het verbeteren van de organisatie van acute zorg.

Er gaat op dit moment veel tijd en capaciteit verloren in de acute zorgketen doordat informatie ‘op de buik van de patiënt’ wordt meegegeven. Medische informatie zoals medicijngebruik is niet direct beschikbaar. Juist in de acute zorgketen is het cruciaal dat de juiste informatie snel uitgewisseld kan worden zodat de patiënt op de juiste manier en op de juiste plaats behandeld wordt. Dit vraagt om regionale samenwerking voor een goede en betrouwbare gegevensuitwisseling tussen acute zorgpartners op patiëntniveau.

*Conclusie*

Het gevolg van gebrekkige coördinatie van de in-, door- en uitstroom van patiënten in de acute zorgketen is dat patiënten op de verkeerde plek terechtkomen of langer dan nodig op bijvoorbeeld de spoedeisende hulp of in het ziekenhuis moeten wachten. Het personeel is veel tijd kwijt met het vinden van een geschikte plek voor vervolgzorg en heeft minder tijd over om nieuwe patiënten op te vangen. Dit heeft impact op de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de acute zorg. Tot slot kan inzicht in de gegevensuitwisseling van patiëntinformatie bijdragen aan een doelmatige inzet van zorgprofessionals.

* 1. Verbeteringen voor de coördinatie

Een patiënt met een acute zorgvraag moet zo snel mogelijk op de juiste plaats zorg te krijgen. Daarom schakelt de zorgprofessional die de triage (en eerste hulp) uitvoert de juiste zorgverleners in. Het is hierbij van belang dat de hulpverlener kan afstemmen met andere zorgverleners, beschikt over informatie van de patiënt, en dat hij zorgt voor een goede overdracht naar de andere zorgverleners.

De afgelopen jaren zijn er goede initiatieven ontstaan. Zo is in veel regio’s de samenwerking tussen de huisartsenpost en seh intensiever geworden. Een ander voorbeeld is het wijkteam acute zorg (wijkverpleging) dat een deel van de visites verzorgt in afstemming met de huisartsenpost. Goede samenwerking en afstemming moet echter niet beperkt blijven tot bepaalde regio’s. Het moet in heel Nederland de gangbare manier van werken worden. Om daar te komen zijn stappen nodig richting integrale triage en verplichte informatie-uitwisseling.

De zorgverzekeraar speelt ook een belangrijke rol in het verbeteren van de coördinatie van de in-, door- en uitstroom van de acute zorg. Als blijkt dat de inzet van een regionaal initiatief bijdraagt aan een vermindering van de druk op de acute zorg, vraagt het om proactief en congruent gedrag van verzekeraars. Dit betekent dat zorgverzekeraars zich inspannen om er voor zorgen dat deze zorg voor alle verzekerden beschikbaar is, wanneer de inzet van bepaalde zorg effectief bijdraagt aan passende zorg.

* + 1. Integrale triage/zorgcoördinatie

Onder regie van Ambulance Zorg Nederland (AZN) en met behulp van een subsidie van het ministerie van VWS zijn er begin 2020 tien pilots zorgcoördinatie gestart. Verschillende zorgaanbieders coördineren in die regio’s de acute zorg in gezamenlijkheid. Dat betekent onder meer:

per regio één zorgcoördinatiecentum (ZCC) waar alle patiënten met een acute zorgvraag terechtkunnen. Het ZCC verwijst de patiënt vervolgens naar de juiste zorgverlener. Het doel van de zorgcoördinatie is een betere coördinatie van de acute zorg, waardoor er een efficiëntere inzet van beschikbare mensen, middelen en budgetten mogelijk is. Op hoofdlijnen zijn er in de pilotregio’s drie vormen van zorgcoördinatie geïmplementeerd:

* Fysiek ZCC: ketenpartners zitten fysiek bij elkaar en werken samen om het zorgproces zo goed mogelijk in te richten;
* Virtueel ZCC: ketenpartners werken op afstand samen door middel van werkafspraken en gedeelde informatiesystemen;
* Specifieke vorm: ketenpartners werken nauw samen ten aanzien van een bepaald onderdeel van de acute zorg.

Uit de [tussenevaluatie](https://www.ambulancezorg.nl/static/upload/raw/dbb6b476-492a-4f0c-9096-642dea56e548/Nov+2021+-+Programma+Pilots+zorgco%C3%B6rdinatie+-+Tussenrapportage.pdf) van de zorgcoördinatie pilots is gebleken dat het mogelijk is om de acute zorg in gezamenlijkheid te coördineren in de regio. Het kost tijd, maar er is draagvlak voor. De ketenpartners zijn gemotiveerd om dit te realiseren en tevreden over de intensievere samenwerking. Het kwantitatief onderbouwen van de positieve effecten van de pilots is tot dusver lastig gebleken. In de tweede helft van de pilots wordt hierop ingezet.

Wanneer uit de eindevaluatie in juli 2022 blijkt dat de positieve effecten kwantitatief onderbouwd kunnen worden, adviseren wij om samen met de veldpartijen te komen tot een afbakening en beschrijving van de coördinatiefunctie. Deze kan betrekking hebben op de in-, door- én uitstroom van patiënten. Vervolgens zal bekeken moeten worden wat er nodig is om de coördinatiefunctie landelijk tot de norm te maken. Of de coördinatiefunctie om een separate of aanvullende bekostiging vraagt, is op dit moment nog te vroeg om te stellen. Dat is onder andere afhankelijk van de resultaten van de pilots, de ruimte die het veld ervaart in de huidige bekostiging en waar partijen tegenaan gaan lopen bij de inkoop en uitvoering.

Als de pilots zorgcoördinatie een vervolg krijgen, is een goede taakverdeling en samenwerking met de ‘coördinatiefuncties (tijdelijk) verblijf’ van belang. Per 1 april 2018 vormen deze coördinatiefuncties een landelijk dekkend netwerk dat per regio beschikbare bedden voor vervolgzorg inzichtelijk maakt. Bekostiging van de coördinatiefuncties is mogelijk door een aparte prestatiebeschrijving in de [Beleidsregel eerstelijnsverblijf](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_265495_22/2/) van de NZa. De inrichting van deze coördinatiefuncties verschilt echter zeer sterk: uitsluitend voor elv-bedden of ook breder voor grz, wijkverpleging, Wlz en Wmo, positionering van de coördinatiefunctie in het ziekenhuis of juist bij een vvt-aanbieder, enkel de ontwikkeling van een app voor inzicht in beschikbare bedden of een totaalpakket inclusief triage en plaatsing van de patiënt.

Om betere coördinatie van de in-, door- en uitstroom te realiseren zullen daarnaast meer afspraken tussen zorgaanbieders onderling maar ook tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars nodig zijn. Wanneer coördinatie bepaalt hoe de patiëntstromen lopen, kan dit op gespannen voet komen te staan met het inkoopbeleid van zorgverzekeraars. Dit speelt met name bij vervolgzorg zoals geriatrische revalidatiezorg, eerstelijnsverblijf en wijkverpleging wanneer zorgverzekeraars geen contract hebben gesloten met instellingen waarnaar verwezen wordt. Zorgverzekeraars zien voor zichzelf een verbindende rol weggelegd in de totstandkoming van afspraken tussen zorgaanbieders onderling. Hoe groot die verbindende rol momenteel is, verschilt sterk per regio[[14]](#footnote-14).

* + 1. Verplichte informatie-uitwisseling

Om de in-, door- en uitstroom van acute zorg te vergroten en de patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg te verbeteren, is informatie-uitwisseling essentieel. Het gaat hierbij enerzijds om goede en betrouwbare gegevensuitwisseling op patiëntniveau tussen de verschillende zorgaanbieders van acute zorg, en anderzijds om inzicht in beschikbare plekken voor passende vervolgzorg.

Inzicht in beschikbare plekken is ook tijdens de coronacrisis een essentieel onderdeel gebleken om de toegankelijkheid van zorg te vergroten. Het landelijk coördinatiecentrum patiënten spreiding (LCPS) speelt een belangrijke rol bij de spreiding van coronapatiënten over de ziekenhuizen. Hiervoor is actueel inzicht nodig in de beschikbare opnamecapaciteit van klinische afdelingen en de intensive care. Een dergelijk systeem zou van meerwaarde zijn voor acute zorg in zijn geheel, op structurele basis. Te denken valt aan informatie over bijvoorbeeld beschikbare opnameplaatsen van de spoedafdeling, OK-ruimte en IC-plaatsen van een ziekenhuis en beschikbare bedden en plaatsen voor eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatiezorg en geestelijke gezondheidszorg. Er zijn wel verschillen tussen wat landelijk en regionaal in beeld moet worden gebracht. Wat gespecialiseerde zorgvoorzieningen en de beschikbare opnamecapaciteit betreft moet er bijvoorbeeld landelijk inzicht zijn. Voor voorzieningen zoals geriatrische revalidatiezorg, eerstelijnsverblijf, apotheekzorg en wijkverpleging is regionaal/lokaal inzicht nodig.

* + 1. Met Spoed beschikbaar

Het [Wetsvoorstel Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz)](https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/wetsvoorstellen/detail?cfg=wetsvoorsteldetails&qry=wetsvoorstel%3A35824) verplicht dat het uitwisselen van gegevens tussen zorgaanbieders elektronisch verloopt. Echter, het veilig uitwisselen van gegevens komt maar langzaam van de grond. Het programma [“Met Spoed beschikbaar”](https://metspoedbeschikbaar.nl/) helpt zorgverleners in de acute zorg met digitale uitwisseling van gegevens. Juist in de acute zorgketen is het cruciaal dat de juiste informatie snel uitgewisseld kan worden zodat de patiënt op de juiste manier en op de juiste plaats behandeld wordt. Dit vraagt om regionale samenwerking voor een goede en betrouwbare gegevensuitwisseling tussen acute zorgpartners op patiëntniveau.

In de acute zorg is op verschillende plekken gestart met pilots om gegevens uit te wisselen tussen de ambulance en seh[[15]](#footnote-15) en versnelde zorg door digitale samenwerking tussen huisartsenposten en seh. De informatiestandaard acute zorg is herzien en vanuit het programma worden coalities gezocht voor koploperprojecten. Dit zien we als goede eerste stappen, maar er is versnelling nodig om gegevens daadwerkelijk uit te wisselen in de hele acute zorgketen. Bijvoorbeeld door de gegevensuitwisseling in de acute zorg na het programma “Met spoed beschikbaar” te prioriteren op de meerjarenagenda van het programma Wegiz en tijdig te kijken naar de bekostiging van deze gegevensuitwisseling.

* 1. Conclusie

Op dit moment bestaat er geen landelijke verplichting voor zorgaanbieders om informatie over beschikbare bedden voor de in-, door-, en uitstroom van patiënten aan te leveren. Er bestaat wel een landelijke standaard voor het uitwisselen van informatie binnen de acute zorgketen[[16]](#footnote-16). Deze standaard heeft echter alleen betrekking op de uitwisseling van medische informatie. Informatie over de beschikbare capaciteit is hierin niet opgenomen. Om de zorgcoördinatie te verbeteren zou ook inzicht moeten bestaan in de beschikbare capaciteit en wachttijd. Dat geldt zowel bij in-, door- als uitstroom in de keten van acute zorg. Zorgaanbieders zouden middels aanpassing van wetgeving verplicht kunnen worden om ook deze informatie uit te wisselen. De aanlevering van gegevens zou dan rechtstreeks plaats moeten vinden aan de organisatie die de landelijke en regionale zorgcoördinatie verzorgt.

In navolging van dit advies gaat de NZa de mogelijkheid van een verplichting (en opnemen in de regelgeving) verder ontwikkelen. Samen met het LNAZ, aanbieders en verzekeraars kan worden onderzocht hoe deze landelijke verplichting tot gegevensuitwisseling kan worden vormgegeven. Te denken valt hierbij aan afbakening welke capaciteitsgegevens worden uitgewisseld, tussen welke partijen uitwisseling plaatsvindt, en welke ict-infrastructuur is benodigd. Tot slot is het de vraag welke partij de landelijke en regionale coördinatie hiervan op zich neemt. Dit zou mogelijk kunnen worden opgepakt door het LNAZ (landelijk) en ROAZ (regionaal), vanuit de opgedane ervaring met het LCPS.

1. Bekostiging van acute zorg op basis van beschikbaarheid

In het advies 'Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú' beschrijven wij al dat de huidige bekostiging van de acute zorg niet de juiste prikkels heeft om de organisatie van de acute zorg passend te maken. De bekostiging moet doelmatige keuzes en een doelmatige spreiding van acute zorgvoorzieningen ondersteunen op basis van zorginhoudelijke normen.

Een beschikbaarheidsbekostiging is een manier van bekostigen om een bepaalde capaciteit toegankelijkheid te houden, onafhankelijk van het aantal patiënten en de 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 tussen de kosten voor beschikbaarheid en eventuele verliezen door lage zorgvraag te dekken. Dit wijkt af van de prestatiebekostiging die voor veel onderdelen van de zorg de standaard is, waarbij de zorgaanbieder zonder productie ook geen inkomsten heeft en dus geen zorg kan blijven leveren.

Een bekostiging op basis van beschikbaarheid hangt vaak samen met vastgestelde normen over de beschikbaarheid van een zorgvoorziening. Bijvoorbeeld in de acute psychiatrische zorg, waar een patiënt binnen een bepaalde tijd beoordeeld moet worden (triagenorm: U2 binnen 1 uur, U3 binnen 4 uur, U4 binnen 24 uur). Om aan die norm te kunnen voldoen, moet een bepaalde capaciteit beschikbaar zijn, ook als er geen zorgvraag is. Een ander voorbeeld is de ambulancezorg waarin de norm van een aanrijtijd van 15 minuten bepaalt hoeveel ambulanceposten waar nodig zijn.

In dit hoofdstuk verkennen wij het belang van beschikbaarheidsbekostiging voor passende acute zorg en de randvoorwaarden voor deze bekostigingsvorm.

* 1. Huidige bekostiging van acute zorg

In de spoedzorgketen zien we dat veel schakels uit de keten reeds bekostigd worden op basis van beschikbaarheid, in verschillende vormen. Dit geldt voor o.a. de huisartsenposten, de regionale ambulancevoorzieningen (rav) en de ggz-crisisdienst (zie bijlage 2 voor een overzicht van de bekostigingsvormen in de acute zorg).

Binnen de acute zorgketen ontvangt de seh als uitzondering geen beschikbaarheidsbekostiging, maar is het onderdeel van de prestatiebekostiging binnen de medisch specialistische zorg. Tot 2012 was er via de budgetten van de ziekenhuizen wel een gedeeltelijke vaste vergoeding in de vorm van een vast bedrag per adherente inwoner voor de ziekenhuizen.

De huidige bekostiging van de seh van dbc-bekostiging stimuleert ketensamenwerking in de acute zorg niet. De huidige bekostiging bevat juist een productieprikkel en stimuleert niet om patiënten te verplaatsen naar de juiste plek. De zorgplicht voor een individuele zorgverzekeraar borgt ook geen integrale aanpak van de acute zorg, want hij is alleen verantwoordelijk voor zijn eigen verzekerden.

Een uitzondering van de prestatiebekostiging voor msz is de huidige beschikbaarheidbijdrage voor de seh van ziekenhuizen die gevoelig zijn voor de 45-minutennorm op basis van een analyse van het RIVM. Recent hebben wij een marktverstoringstoets voor de huidige beschikbaarheidbijdrage gedaan om te bepalen of er meer marktverstorende werking is bij bekostiging via prestaties en tarieven dan bij bekostiging via de beschikbaarheidbijdrage. In de marktverstoringstoets concluderen wij dat er bij bekostiging met prestaties en tarieven geen marktverstoring te verwachten is ten opzichte van de huidige beschikbaarheidbijdrage. Er is dus geen aanleiding voor een vergoeding via de huidige beschikbaarheidbijdrage. Bovendien verwachten we dat zorgverzekeraars hoe dan ook de spoedeisende hulp zullen blijven inkopen bij de ziekenhuizen, ook als de tarieven zullen stijgen vanwege het wegvallen van de huidige beschikbaarheidbijdrage. De zorgverzekeraars hebben immers zorgplicht voor hun verzekerden.

In onze gespreksronde gaven de gesprekspartners aan dat een beschikbaarheidsbekostiging het best passend is voor de beschikbaarheidsfunctie die de seh heeft. Ook gaven sommige gesprekspartners aan dat een integraal budget voor de acute zorg in de regio een mogelijke bekostigingsvorm is. In dit advies hebben we niet nader onderzocht of integrale bekostiging voor de gehele keten passend is. Een integrale beschikbaarheidsbekostiging voor de gehele keten is dermate complex dat hiervoor een afzonderlijke analyse noodzakelijk is.

* 1. Effecten beschikbaarheid vergoeden

Een beschikbaarheidsbekostiging biedt financiële zekerheid aan zorgaanbieders. Deze wijze van bekostigen compenseert een zorgaanbieder immers voor het verschil tussen de kosten van beschikbaarheid en de opbrengsten van de werkelijke zorgvraag. De uiteindelijke effecten van een beschikbaarheidsbekostiging zijn afhankelijk van welke vorm van beschikbaarheidsbekostiging geïmplementeerd wordt.

Een beschikbaarheidsbekostiging kan bijdragen aan een grotere doelmatigheid van zorg, maar dat effect zal zich naar verwachting alleen voordoen als die bekostiging wordt gekoppeld aan het optimaliseren van de spreiding van acute zorgvoorzieningen. Daarvoor moet echter sprake zijn van heldere criteria voor het aanwijzen van zorgaanbieders en/of een gedragen (wettelijk) kader om die spreiding te realiseren.

Door het verstrekken van een vaste beschikbaarheidsvergoeding kunnen partijen in de acute zorgketen goede afspraken maken over een optimale organisatie. Dit zou ook kunnen gaan om het vastleggen van (hogere) eisen aan de bezetting of organisatie van de zorg. Wanneer alle huidige locaties waar een seh is in aanmerking zouden komen voor een beschikbaarheidsbekostiging, zouden hogere kwaliteitseisen vervolgens leiden tot hogere kosten.

Het verstrekken van een beschikbaarheidsvergoeding zonder duidelijk normenkader vormt ook een prikkel om alle bestaande locaties in stand te houden, omdat het de financiële onzekerheid van de seh wegneemt. Dit stimuleert geen beweging naar een optimale organisatie van acute zorg met meer samenwerking.

Een beschikbaarheidsvergoeding is noch een noodzakelijke, noch een voldoende voorwaarde voor verbeteren van coördinatie en samenwerking tussen verschillende schakels in de spoedzorgketen. Maar als een beschikbaarheidsvergoeding de vaste kosten dekt, kunnen afspraken over het verplaatsen van zorg wel gemakkelijker (dat wil zeggen zonder angst voor verlies aan omzet) gemaakt worden. De macro financiële effecten van deze verandering hangen af van de hoogte van de beschikbaarheidsvergoeding, het aantal zorgaanbieders dat daarvoor in aanmerking komt en het volume dat verplaatst wordt.[[17]](#footnote-17)

Een mogelijkheid is om de beschikbaarheidsbekostiging door de overheid te laten vaststellen en vergoeden. Gevolg hiervan is dat zorgaanbieders, niet meer jaarlijks met de zorgverzekeraars hoeven te onderhandelen. Zorgverzekeraars hebben in zo’n overheidsmodel minder invloed dan nu; daar staan ook minder uitgaven tegenover. Als de uitvoering grotendeels bij de zorgverzekeraars komt te liggen krijgen ze juist een grotere verantwoordelijkheid voor het in stand houden van acute zorg. In zo’n zorgverzekeraarsmodel vervallen voordelen voor zorgaanbieders zoals het wegvallen van de onderhandelingen grotendeels weer.

* 1. Randvoorwaarden en risico’s beschikbaarheidsbekostiging

Om een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh in te kunnen voeren moet aan verschillende randvoorwaarden zijn voldaan. We benoemen hier de algemene randvoorwaarden en uitvoeringsconsequenties van de beschikbaarheidsbekostiging voor de seh (specifieke randvoorwaarden die afhangen van nadere invulling van de beschikbaarheidsbekostiging laten we hier buiten beschouwing).

*Wettelijk kader voor aanwijzing aanbieders*

Er is voor een beschikbaarheidsbekostiging door de overheid een wettelijk kader nodig 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.

*Afbakening van de beschikbaarheidsbekostiging*

Als er een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh komt naast de dbc’s, moet duidelijk worden afgebakend welke faciliteiten en functies onder deze bekostiging vallen en welke capaciteit (per locatie) nodig is voor deze functies. Op die manier moet duidelijk zijn wanneer de acute zorg eindigt en de vervolgzorg (en dus ook de vergoeding) begint.

*Dubbele bekostiging*

De medisch specialistische zorg kent nu geen specifieke prestaties voor acute zorg. Dat betekent dat de kosten van acute zorgvoorzieningen nu deel uitmaken van de prijzen en tarieven van alle zorgproducten (dbc’s en overige zorgproducten) die nu in rekening worden gebracht. Om dubbele bekostiging te voorkomen moeten die bij invoering van een aparte beschikbaarheidsbekostiging gecorrigeerd worden. Dit is een ingrijpende operatie voor zowel NZa als partijen zelf[[18]](#footnote-18).

*Risico’s beschikbaarheidsbekostiging*

Het risico van het vaststellen van een wettelijke kader is dat er politieke en maatschappelijke druk is op de beschikbaarheid van de acute zorg. Dit kan leiden tot juridisch bezwaar en beroep tegen de aanwijzing en de vergoeding. De politieke en maatschappelijke druk leiden er mogelijk toe dat meer locaties in de lucht worden gehouden dan nodig voor goede toegankelijkheid en kwaliteit van acute zorg. Mogelijk leidt dit dan tot onvoldoende veranderingen in de organisatie van acute zorg.

Het is aan de politiek om te bepalen wat de wenselijke organisatie van zorg is. Zoals eerder benoemd zien we dat verandering in de acute zorgketen voornamelijk ontstaat naar aanleiding van fusies of als de druk op de zorg in de regio onhoudbaar wordt. Dergelijke grote veranderingen komen anders nauwelijks tot stand. Nu inzetten op een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh biedt naar ons idee weinig uitzicht op de wenselijke veranderingen in de organisatie van acute zorg.

* 1. Vormgeving beschikbaarheidsbekostiging

Het bekostigen van beschikbaarheid kan op veel verschillende manieren worden vormgegeven. Deze modellen verschillen in de manier van financiering, bekostiging en wijze van organisatie. De financiering is de geldstroom naar de zorgaanbieder, maar die kan verschillen van de bekostiging. De bekostiging bepaalt hoeveel geld een zorgaanbieder kan krijgen voor het leveren van zorg. Wat de zorgaanbieder daadwerkelijk ontvangt, hangt bijvoorbeeld af van onderhandelingen met zorgverzekeraars.

*Bekostigingsmodellen*

Er zijn twee wijzen waarop een zorgaanbieder betaald kan worden voor het beschikbaar zijn en leveren van zorg; op basis van een vergoeding voor capaciteit of een bepaalde populatie. Bij de vergoeding voor capaciteit wordt een (normatieve) vergoeding voor een aan te wijzen of overeen te komen capaciteit bepaald. Dit model kennen we bijvoorbeeld bij de ambulancezorg. Dat kan gaan om de werkelijke capaciteit of een capaciteit bepaald aan de hand van bijvoorbeeld kwaliteitsnormen.

Bij een populatiebekostiging wordt een vast bedrag bijvoorbeeld per inwoner van het werkgebied van de aanbieder (seh) vergoed. Dit model wordt toegepast bij de huisartsenposten. Er zijn ook andere mogelijkheden om een populatie te definiëren, zoals patiëntgroepen of verzekerden bij een zorgverzekeraar.

*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 zorgaanbieder of uitvoerder per geleverde prestatie. Vervolgens kan een eventueel verschil tussen gedeclareerde omzet en vastgestelde vergoeding achteraf worden verrekend.

*Modellen voor aanwijzing en betaling*

Het is van belang dat bij het vaststellen van een bekostigingsmodel ook gekeken wordt naar de manier waarop vastgesteld wordt aan welke partij betaald wordt en de betaling vervolgens plaatsvindt. Een eerste manier is dat de aanwijzing en vergoeding wordt gedaan door de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars bepalen in overleg met zorgaanbieders wie in aanmerking komt voor een beschikbaarheidsvergoeding en onderhandelen over de hoogte van het budget. Hierbij coördineren zorgverzekeraars de inkoop van zorg, in plaats van individuele inkoop door elke zorgverzekeraar. Dit model kennen we o.a. bij de ggz crisisdienst en bij huisartsenposten.

Een tweede mogelijkheid is dat de aanwijzing en vergoeding door de overheid gebeurt. De huidige beschikbaarheidbijdragen zijn hiervan een voorbeeld, deze vormen een bestaande beschikbaarheidsvergoeding op basis van het besluit beschikbaarheidbijdragen Wmg. De NZa wijst bij de beschikbaarheidbijdrage een aanbieder aan en stelt de vergoeding vast. De daadwerkelijke betaling gebeurt vervolgens door het Zorginstituut Nederland op basis van beschikking van de NZa.

Een derde model is dat de overheid bepaalt welke zorgaanbieders in aanmerking komen om bepaalde vormen van zorg te leveren, maar de zorgverzekeraars hiervoor betalen. Deze vorm zien we terug bij de inkoop van ambulancezorg bij de regionale ambulancevoorzieningen.

* 1. Conclusie

In dit hoofdstuk hebben wij verkend wat de mogelijkheden zijn om de seh op basis van beschikbaarheid te bekostigen en welke randvoorwaarden hiervoor nodig zijn. Een doelmatigere organisatie van de acute zorg is randvoorwaardelijk voor de invoering van een beschikbaarheidsbekostiging. Om eerst die doelmatige organisatie van acute zorg te realiseren, is besluitvorming en uitvoering op de beschikbaarheid van seh’s nodig. Hiervoor moeten er criteria zijn om te bepalen welke locatie wel en welke niet voor een beschikbaarheidsbekostiging in aanmerking komt. Dit is randvoorwaardelijk voor een beschikbaarheidsbekostiging.

Omdat nog niet aan de randvoorwaarden is voldaan, zijn wij van mening dat een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh invoeren op dit moment nog niet passend is. Dit zou een aanpassing van de organisatie van de acute zorgketen in de weg zitten en zou kunnen leiden tot een toename van ondoelmatigheid. Zorgaanbieders hebben immers op basis van een beschikbaarheidsbekostiging minder prikkels die hen stimuleren tot verandering.

Wij zien invoering van een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh als wenselijk, mits aan de eerder genoemde randvoorwaarden wordt voldaan. Een experiment in één of meerdere regio’s met een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh zou wel een mogelijkheid zijn. Een dergelijk experiment kan dan ook meer inzicht geven in zowel de effecten als de problemen waar partijen tegen aan lopen bij het vormgeven van de afspraken. Wij gaan graag in overleg met het ministerie van VWS over de manier waarop zo’n experiment kan worden vormgegeven.

1. Verandering stimuleren

Om de acute zorg toekomstbestendig te maken en de beweging naar passende zorg te maken is verandering noodzakelijk. Knelpunten kunnen zeer urgent zijn, denk bijvoorbeeld aan een plotseling tekort aan een bepaald specialisme, waardoor bepaalde vormen van zorg per direct niet meer kunnen worden gegarandeerd. Anderzijds kan er ook sprake zijn van sluipende knelpunten. Een voorbeeld zijn de kleinere seh’s in de perifere regio, waar weinig instroom is en het lastig is voldoende personeel beschikbaar te hebben. De urgentie tot verandering is daar niet altijd aanwezig. Over een paar jaar is deze urgentie er mogelijk wel.

Tegenover de noodzaak om te veranderen staat dat veranderen in de zorgsector niet altijd de makkelijkste opgave is. In Nederland leeft een sterk historisch sentiment, waarbij een verandering in het zorgaanbod (zoals het verdwijnen van een plaatselijke seh) vaak veel zorgen oproept bij o.a. burgers en de lokale politiek. Hierbij zien we dat iedere burger zo dicht mogelijk bij een seh wil wonen. Tegelijkertijd wil elke patiënt vooral naar het juiste ziekenhuis om de beste zorg te ontvangen. Dit sentiment is begrijpelijk en speelt een grote rol in discussies over veranderingen in het zorglandschap.

Ook de Nederlandse poldercultuur maakt het bewerkstelligen van grote veranderingen complex. Dit wordt versterkt doordat de (acute) zorg is verdeeld in heel veel deelbelangen, waarbij zorgverzekeraars, ziekenhuizen, MSB’s, overige zorgaanbieders, lokale overheden, politiek, etc. allemaal hun eigen belangen hebben. Dit maakt verandering lastig en houdt vaak de status quo in stand. Zeker gezien deze deelbelangen regelmatig voortkomen uit conflicterende waarden (zoals kwaliteit versus betaalbaarheid). Zo benoemt RVS in haar rapport [‘Van deelbelangen naar gedeeld belang’](https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2020/06/17/van-deelbelangen-naar-gedeeld-belang) dat zorgaanbieders zich vanuit hun deelbelang vooral verbonden voelen met het narratief van medische kwaliteit en zorgverzekeraars vooral met het narratief van betaalbaarheid en efficiëntie.

Om de beweging naar passende zorg in de acute zorg te stimuleren is het binnen het huidige zorgstelsel de taak van veldpartijen om deze verandering tot stand te brengen. Het stimuleren van deze beweging vraagt om lef en leiderschap. Aanbieders van acute zorg komen binnen het ROAZ samen om afspraken met elkaar te maken over een goede organisatie van de acute zorg in de regio om de beschikbaarheid, bereikbaarheid en kwaliteit te optimaliseren. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken daarnaast onderling afspraken, maar een daadwerkelijke verandering in het zorglandschap komt moeizaam tot stand. Voor zorgaanbieders zit er een belang bij het behouden van acute zorg voor hun positie in het zorglandschap. Zorgverzekeraars lukt het moeizaam om pijnlijke veranderingen af te dwingen. Ook de lokale en landelijke politiek oefenen invloed uit op discussies over het reorganiseren van het zorglandschap. We zien echter dat wanneer de situatie in de zorgketen enorm knelt, ingrijpende beslissingen wel gemaakt kunnen worden. Voorbeeld hiervan is, zoals eerder benoemd, de transitie bij Treant Zorggroep.

* 1. Manieren om verandering te stimuleren

Passende zorg is voor de gehele (acute) zorgketen noodzakelijk. Hierbij zijn er verschillende instrumenten die we kunnen inzetten om verbeteringen in de organisatie van acute zorg te (laten) realiseren. Dit is een spectrum van stimuleren tot verplichten, van er gezamenlijk uitkomen tot doorzettingsmacht.

Het huidige stelsel biedt zorgaanbieders en zorgverzekeraars veel vrijheidsgraden om afspraken te maken over veranderingen, bijvoorbeeld in de contractafspraken die zorgverzekeraars met zorgaanbieders maken of in de prijsvorming. De effecten van deze afspraken tot verandering zijn afhankelijk van de gemaakte afspraken onderling. De huidige invloed van zorgverzekeraars leidt echter tot onvoldoende beweging in het acute zorglandschap. Wanneer je de vrijheidsgraden van de afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars wilt beperken, zal je de regulering van die markt moeten versterken via overheidsbeleid. Bij ingrijpende veranderingen in de bedrijfsvoering van organisaties als gevolg hiervan zijn overgangsregelingen of een eventuele nadeelcompensatie belangrijk, op grond van de beginselen van behoorlijk bestuur. Dergelijke maatregelen om de negatieve effecten van dat beleid weg te nemen worden in dit advies niet verder uitgewerkt.

* 1. Instrumenten om verandering te stimuleren

In bijlage 1 staat een overzicht uitgewerkt van welke verschillende mogelijkheden er zijn om de benodigde verandering naar passende zorg te stimuleren. Deze mogelijkheden om veranderingen te stimuleren gelden voor het hele zorglandschap, niet alleen voor de acute zorg. Een combinatie van verschillende manieren om verandering te stimuleren is ook mogelijk. In de sectie hierna gaan we verder in op de mogelijkheden die we specifiek voor de acute zorg zien om de verandering naar passende zorg te stimuleren.

* + 1. Financiële stimuleringsmaatregelen

*Bekostiging zorgcoördinatie functie*

Een mechanisme waarmee gestimuleerd wordt tot bewegen naar een passende organisatie van acute zorg is logischerwijs de manier waarop deze vorm van zorg bekostigd wordt. Betere coördinatie van de acute zorgketen is een noodzakelijke voorwaarde. Voor de acute zorg zien we, zoals eerder aangegeven, mogelijkheden voor betere coördinatie van de in-, door- en uitstroom van patiënten in de keten. Het (extra) vergoeden van de coördinatie van de stromen patiënten kan bijdragen aan een verminderde druk op de acute zorg. Een patiënt komt immers sneller op de juiste plek terecht. Of de coördinatiefunctie om een separate of aanvullende bekostiging vraagt, is op dit moment nog te vroeg om te stellen. Dat is onder andere afhankelijk van de resultaten van de pilots zorgcoördinatie, de ruimte die het veld ervaart in de huidige bekostiging en waar partijen tegenaan gaan lopen bij de inkoop en uitvoering.

*Vergoeden aanpassingskosten*

Het veranderen van de bestaande organisatie van de zorg, die voornamelijk historisch bepaald is, brengt ook bepaalde kosten met zich mee. Deze kosten ontstaan bijvoorbeeld als een zorgaanbieder zijn huidige capaciteit afbouwt of stopt met het aanbieden van een bepaalde vorm van zorg. Ook het concentreren van acute zorgvoorzieningen leidt tot aanpassingskosten. Om partijen te stimuleren beslissingen te nemen die bijdragen aan een meer passende organisatie van het acute zorgaanbod, ook als die voor hen niet voordelig zijn, is het wenselijk om de kosten die gemaakt worden voor deze aanpassingen te vergoeden. De mogelijkheid tot het verstrekken van saneringskosten staat beschreven in Wet toelating zorginstellingen (Wtzi[[19]](#footnote-19)). Daarnaast is het een mogelijkheid om de mate waarin zorgverzekeraars risico lopen over deze veranderingen beperken, door ze aan te merken als vaste kosten binnen de risicoverevening.

*Beschikbaarheidsbekostiging seh*

Een mogelijkheid om financiële prikkels voor de acute zorg te veranderen is het verstrekken van een beschikbaarheidsvergoeding voor de seh. Randvoorwaardelijk hiervoor is een doelmatigere organisatie van de acute zorg. Dit is verder uitgewerkt in hoofdstuk 5.

* + 1. Wet- en regelgeving

*Normenkader spreiding van acute zorgvoorzieningen*

Het is aan het ministerie van VWS om een helder en onderbouwd normenkader neer te zetten voor de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de benodigde acute zorgvoorzieningen: een set aan onderbouwde toegankelijkheidsnormen waar minimaal aan moet worden voldaan. Het ministerie van VWS kan door het stellen van zo’n normenkader zorgen dat er een andere spreiding of organisatie van acute zorg tot stand komt. Hiermee kan het ministerie van VWS de verandering naar een meer passende organisatie van het acute zorgaanbod (zoals beschreven in hoofdstuk 3) stimuleren.

*Verplichte informatie-uitwisseling*

Om de doorstroom van patiënten in de acute zorg te verbeteren, de kwaliteit van zorg te verbeteren en samenwerking tussen zorgaanbieders te vergroten, is informatie-uitwisseling essentieel. Op dit moment bestaat er geen landelijke verplichting voor zorgaanbieders om informatie over beschikbare bedden voor de in-, door-, en uitstroom van patiënten aan te leveren. Zorgaanbieders zouden middels aanpassing van wetgeving verplicht kunnen worden om ook deze informatie uit te wisselen. De aanlevering van gegevens zou dan rechtstreeks plaats moeten vinden aan de organisatie die de landelijke en regionale zorgcoördinatie verzorgt. In navolging van dit advies gaat de NZa de mogelijkheid van een verplichting (en opnemen in de regelgeving) verder verkennen. Samen met het LNAZ, aanbieders en verzekeraars kan worden onderzocht hoe deze landelijke verplichting tot gegevensuitwisseling kan worden vormgegeven.

* + 1. Doorzettingsmacht

Het is een mogelijkheid om één partij de verantwoordelijkheid te geven om in te grijpen of besluiten te nemen om de noodzakelijke verandering in de beweging naar passende zorg tot stand te brengen. Het gebrek aan een partij die met deze doorzettingsmacht verandering tot stand kan brengen, wordt door partijen benoemd als een van de zwakke punten van het huidige zorgstelsel.

Doorzettingsmacht kan theoretisch bij een publieke of een private partij worden belegd. De plek waar deze doorzettingsmacht wordt neergelegd heeft consequenties voor de manier waarop dit georganiseerd moet worden. Aangezien doorzettingsmacht een zorgbreed vraagstuk is, en doorzettingsmacht in de acute zorg niet los bezien kan worden van de overige zorg, gaan wij in dit advies niet verder in op de vraag hoe doorzettingsmacht het beste georganiseerd kan worden. Wel constateren wij dat meer doorzettingsmacht in de acute zorg wenselijk is; om noodzakelijk veranderingen in de acute zorg tot stand te brengen, ook als deze pijnlijke gevolgen hebben of partijen er samen niet uitkomen.

* 1. Conclusie

Om de acute zorg toekomstbestendig te maken en de beweging naar passende zorg te maken is verandering noodzakelijk. Tegenover de noodzaak om te veranderen staat dat veranderingen in de acute zorg vaak erg gevoelig liggen en lastig tot stand komen. Dit komt onder andere door een sterk historisch sentiment, onze poldercultuur en het feit dat de acute zorg is verdeeld in heel veel deelbelangen waarbij duidelijke regie ontbreekt.

Het huidige stelsel biedt zorgaanbieders en zorgverzekeraars veel vrijheidsgraden om afspraken te maken over veranderingen. De huidige regierol van zorgverzekeraars leidt echter tot onvoldoende beweging in het acute zorglandschap richting een passend zorgaanbod. Tot op heden lijken de verschillende veldpartijen geen overeenstemming te hebben over de richting van de verandering van de organisatie van acute zorg.

In dit hoofdstuk hebben we een aantal instrumenten benoemd om de verandering naar passende acute zorg te stimuleren. Tabel 1 geeft een overzicht van deze veranderingen, wat daarvoor nodig is en wie er aan zet is.

Tabel 1: Verandering naar passende acute zorg

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Verandering** | **Instrument** | **Wie is aan zet?** |
| Passend regionaal aanbod van acute zorgvoorzieningen | Publiek normenkader voor spreiding en bereikbaarheid van het acute zorgaanbod | Het ministerie van VWS |
| Passend regionaal aanbod van acute zorgvoorzieningen | Aanpassingskosten vergoeden via regeling (mogelijkheid beschreven in Wtzi) | VWS / College Sanering Zorginstellingen |
| Betere coördinatie van in-, door- en uitstroom in de acute zorgketen | Verplichte informatie-uitwisseling van capaciteitsgegevens tussen zorgaanbieders | NZa (verplichting), LNAZ/ROAZ(uitvoering) |
| Betere coördinatie van in-, door- en uitstroom in de acute zorgketen | *Afhankelijk van uitkomsten pilots zorgcoördinatie*: afbakening coördinatiefunctie, mogelijk separate bekostiging | NZa samen met veldpartijen |

Naast deze specifieke instrumenten concluderen we ook dat meer doorzettingsmacht in de acute zorg wenselijk is, met name op regionaal niveau; om noodzakelijke veranderingen in de acute zorg tot stand te brengen, ook als deze pijnlijke gevolgen hebben of partijen er samen niet uitkomen.

Bijlage 1. Manieren om verandering te stimuleren

**Manieren om verandering te stimuleren**

Passende zorg is voor de gehele (acute) zorgketen noodzakelijk. Hierbij zijn er verschillende instrumenten die we kunnen inzetten om verbeteringen in de organisatie van acute zorg te (laten) realiseren. Dit is een spectrum van stimuleren tot verplichten, van er gezamenlijk uitkomen tot doorzettingsmacht.

Het huidige stelsel biedt zorgaanbieders en zorgverzekeraars veel vrijheidsgraden om afspraken te maken over veranderingen, bijvoorbeeld in de contractafspraken die zorgverzekeraars met zorgaanbieders maken of in de prijsvorming. De effecten van deze afspraken tot verandering zijn afhankelijk van de gemaakte afspraken onderling. De huidige invloed van zorgverzekeraars leidt echter tot onvoldoende beweging in het acute zorglandschap. Wanneer je de vrijheidsgraden van de afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars wilt beperken, zal je de regulering van die markt moeten versterken via overheidsbeleid. Bij ingrijpende veranderingen in de bedrijfsvoering van organisaties als gevolg hiervan zijn overgangsregelingen of een eventuele nadeelcompensatie belangrijk, op grond van de beginselen van behoorlijk bestuur. Dergelijke maatregelen om de negatieve effecten van dat beleid weg te nemen worden in dit advies niet verder uitgewerkt.

Hieronder worden verschillende mogelijkheden uitgewerkt om de benodigde verandering naar passende zorg te stimuleren. Deze mogelijkheden om veranderingen te stimuleren gelden voor het hele zorglandschap, niet alleen voor de acute zorg. De mogelijkheden zijn in volgorde van de oplopende mate van interventie, ofwel aflopende vrijblijvendheid. Een combinatie van de instrumenten behoort ook tot de mogelijkheden. Een voorbeeld hiervan is het vertalen van onderdelen uit bestuurlijke akkoorden naar de wet- en regelgeving. De opgesomde mogelijkheden hebben uiteraard verschillende voor- en nadelen en verschillen in de mate waarin ze passen binnen het huidige zorgstelsel. Tot slot gaan we nog los in op de mogelijkheid van doorzettingsmacht.

**(Bestuurlijke) akkoorden en kaderovereenkomsten**

Sinds 2012 sluit de minister van VWS hoofdlijnakkoorden in o.a. de medisch-specialistische zorg. Deze bestuurlijke hoofdlijnakkoorden in diverse sectoren zijn een voorbeeld van een mogelijkheid om verandering te stimuleren. Een ander voorbeeld hiervan is het convenant van NZa met partijen over het experiment wijkverpleging. Het voordeel van deze manier van verandering stimuleren is dat er draagvlak is voor de verandering waar de partijen gezamenlijk aan werken. Een nadeel van deze manier is dat de afspraken niet juridisch afdwingbaar zijn voor individuele gevallen.

De Raad van Volksgezondheid en Samenleving (RVS) heeft in 2021 een advies uitgebracht over de hoofdlijnenakkoorden ([Opnieuw akkoord](https://www.raadrvs.nl/binaries/raadrvs/documenten/publicaties/2021/06/21/opnieuw-akkoord/Advies+Opnieuw+akkoord.pdf)). Daarin concluderen zij dat, zeker in de eerste jaren, hoofdlijnakkoorden hebben bijgedragen aan scherpere financiële afspraken tussen individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars, bijvoorbeeld in de vorm van omzetplafonds of aanneemsommen. Aan de hand van deze hoofdlijnakkoorden gingen brancheorganisaties met elkaar in gesprek over de aanpak van inhoudelijke vraagstukken. De RVS adviseert om niet opnieuw hoofdlijnakkoorden te sluiten over de financiële groeinorm, maar akkoorden meer gericht op de houdbaarheid van de zorg.

In de bestuurlijke akkoorden die de afgelopen jaren zijn gesloten, hebben bepaalde thema’s rond passende zorg al een deel uitgemaakt van deze akkoorden. Tot op heden hebben deze afspraken nog weinig effect gehad op de organisatie van het zorglandschap.

**Arbitrage**

Als partijen niet in staat zijn tot de gezamenlijk gewenste afspraken te komen, zou een partij als arbiter kunnen optreden om geschillen op te lossen. In 2016 hebben verschillende beroeps- en brancheorganisaties een convenant ondertekend waarmee een onafhankelijke geschilleninstantie is aangewezen om deze rol te spelen: het Nederlands Arbitrage Instituut. Het Nederland Arbitrage Instituut kan bij zorgcontractering op basis van mediation of arbitrage geschillen beslechten. Tot op heden wordt hier weinig gebruik van gemaakt.

**Financiële stimuleringsmaatregelen**

Er zijn verschillende vormen van financiële maatregelen die verandering kunnen stimuleren. Deze categorie van maatregelen wordt hieronder kort uitgewerkt.

1. *Aanpassingen in de bekostiging*

Een mechanisme waarmee gestimuleerd wordt tot bewegen naar een passende organisatie van acute zorg is logischerwijs de manier waarop deze vorm van zorg bekostigd wordt. Voor de acute zorg zien we, zoals eerder aangegeven, mogelijkheden voor betere coördinatie van de in-, door- en uitstroom van patiënten in de keten. Het (extra) vergoeden van de coördinatie van de stromen patiënten kan bijdragen aan een verminderde druk op de acute zorg. Een patiënt komt immers sneller op de juiste plek terecht.

Het implementeren van een andere bekostigingsvorm kan zorgen voor sterkere doelmatigheidsprikkels voor zorgaanbieders. Een voorbeeld waarmee je bepaalde prikkels voor de acute zorg kan veranderen is het verstrekken van een beschikbaarheidsvergoeding. Dit is verder uitgewerkt in hoofdstuk 5.

Een andere wijze waarop je de bekostiging verandering kan laten stimuleren is door middel van het invoeren van een bekostiging die rekening houdt met schaalgrootte. Dit kan door het vergoeden van een hoger tarief voor een grotere instelling (bijvoorbeeld op basis van capaciteit of aantal patiënten). Deze hogere vergoeding past in de zorg omdat een grotere schaalgrootte ook leidt tot complexere patiënten.

1. *Directe subsidie voor verbeteringen*

Het verstrekken van een subsidie om verbetering aan de acute zorgketen door te voeren kan ook partijen overhalen om een verandering toe te passen. Een uitdaging bij deze manier om verandering te stimuleren is dat het wel in overeenstemming moet zijn met de regels rondom staatsteun vanuit de Europese Unie.

1. *Vergoeden aanpassingskosten*

Het veranderen van de bestaande organisatie van de zorg, die voornamelijk historisch bepaald is, brengt ook bepaalde kosten met zich mee. Deze kosten ontstaan bijvoorbeeld als een zorgaanbieder zijn huidige capaciteit afbouwt of stopt met het aanbieden van een bepaalde vorm van zorg. Ook het concentreren van acute zorgvoorzieningen leidt tot aanpassingskosten. Om partijen te stimuleren deze beslissingen te nemen, ook als die voor hen niet voordelig zijn, is het een overweging de kosten die gemaakt worden voor deze aanpassingen te vergoeden. Een mogelijkheid hiervoor staat beschreven in Wet toelating zorginstellingen (Wtzi[[20]](#footnote-20)).

1. *Aanpassingen in de risicoverevening*

Om zorgverzekeraars te stimuleren veranderingen in de acute zorg tot stand te brengen, zou de risicoverevening aangepast kunnen worden om de financiële consequenties voor de acute zorg te beperken. Een mogelijkheid hiervoor is om de kosten die zorgverzekeraars maken voor de acute zorg op te nemen in de vaste kosten.

**Wet- en regelgeving**

Binnen het wettelijk kader van acute zorg kunnen ook veranderingen worden doorgevoerd, waardoor partijen in de acute zorgketen gedwongen worden aanpassingen te doen. Verschillende mogelijkheden daartoe worden hieronder verder uitwerkt.

1. *Opnemen nieuwe werkwijze en organisatie in kwaliteitsrichtlijnen*

Door het opnemen van nieuwe kwaliteitsdoelen en de organisatie van acute zorg in kwaliteitsrichtlijnen worden zorgaanbieders bewogen tot een verandering. Op deze manier worden zij verplicht om een verandering in de kwaliteit tot stand te brengen. Hierover kunnen zij dan ook afspraken maken met zorgverzekeraars.

Deze manier van verandering stimuleren zien we nu ook terug in de veranderingen die zorgaanbieders doorvoeren om te voldoen aan het recentelijk geïmplementeerde Kwaliteitskader Spoedzorgketen. We zien dat bepaalde seh’s veel veranderingen hebben moeten doorvoeren om te voldoen aan de nieuwe normen uit dit kwaliteitskader.

Een andere manier om verandering, bijvoorbeeld de concentratie van zorg, te stimuleren is het opnemen van volumenormen in richtlijnen.

1. *Aanpassen aanspraak (verzekerd pakket)*

Het basispakket is voor het grootste deel (90 procent) een open pakket. Dit betekent dat innovaties in de zorg makkelijk kunnen instromen. Dat moet zorg zijn die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en die zorgprofessionals plegen te bieden. Binnen het open pakket beoordeelt het Zorginstituut Nederland alleen in specifieke gevallen, bijvoorbeeld op verzoek van zorgverzekeraars, zorgaanbieders, VWS of op eigen initiatief, om te bepalen of specifieke interventies in het basispakket horen. Door de aanspraak aan te passen binnen het basispakket worden zorgaanbieders en zorgverzekeraars verplicht om andere afspraken te maken.

1. *Overheidsplanning van aanbod (regionale spreiding van voorzieningen)*

De overheid kan regie nemen door het aantal aanbieders of bepaalde zorgaanbieders aan te wijzen bepaalde vormen van zorg te leveren, of juist te stoppen met het leveren van bepaalde zorg. De overheid kan er daarbij voor kiezen om te sturen op de regionale spreiding van de acute zorgvoorzieningen. Voorheen vond dit plaats ten tijde van het bouwregime in de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) en de Wet ziekenhuisvoorzieningen (Wzv). De Wtzi kent nog steeds een bepaling rondom de planning en spreiding van zorgaanbieders.

De overheid kan ook door middel van het stellen van (nieuwe) normenkaders over bereikbaarheid zorgen dat een andere spreiding of organisatie van zorg tot stand komt. Hierin kan de overheid zelf een actieve rol spelen of dit in het veld tot stand laten komen.

Aanvullend hierop bestaat de mogelijkheid om bepaalde onderdelen van acute zorg aan te wijzen als dienst van algemeen belang (DAB) of dienst van algemeen economisch belang (DAEB). Een voorbeeld hiervan is dat bij de invoering van de nieuwe Wet ambulancevoorzieningen, de minister van VWS ambulancezorg heeft aangemerkt als een dienst van algemeen belang.

1. *Zorgplicht*

Zorgplicht is een ander mechanisme waarmee zorgverzekeraars gestimuleerd worden het zorgaanbod op een bepaalde wijze in te kopen. Het verder invullen van de zorgplicht van zorgverzekeraars dan het huidige zorgplicht kader, zou zorgverzekeraars meer houvast kunnen geven bij het stimuleren van bepaalde veranderingen in de inkoop. Een andere mogelijkheid is het instellen van een zorgplicht voor zorgaanbieders. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door (nadere) voorwaarden te verbinden aan de toelatingsvergunning voor zorgaanbieders.

1. *Aanwijzing*

De overheid kan er ook voor kiezen om bepaalde zorgverzekeraars aan te wijzen om bepaalde rollen of taken op te pakken. Daarmee wordt het huidige speelveld beperkter en kunnen zorgverzekeraars sterk sturen op bepaalde onderdelen.

**Overnemen uitvoering door (centrale) overheid**

Verandering tot stand brengen kan ook door de uitvoering of verantwoordelijkheid neer te leggen bij de overheid. Een voorbeeld hiervan in de zorg is de uitvoering van ambulancezorg, die vroeger in handen van de gemeenten was. De meldkamers voor ambulance, brandweer en politie worden nu nog steeds grotendeels betaald door de overheid.[[21]](#footnote-21)

Het nationaliseren (staatseigendom maken) van een zorgaanbieder of zorgverzekeraar kan ook een mogelijkheid zijn om de noodzakelijke veranderingen in een sector tot stand te brengen. Een voorbeeld is het nationaliseren van de inkoop van forensische zorg. Het ministerie van Veiligheid en Justitie draagt het uitgavenrisico en bewaakt het budget en de kwaliteit van de forensische zorg. Het ministerie van Veiligheid en Justitie heeft de uitvoering van forensische zorg belegd bij de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI). ForZo/JJI, een onderdeel van DJI, is verantwoordelijk voor de inkoop en financiering van forensische zorg.

**Doorzettingsmacht**

Het is een mogelijkheid om één partij de verantwoordelijkheid te geven om in te grijpen of besluiten te nemen om de noodzakelijke verandering in de beweging naar passende zorg tot stand te brengen. Het gebrek aan een partij die met deze doorzettingsmacht een verandering tot stand kan brengen, wordt door partijen benoemd als een van de zwakke punten van het huidige stelsel.

Doorzettingsmacht kan theoretisch bij een publieke of een private partij worden belegd. De plek waar deze doorzettingsmacht wordt neergelegd heeft consequenties voor de manier waarop dit georganiseerd moet worden.

Als een publieke partij wordt aanwezen voor doorzettingsmacht moet hier een wettelijk kader onder liggen. Dit beschermt private partijen tegen willekeur. Het vraagt een heel zorgvuldig handelen door de publieke partij. De publieke partij gaat dan zelf over naar aanbodsturing.

Indien een private partij doorzettingsmacht krijgt, moet dit gereguleerd gebeuren. Private doorzettingsmacht houdt immers in dat een partij voorwaarden of maatregelen (eenzijdig) kan opleggen aan een andere partij. In de zorg hebben zorgverzekeraars een verantwoordelijkheid toebedeeld gekregen, die tot uiting komt in de contractering. Maar zodra zij eenzijdig hun wil kunnen opleggen, is sprake van marktmacht die gereguleerd moet worden.

In beide gevallen leidt een keuze voor doorzettingsmacht tot een noodzakelijk juridisch kader waarbinnen die doorzettingsmacht vorm moet krijgen. Het doorvoeren van (grote) veranderingen in de organisatie van zorg of zorgaanbod heeft ingrijpende veranderingen in de bedrijfsvoering van private ondernemingen. Een schematische weergave hiervan staat hieronder.

Bepaalde vormen van doorzettingsmacht door de overheid zijn in bovenstaande lijst ook al benoemd, zoals de overheidsplanning van het aanbod of de aanwijzing.

Bijlage 2: 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 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 ‘kritieke’ seh | Subsidie (lumpsum) door overheid | Als de reguliere seh een vorm van beschikbaarheidsbekostiging krijgt, vervalt de noodzaak van een BB voor ‘kritieke’ seh |
| Acute verloskunde (regulier) | nee | n.v.t. | Verloskunde prestaties/ dbc’s | Experiment met integrale bekostiging |
| Acute verloskunde (BB Wmg) | ja | Genormeerde capaciteit, alleen ‘kritieke’ acute verloskunde | Subsidie (lumpsum) door overheid |  |
| Trauma (heli en MMT) (BB Wmg\*) | ja | Genormeerde capaciteit en vergoeding | Subsidie (lumpsum) door overheid |  |
| Crisis 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 gebruik  Vrij tarief terhandstelling (deelprestatie ANZ dienstverlening) | Verzekeraars wijzen dienstapotheek aan |
| Wijkverpleging (niet planbaar) | Nee, wel mogelijk | Systeemfuncties (prestaties) | Bedrag per prestatie of via uurtarief |  |

*\*BB Wmg = Beschikbaarheidbijdrage Wmg*

1. Uitzondering hierop is de huidige beschikbaarheidbijdrage voor ziekenhuizen die gevoelig zijn voor de 45-minutennorm volgens de analyse van het RIVM. [↑](#footnote-ref-1)
2. Zie [RVS](https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2020/06/17/van-deelbelangen-naar-gedeeld-belang), [Zorginstituut Nederland](https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2018/12/05/onderzoek-cascade-effecten-bij-concentratie-van-spoedzorg-in-beeld), [Gezondheidsraad](https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2020/09/22/45-minutennorm-in-de-spoedzorg) en de [houtskoolschets acute zorg](https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/07/03/houtskoolschets-acute-zorg) van het ministerie van VWS. [↑](#footnote-ref-2)
3. [Monitors acute zorg](https://magazines.nza.nl/nza-magazines/2021/01/monitor-acute-zorg) en het [onderzoek](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_527785_22/1/) naar de toegankelijkheid van de acute zorgketen en de zorgplicht van zorgverzekeraars daarin. [↑](#footnote-ref-3)
4. De NZa gaat onderzoek doen hoe patiënten kunnen worden geholpen om in te stromen in de juiste schakel van de acute zorgketen. [↑](#footnote-ref-4)
5. Bianca Buurman, [Van symptoombestrijding naar duurzame acute ouderenzorg](https://www.amc.nl/web/specialismen/geriatrie/acute-ouderenzorg/oratie-bianca-buurman.htm), Oratie, 2018. [↑](#footnote-ref-5)
6. Denk hierbij aan de geriatrische revalidatiezorg, eerstelijnsverblijf, apotheekzorg en wijkverpleging. [↑](#footnote-ref-6)
7. De autonome groei wordt beïnvloed door allerlei factoren, zoals sociaaleconomische en maatschappelijke factoren, beleid, invloed van (medische) technologie en organisatorische factoren. [↑](#footnote-ref-7)
8. Als een seh een stop afgeeft coördineert de meldkamer ambulancezorg dat ambulances indien mogelijk naar een andere seh rijden. De afspraak is dat wanneer er sprake is van echte spoed een ambulance altijd bij de seh terecht kan, ook als daar een seh-stop van kracht is. [↑](#footnote-ref-8)
9. Regionaal overleg acute zorg (ROAZ). [↑](#footnote-ref-9)
10. Een ‘gevoelig’ ziekenhuis is een ziekenhuis met een seh die in stand gehouden moet worden om (regionaal) te blijven voldoen aan de norm dat inwoners binnen 45 minuten een seh moeten kunnen bereiken. Bij het wegvallen van de betreffende seh zou een aantal inwoners langer dan 45 minuten moeten reizen. Vanwege deze gevoeligheid hebben deze ziekenhuizen recht op een subsidie van de overheid (een beschikbaarheidsbijdrage Wmg). [↑](#footnote-ref-10)
11. Zie voor welke gebieden een langere rijtijd tot de seh geldt de [Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2021 Analyse gevoelige ziekenhuizen](https://www.rivm.nl/sites/default/files/2021-07/Bereikbaarheidsanalyse%20SEHs%20en%20acute%20verloskunde%202021.pdf) (RIVM). [↑](#footnote-ref-11)
12. Cascade-effecten zijn de (onbedoelde) effecten die kunnen optreden in een ziekenhuis dat bepaalde spoedzorg (na concentratie) niet meer levert [↑](#footnote-ref-12)
13. [Monitors acute zorg](https://magazines.nza.nl/nza-magazines/2021/01/monitor-acute-zorg) en het [onderzoek](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_527785_22/1/) naar de toegankelijkheid van de acute zorgketen en de zorgplicht van zorgverzekeraars daarin. [↑](#footnote-ref-13)
14. Dit heeft de NZa in 2019 geconstateerd in haar [onderzoek](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_527785_22/1/) naar de toegankelijkheid van de acute zorg en de zorgplicht van zorgverzekeraars [↑](#footnote-ref-14)
15. [Tijdlijn | Ambulancezorg Nederland](https://www.ambulancezorg.nl/themas/kwaliteit-van-zorg/ketensamenwerking/digitale-gegevensuitwisseling/tijdlijn) [↑](#footnote-ref-15)
16. <https://www.nictiz.nl/standaardisatie/informatiestandaarden/acute-zorg> [↑](#footnote-ref-16)
17. Bij verplaatsen van (acute) zorg naar de eerste lijn speelt ook het mogelijke omzet verlies bij vervolgzorg een rol. Om die reden is een voorspelling over het netto effect op doelmatigheid niet te maken. [↑](#footnote-ref-17)
18. De NZa bepaalt de maximum tarieven op basis van door de aanbieders aangeleverde kostprijzen. Daarnaast moeten partijen in de vrije tarieven zelf de prijzen herzien. [↑](#footnote-ref-18)
19. <https://wetten.overheid.nl/BWBR0018906/2021-07-01#HoofdstukV_Artikel17> [↑](#footnote-ref-19)
20. <https://wetten.overheid.nl/BWBR0018906/2021-07-01#HoofdstukV_Artikel17> [↑](#footnote-ref-20)
21. <https://wetten.overheid.nl/BWBR0043532/2020-07-01> (Wijzigingswet meldkamers) [↑](#footnote-ref-21)