

**Advies**

# **Passende acute zorg**

***Maart 2022***



# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b>		<b>4</b>
<b>1</b>	<b>Aanleiding en doel van het advies</b>	<b>8</b>
1.1	Aanleiding	9
1.2	Doel en aanpak advies	9
1.3	Passende acute zorg	11
1.4	Leeswijzer advies	13
<b>2</b>	<b>Ontwikkelingen zorgvraag</b>	<b>14</b>
2.1	Inleiding	15
2.2	Patiëntenstromen in de acute zorg	15
2.3	Omvang van de zorgvraag	15
2.4	Typering zorgvraag acute zorg	16
2.5	Veranderende zorgvraag	17
<b>3</b>	<b>Organisatie en beschikbaarheid van acute zorg</b>	<b>19</b>
3.1	Inleiding	20
3.2	Probleemanalyse	20
3.2.1	Het ene moment druk, het andere moment rustig	20
3.2.2	Spreiding seh's en de 45-minutennorm	23
3.2.3	Beschikbaarheid personeel voor de seh	24
3.2.4	Arbeidsmarktproblematiek	24
3.3	Manieren om seh's anders te organiseren	25
3.4	Effecten van een andere organisatie van seh's op de acute zorgketen	28
3.5	Conclusie	29
<b>4</b>	<b>Coördinatie van in-, door- en uitstroom van acute zorg</b>	<b>31</b>
4.1	Inleiding	32
4.2	Probleemanalyse	32
4.3	Verbeteringen voor de coördinatie	33
4.3.1	Integrale triage/zorgcoördinatie	33

4.3.2	Verplichte informatie-uitwisseling	34
4.3.3	Met Spoed beschikbaar	35
4.4	Conclusie	35
<b>5</b>	<b>Bekostigen van acute zorg op basis van beschikbaarheid</b>	<b>37</b>
5.1	Beschikbaarheidsbekostiging	38
5.2	Huidige bekostiging van acute zorg	38
5.3	Effecten van vergoeden beschikbaarheid	40
5.4	Randvoorwaarden en risico's beschikbaarheidsbekostiging	41
5.5	Vormgeving beschikbaarheidsbekostiging	42
5.6	Conclusie	43
<b>6</b>	<b>Verandering stimuleren</b>	<b>44</b>
6.1	Toekomstbestendige acute zorg	45
6.2	Contractering van (acute) zorg	45
6.3	Instrumenten om verandering te stimuleren	46
6.3.1	Financiële stimuleringsmaatregelen	47
6.3.2	Wet- en regelgeving	47
6.3.3	Doorzettingsmacht	48
6.4	Conclusie	48
<b>Bijlage A. Geconsulteerde partijen</b>		<b>50</b>
<b>Bijlage B. Manieren om verandering te stimuleren</b>		<b>52</b>
<b>Bijlage C. Bekostigingsvormen in de acute zorg</b>		<b>58</b>

# 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](#) hebben wij aangegeven dat een vervolgadvis 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 passendere 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 een seh zo dicht mogelijk in de buurt wil hebben. Tegelijkertijd willen patiënten vooral naar het juiste ziekenhuis om de beste zorg te ontvangen. Dit gevoel is begrijpelijk en het speelt een grote rol in discussies over veranderingen in het zorglandschap. De werkelijkheid laat echter ook zien dat een passendere organisatie van acute zorg noodzakelijk is om de knelpunten nu en in de toekomst het hoofd te bieden.

Het doel van dit advies is om richting te geven aan de beweging van de huidige organisatie van de acute zorg naar een meer passende acute zorgketen. Hiervoor is op basis van een brede verkenning gekozen om een aantal thema's centraal te stellen die ons inziens randvoorwaardelijk zijn om binnen afzienbare tijd meer passende acute zorg te bewerkstelligen. Daarmee is dit advies geen integrale visie op de hele acute zorgketen, sommige thema's of onderdelen van acute zorg komen minder aan bod.

## ***Passende zorg***

De beweging naar passende zorg is een zorgbrede beweging, over de grenzen van acute zorg, electieve zorg en chronische zorg heen. Wij concentreren ons in dit advies op de acute zorg aan de hand van een aantal thema's. Het advies over de acute zorg maakt, als onderdeel van de beweging naar passende zorg voor het totale zorglandschap, deel uit van een integrale blik die nog nader wordt uitgewerkt. Ook daarin krijgen thema's als de aard van de zorgvraag, de spreiding van zorgvoorzieningen, een passende bekostiging en de manier waarop veranderingen tot stand kunnen komen een centrale plek.

## ***Leeswijzer advies***

Om het advies goed te plaatsen in de brede context van de beweging naar passende zorg is het belangrijk om hierbij een aantal punten te benoemen:

- *Passende zorg zet de patiënt centraal.* Dit advies focust op kansen voor een passende organisatie en bekostiging van de acute zorgketen. Het vertrekpunt hierbij is de burger, vanuit de centrale vraag welk passend aanbod van acute zorgvoorzieningen nodig is om de acute zorgvraag van de burger te beantwoorden en passende zorg te leveren. Uitgangspunt is dat de bereikbaarheid van acute zorg voor de patiënt, zoals gedefinieerd in de nieuwe normen, vooropstaat, met tegelijkertijd oog voor de betaalbaarheid. Dat betekent bijvoorbeeld dat regionaal aan de orde moet komen of alle beschikbare seh-capaciteit in stand moet blijven als de bereikbaarheid ook op een andere manier gegarandeerd kan worden. Concentratie van seh-zorg is geen doel op zich maar onderdeel van een herordering van de acute zorg op regionaal niveau.
- *Dit advies is een advies op hoofdlijnen over passende zorg voor de acute zorg.* Dit betekent dat een aantal stappen uit het advies nog nadere uitwerking vraagt. Graag gaan wij op basis van het advies met alle betrokken partijen aan de slag om hier vervolg aan te geven. Als dat

betekent dat de NZa kan helpen bij het ondersteunen van (regionale) besluitvorming op basis van meer precieze data, zien wij daartoe mogelijkheden.

- *Dit advies richt zich op een aantal centrale thema's voor passende acute zorg.* We beklemtonen enkele thema's die aan de orde moeten komen bij de aanpassing van de acute zorg. De daadwerkelijke verandering is iets dat regionaal tot stand moet komen. De acute zorg is een keten, waarbij wijzigingen bij de ene schakel gevolgen hebben voor de andere schakels. De lijn van het advies brengt ook gevolgen met zich mee voor schakels van de acute zorgketen die in het advies minder aan bod komen. Dit vraagt om een regionale invulling vanuit een integrale blik, daarbij geholpen door een nieuw normenkader voor beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorgvoorzieningen.
- *Acute zorg en overige zorg hebben een sterke samenhang.* Veranderingen in de acute zorg hebben ook een effect op de rest van het zorglandschap. Wat deze veranderingen betekenen voor het totale zorglandschap vraagt nadere uitwerking, zoals gezegd op regionaal niveau binnen een nieuw landelijk kader over normen en bekostiging. In dit advies kunnen we deze veranderingen dus niet op voorhand duiden, maar de uitwerking zal vanzelfsprekend deel uitmaken van het vervolgtraject.

## **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 twee jaar de zorg draaiende te houden. Door scherpe en lastige keuzes te maken, is het tot nu toe steeds gelukt om 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 onder druk staat. De huidige coronacrisis heeft duidelijk gemaakt dat veranderingen in het (acute) zorglandschap noodzakelijk zijn om deze robuuster te maken.

## **Hoofdpijn 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 korte termijn op bepaalde onderdelen aan te passen; waaronder een landelijk normenkader voor de beschikbaarheid en spreiding van acute zorgvoorzieningen, verdere stappen om de coördinatie van de in-, door- en uitstroom te verbeteren en daaropvolgend de bekostiging van de seh aan te passen. Dit advies gaat in op de volgende punten:

1. Ontwikkelingen in de zorgvraag;
2. Organisatie en beschikbaarheid van acute zorg;
3. Verbetering van de coördinatie van in-, door- en uitstroom van acute zorg;
4. Bekostiging van acute zorg op basis van beschikbaarheid;
5. Verandering stimuleren.

## **Ad 1. Zorgvraag**

De NZa heeft samen met het RIVM de verwachte 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. Zij hebben vaak een meervoudige zorgvraag. Daardoor verandert naast de omvang ook de aard van de 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.

## **Ad 2. Organisatie en beschikbaarheid van acute zorg**

Passende zorg vraagt om een doelmatige inzet van mensen en middelen. 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. 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 bijkomend probleem rond de benodigde beschikbaarheid van personeel is het huidige tekort aan zorgprofessionals. Dit geldt niet alleen voor perifere gebieden, maar ook voor de grote stad. Wij zien kansen voor een meer doelmatige en passendere 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.

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 huidige bereikbaarheidsnorm van 45 minuten zou moeten worden herzien. 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. Aan de hand van dit nieuwe normenkader is het aan regio's om een passende regionale acute zorgketen in te richten. Het is van belang om aandacht te hebben voor mogelijke cascade-effecten bij het realiseren van een passendere organisatie van zorg. Het anders organiseren heeft ontegenzeggelijk (financiële) gevolgen voor individuele zorgaanbieders. Het is belangrijk om hierover het gesprek te voeren en maatwerkafspraken te maken, bijvoorbeeld door afspraken te maken over de verdeling van zorg na de acute zorgfase. Het is van belang om in de regio een balans te vinden tussen de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg.

## **Ad 3. Coördinatie van in-, door- en uitstroom**

Door onvoldoende zicht op beschikbare capaciteit in de zorg stopt de patiëntstroom regelmatig en ontvangt een patiënt niet de juiste zorg op de juiste plek. De coördinatie van de in-, door- en uitstroom van de acute zorgketen kan beter. Integrale triage en medische gegevensuitwisselingen dragen hieraan bij. Om de zorgcoördinatie te verbeteren zou 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 regelgeving 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. 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.

## **Ad 4. 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<sup>1</sup>. Het bekostigen van beschikbaarheid kan meer financiële zekerheid bieden aan

---

<sup>1</sup> Uitzondering hierop is de huidige beschikbaarheidsbijdrage seh voor ziekenhuizen die gevoelig zijn voor de 45-minutennorm volgens de bereikbaarheidsanalyse van het RIVM.

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 leidt tot een doelmatiger zorgaanbod in de regio. Belangrijke randvoorwaarde voor de invoering van een bekostiging op basis van beschikbaarheid voor de seh is besluitvorming over het eerder genoemde normenkader over 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 bekostiging van beschikbaarheid voor de seh passend, mits aan de hierboven 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.

### **Ad 5. 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, en het feit dat de acute zorg is verdeeld in heel veel tegengestelde deelbelangen waarbij duidelijke regie ontbreekt.

In het advies hebben we een aantal instrumenten benoemd om de verandering naar passende acute zorg te stimuleren, zoals het vergoeden van aanpassingskosten (bij aanpassing van capaciteit van de seh) en het opstellen van een helder en onderbouwd normenkader voor de beschikbaarheid van acute zorgvoorzieningen. Tabel 1 geeft een overzicht van deze instrumenten voor veranderingen, aanvullend op de ruimte die veldpartijen hebben om onderling afspraken te maken. Ook beschrijft de tabel wat daarvoor nodig is en wie er aan zet is.

**Tabel 1: Verandering naar passende acute zorg**

<b>Verandering</b>	<b>Instrument</b>	<b>Wie is aan zet?</b>
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)	Het ministerie van VWS
Betere coördinatie van in-, door- en uitstroom in de acute zorgketen	Verplichte informatie-uitwisseling van capaciteitsgegevens tussen zorgaanbieders	NZa (verplichting verkennen), LNAZ/ROAZ (uitvoering)
Betere coördinatie van in-, door- en uitstroom in de acute zorgketen	<i>Afhankelijk van uitkomsten pilots zorgcoördinatie</i> : 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.

# **1 Aanleiding en doel van het advies**





## 1.1 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. 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](#). 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 vervolgadvis nodig is om meer zicht te krijgen op een passende organisatie en bekostiging voor de acute zorg.

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 burgers een seh in de directe nabijheid wensen. Tegelijkertijd willen patiënten vooral naar het juiste ziekenhuis om de beste zorg te ontvangen. Dit gevoel is begrijpelijk en het speelt een grote rol in discussies over veranderingen in het zorglandschap. De werkelijkheid laat echter ook zien dat een andere organisatie van acute zorg noodzakelijk is om de knelpunten nu en in de toekomst het hoofd te bieden.

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 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 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 uitdagingen kent. De huidige coronacrisis heeft duidelijk gemaakt dat veranderingen in het (acute) zorglandschap noodzakelijk zijn om deze robuuster te maken.

## 1.2 Doel en aanpak advies

Het doel van dit advies is om richting te geven aan de beweging van de huidige organisatie van de acute zorg naar een meer passende acute zorgketen. Hiervoor is op basis van een brede verkenning gekozen om een aantal thema's centraal te stellen die ons inziens randvoorwaardelijk zijn om binnen afzienbare tijd meer passende acute zorg te bewerkstelligen. Daarmee is dit advies geen integrale visie op de hele acute zorgketen, sommige thema's of onderdelen van acute zorg komen minder aan bod.

### **Passende zorg**

De beweging naar passende zorg is een zorgbrede beweging, over de grenzen van acute zorg, electieve zorg en chronische zorg heen. Wij concentreren ons in dit advies op de acute zorg aan de hand van een aantal thema's. Het advies over de acute zorg maakt, als onderdeel van de beweging naar passende zorg voor het totale zorglandschap, deel uit van een integrale blik die nog nader wordt

uitgewerkt. Ook daarin krijgen thema's als de aard van de zorgvraag, de spreiding van zorgvoorzieningen, een passende bekostiging en de manier waarop veranderingen tot stand kunnen komen een centrale plek.

### **Leeswijzer advies**

Om het advies goed te plaatsen in de brede context van de beweging naar passende zorg is het belangrijk om hierbij een aantal punten te benoemen:

- *Passende zorg zet de patiënt centraal.* Dit advies focust op kansen voor een passende organisatie en bekostiging van de acute zorgketen. Het vertrekpunt hierbij is de burger, vanuit de centrale vraag welk passend aanbod van acute zorgvoorzieningen nodig is om de acute zorgvraag van de burger te beantwoorden en passende zorg te leveren. Uitgangspunt is dat de bereikbaarheid van acute zorg voor de patiënt, zoals gedefinieerd in de nieuwe normen, vooropstaat, met tegelijkertijd oog voor de betaalbaarheid. Dat betekent bijvoorbeeld dat regionaal aan de orde moet komen of alle beschikbare seh-capaciteit in stand moet blijven als de bereikbaarheid ook op een andere manier gegarandeerd kan worden. Concentratie van seh-zorg is geen doel op zich maar onderdeel van een herordening van de acute zorg op regionaal niveau.
- *Dit advies is een advies op hoofdlijnen over passende zorg voor de acute zorg.* Dit betekent dat een aantal stappen uit het advies nog nadere uitwerking vraagt. Graag gaan wij op basis van het advies met alle betrokken partijen aan de slag om hier vervolg aan te geven. Als dat betekent dat de NZa kan helpen bij het ondersteunen van (regionale) besluitvorming op basis van meer precieze data, zien wij daartoe mogelijkheden.
- *Dit advies richt zich op een aantal centrale thema's voor passende acute zorg.* We beklemtonen enkele thema's die aan de orde moeten komen bij de aanpassing van de acute zorg. De daadwerkelijke verandering is iets dat regionaal tot stand moet komen. De acute zorg is een keten, waarbij wijzigingen bij de ene schakel gevolgen hebben voor de andere schakels. De lijn van het advies brengt ook gevolgen met zich mee voor schakels van de acute zorgketen die in het advies minder aan bod komen. Dit vraagt om een regionale invulling vanuit een integrale blik, daarbij geholpen door een nieuw normenkader voor beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorgvoorzieningen.
- *Acute zorg en overige zorg hebben een sterke samenhang.* Veranderingen in de acute zorg hebben ook een effect op de rest van het zorglandschap. Wat deze veranderingen betekenen voor het totale zorglandschap vraagt nadere uitwerking, zoals gezegd op regionaal niveau binnen een nieuw landelijk kader over normen en bekostiging. In dit advies kunnen we deze veranderingen dus niet op voorhand duiden, maar de uitwerking zal vanzelfsprekend deel uitmaken van het vervolgtraject.

### **Aanpak**

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 die gemaakt zijn 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 patiëntenstromen in de acute zorg, de afstemming van de zorgvraag en het zorgaanbod en de mogelijkheden voor passende bekostiging. Hierbij gaan we ook in op kansen die de NZa ziet voor de organisatie en beschikbaarheid van de acute zorg. Voor het bieden van passende acute zorg aan de groeiende groep ouderen is samenwerking tussen de hele zorgketen van

belang. Hierbij speelt ook de vvt-sector<sup>2</sup> een belangrijke rol, deze sector komt in het advies minder aan bod. We gaan in dit advies niet expliciet in op de acute verloskunde, de farmaceutische spoedzorg en de acute psychiatrie. Over de acute psychiatrie brengt de NZa in de eerste helft van 2022 een evaluatie uit van de huidige beschikbaarheidsbekostiging, die per 2020 is ingevoerd.

## 1.3 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 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.<sup>3</sup> Bovendien monitoren wij sinds 2017 de acute zorgketen, waarbij 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](#).

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 terecht kunnen en op elk moment: als het kan dicht bij huis, en als dat vanwege de kwaliteit van zorg 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 op landelijk niveau onvoldoende (aantal geopende seh's ten opzichte van de instroom van het aantal patiënten).
- Er zijn ziekenhuizen die met name in de nacht een bijzonder laag aantal patiënten zien op de seh, maar waar wel een minimale seh-bezetting en volledige achterwacht van medische staf en ondersteunende diensten paraat moet staan. Dit is niet doelmatig en vormt tevens een risico voor de kwaliteit (bekwaamheid personeel) omdat bepaalde zorgvragen zich onvoldoende presenteren op deze 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 (ANW).
- De spreiding in het aanbod van acute zorg is vooral 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

---

<sup>2</sup> Vvt staat voor Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg.

<sup>3</sup> Zie [RVS](#), [Zorginstituut Nederland](#), [Gezondheidsraad](#) en de [houtschoolschets acute zorg](#) van het ministerie van VWS.

(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. Dit geldt ook voor de schakels uit de acute zorgketen, zoals de seh of de huisartsenpost (hap). We zien knelpunten in de coördinatie van doorstroom naar passende (vervolg)zorg. Uit onderzoeken van de NZa<sup>4</sup> 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 is 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.<sup>5</sup> 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.

#### ***Acute ouderenzorg***

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 één 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.<sup>6</sup> De vervolgzorg speelt een belangrijke rol in het ontlasten van de acute zorgketen.

<sup>4</sup> [Monitors acute zorg](#) en het [onderzoek](#) naar de toegankelijkheid van de acute zorgketen en de zorgplicht van zorgverzekeraars daarin.

<sup>5</sup> De NZa gaat onderzoek doen hoe patiënten kunnen worden geholpen om in te stromen in de juiste schakel van de acute zorgketen.

<sup>6</sup> Bianca Buurman, [Van symptoombestrijding naar duurzame acute ouderenzorg](#), Oratie, 2018.

## 1.4 Leeswijzer advies

De rest van dit advies bestaat uit 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 beschikbaarheidsbesteding voor acute zorg. Tot slot beschrijft hoofdstuk 6 hoe we de geschetste veranderingen naar meer passende acute zorg kunnen stimuleren.

# 2 Ontwikkelingen zorgvraag



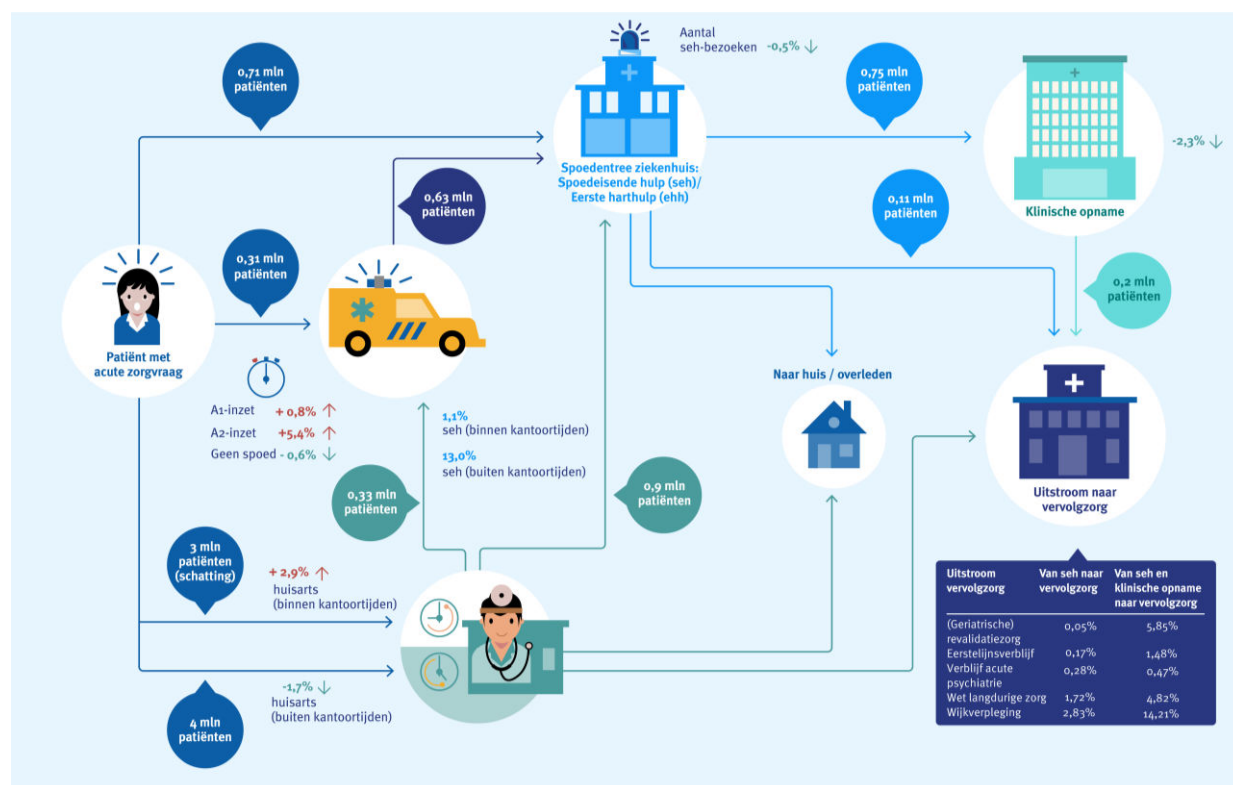
## 2.1 Inleiding

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.

## 2.2 Patiëntenstromen in de acute zorg

Om maat en getal te geven aan de zorgvraag binnen de acute zorgketen kijkt de NZa voor haar monitors acute zorg naar de patiëntenstromen in de acute zorg. Onderstaande figuur uit de monitor acute zorg 2020 geeft het overzicht van deze patiëntenstromen weer, voor de periode 2018-2019.

**Figuur 1: Patiëntenstromen in de acute zorg (periode 2018-2019)**



Bron: Monitor acute zorg 2020

## 2.3 Omvang van de zorgvraag

De NZa heeft samen met het RIVM de verwachte ontwikkeling in de omvang van de zorgvraag tot en met 2030 in kaart gebracht. We verwachten 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. Analyses uit de [monitor acute zorg 2020](#) laten zien dat over de jaren 2015-

2019 het aantal patiënten bij de huisartsen en bij de ambulancezorg is toegenomen (vooral A2-inzetten<sup>7</sup>). Het aantal seh-bezoeken daalt, maar die daling vlakkt wel af.

**Tabel 2: Procentuele groei per zorggebruik per zorgvorm over de periode 2019-2030**

	% groei op basis van demografische ontwikkelingen	% groei op basis van demografische ontwikkelingen en autonome groei <sup>8</sup>	% 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 per regio 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.

## 2.4 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](#). 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 die wij hebben gevoerd met zorgverzekeraars en brancheorganisaties van zorgaanbieders geven zij aan dat een groot deel van de kwetsbare ouderen die terechtkomen op de seh, niet in het ziekenhuis behandeld hoeven te worden.

De [LTR factsheet Acute ziekenhuisopnames voor oudere patiënten](#) van het LNAZ laat echter 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 op de seh in Nederland meer dan één keer per jaar op de seh. Dit noemen we 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

<sup>7</sup> Voor een toelichting over de categorie-indeling van ambulanceritten, zie [Uniform Begrippenkader Ambulancezorg](#)

<sup>8</sup> De autonome groei wordt beïnvloed door allerlei factoren, zoals sociaaleconomische en maatschappelijke factoren, beleid, invloed van (medische) technologie en organisatorische factoren.



geldt dit voor een kwart van de seh-bezoeken. In de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder is ongeveer de helft van alle seh-bezoeken door terugkerende patiënten.

Uit de [monitor palliatieve zorg](#) 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 vraag naar palliatieve zorg ligt dit percentage op ruim 36%.

## 2.5 Veranderende zorgvraag

Naast de ontwikkeling in acute zorgvraag door demografische ontwikkelingen weten we dat ook 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 patiëntenstroom acute zorg***

Patiënten stromen niet altijd in op de juiste plek in de acute zorgketen 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 al is daar soms geen medische noodzaak voor. 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 in de acute zorg. Dit vraagt een investering in de reguliere zorg, om de capaciteit te hebben voor telemonitoring en beschikbaarheid voor eventuele interventies. Wij zijn van mening dat in de implementatie en opschaling van preventieve interventies (zoals valpreventie) nog flinke stappen kunnen worden gezet. Dit vraagt om regionale samenwerking en 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 voorafgaand 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 *thisarts.nl*. Er zijn veel verschillende voorbeelden waarbij digitale zorg wordt ingezet in de acute zorgketen, waardoor de instroom van acute zorg verandert. 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 daarvan effectief bijdraagt aan passende zorg.

# **3 Organisatie en beschikbaarheid van acute zorg**



## 3.1 Inleiding

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.

## 3.2 Probleemanalyse

Binnen de acute zorg zien we dat het op bepaalde momenten heel druk is en op andere momenten heel rustig. Er zijn problemen met de afstemming tussen de vraag naar acute zorg en het beschikbare aanbod. Op rustige seh's dient een volwaardig team van professionals en apparatuur beschikbaar te zijn, zelfs als er 's nachts geen of erg weinig patiënten komen. Het op peil houden van voorzieningen op en rond de seh zorgen in toenemende mate voor knelpunten. Tegelijkertijd zien wij dat er 's nachts meerdere seh's zijn geopend in een regio of stad. Dit zet de doelmatigheid onder druk. In deze paragraaf lichten we deze verschillende knelpunten verder toe.

### 3.2.1 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. 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.

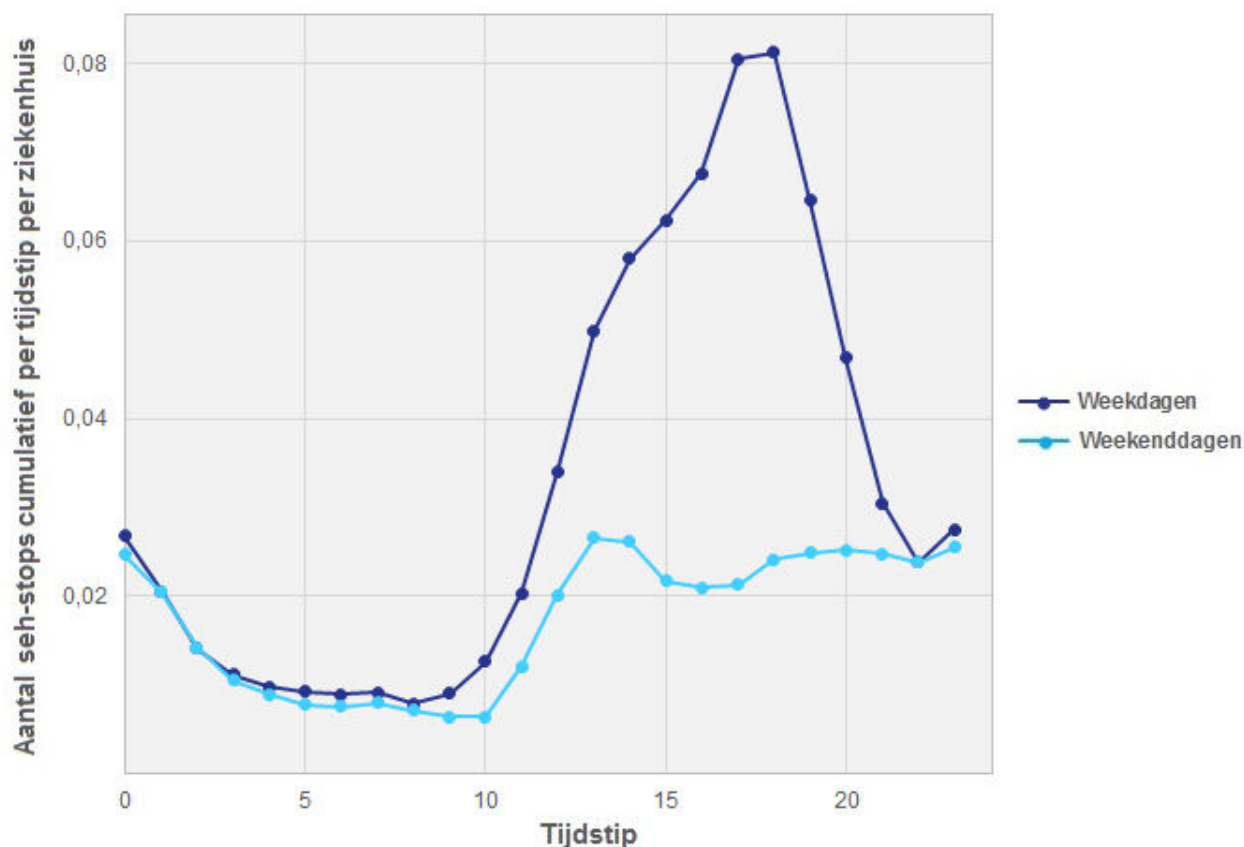
Voor de monitor acute zorg 2020 hebben wij gekeken naar de tijdstippen waarop een seh-stop wordt afgegeven, op basis van de data van de vier ROAZ<sup>9</sup>-regio's die gebruik maken van het acute zorgportaal. Figuur 2 laat op basis van de data<sup>10</sup> over periode 2016-2019 zien dat de seh het doordeweeks in de loop van de dag steeds drukker krijgt, met een piek in de namiddag, bijvoorbeeld doordat huisartsen na visites in de middag patiënten insturen. 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 0,08 stops per ziekenhuis per week op het piekmoment (weekdag rond 17.00 uur).

---

<sup>9</sup> Regionaal overleg acute zorg (ROAZ).

<sup>10</sup> Data van 3 ROAZ-regio's, sinds 2018 ontvangt de NZa de data over seh-stops ook van een vierde ROAZ-regio.

**Figuur 2: Aantal seh-stops (cumulatief) per ziekenhuis en tijdstip, weekdays en weekenddagen, periode 2016-2019**

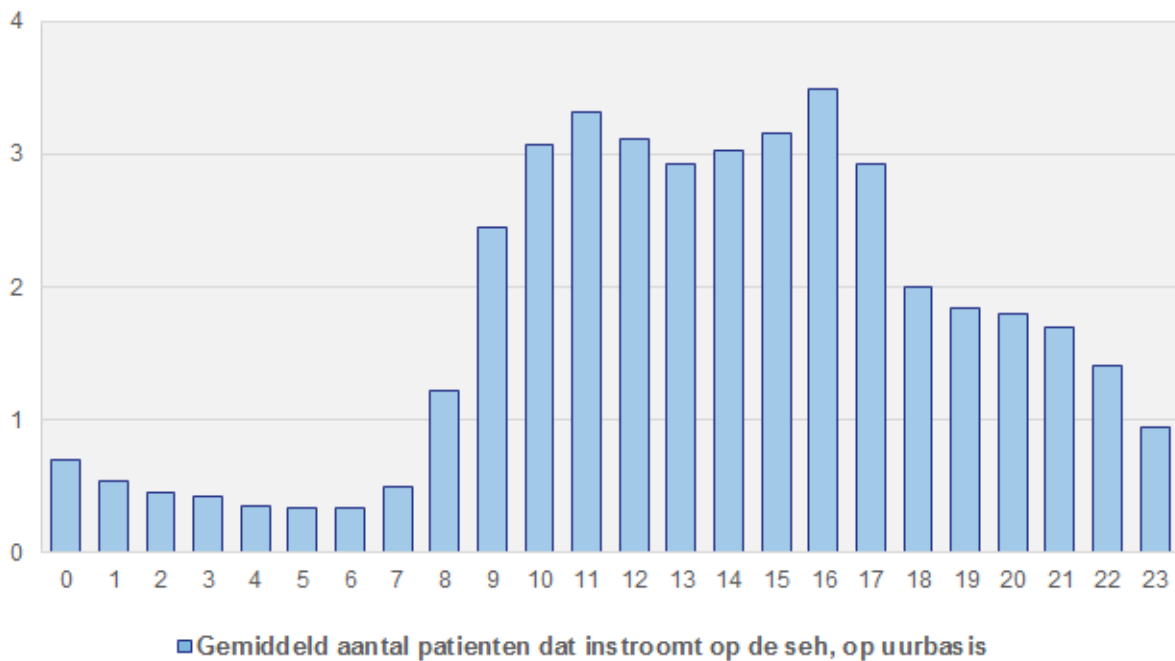


Bron: NZa, *uitvraag seh-stops van ROAZ-regio's*

Naast piekdrukke, bijvoorbeeld doordat huisartsen na visites in de middag patiënten insturen, weten we ook dat het in de acute zorg op bepaalde momenten erg rustig is. Figuur 3 toont het beeld dat de instroom van patiënten op de seh in de avond afneemt en met name in de nacht laag is. Het figuur toont de gemiddelde instroom van patiënten op de seh op uurbasis, bij 10 ziekenhuizen die aangemerkt zijn als een gevoelig ziekenhuis. De werkelijke pieken en dalen kunnen in de praktijk afwijken van de gemiddelde instroom die het figuur weergeeft, omdat het op sommige momenten of dagen in de week wat drukker of juist rustiger is. Ook kan het aantal patiënten dat daadwerkelijk op de seh aanwezig is afwijken van de gemiddelde instroom, omdat de ene patiënt snel wordt geholpen, terwijl de ander lang op de seh blijft.

De analyse van de instroom aan patiënten op de seh hebben wij niet voor alle ziekenhuizen kunnen maken, omdat we niet over de data van de instroom aan patiënten per uur op de seh beschikken voor alle ziekenhuizen. We verwachten wel een vergelijkbare golfbeweging in het aantal patiënten te zien bij andere ziekenhuizen (overdag drukker, 's nachts rustiger).

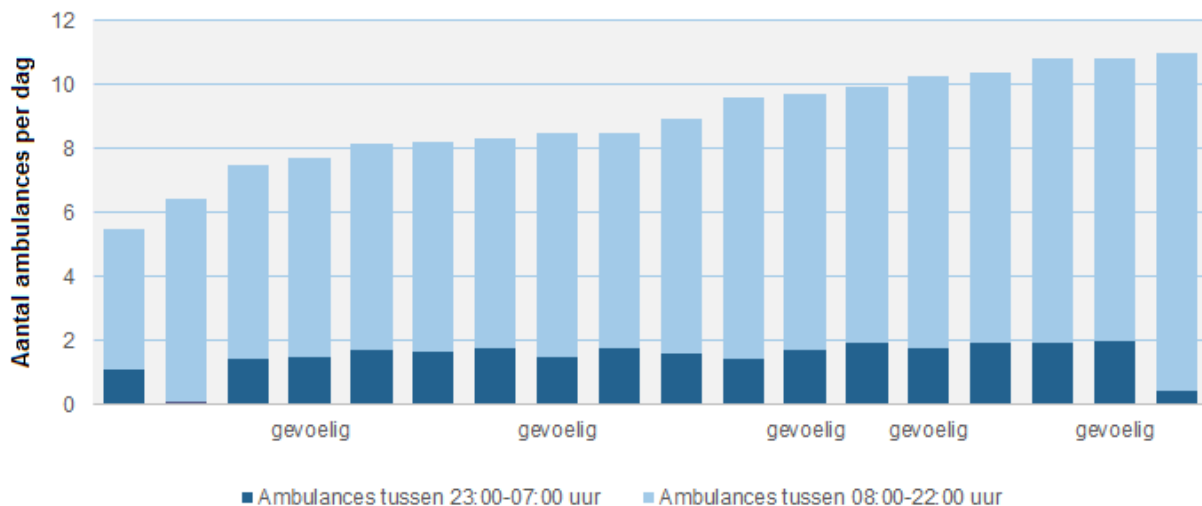
**Figuur 3: Gemiddelde instroom van patiënten per uur op de seh, gebaseerd op 10 van de gevoelige ziekenhuizen die de beschikbaarheidsbijdrage seh ontvangen (jaar 2019)**



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

Om het patroon van instroom op de seh (overdag druk en in de nacht rustiger) verder te onderbouwen, hebben we de ambulanceritten van de 20 seh's met laagste instroom aan patiënten via de ambulance onderzocht, zie figuur 4 hieronder (data van jaar 2019). De patiënten die niet door een ambulance zijn vervoerd (zoals bijvoorbeeld zelfverwijzers of doorverwijzingen vanuit de huisartsenpost, in totaal ongeveer 70% van de patiënten), zijn niet opgenomen in deze analyse.

**Figuur 4: Gemiddeld aantal ambulances per seh per dag, op de 20 seh's met laagste instroom van patiënten via de ambulance (op jaarbasis)**



Bron: NZa (op basis van Vektis data en RIVM dataset ambulanceritten, jaar 2019)

Figuur 4 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 het minste aantal patiënten via ambulance ontvangen zijn er 5 gevoelig voor de 45-minutennorm. De andere seh's zijn niet gevoelig

voor deze norm, hetgeen betekent dat zij op basis van de 45-minutennorm hun seh (gedeeltelijk) zouden mogen sluiten. De inwoners in het adherentiegebied (verzorgingsgebied van een ziekenhuis) kunnen immers op dit moment binnen de huidige 45-minutennorm 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. Ten eerste wordt er 's nachts uiteraard een veel lager beroep op de acute zorg 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<sup>11</sup>).

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 verschillende grote steden zijn er 's nachts op relatief korte afstanden meerdere seh's open. Het is de vraag of het voor de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg, mede gezien de lage patiëntaantallen, noodzakelijk is dat deze seh's allemaal 24/7 open zijn.

### 3.2.2 Spreiding seh's en de 45-minutennorm

Nederland telt in 2021 82 ziekenhuislocaties met een seh, waarvan er 80 een 24/7 openstelling kennen. Twee locaties zijn enkel overdag geopend (bron: RIVM). Een ziekenhuis zou in principe zijn seh kunnen sluiten als het dit nodig acht, hierbij dient wel rekening gehouden te worden met de 45-minutennorm.

#### **45-minutennorm**

Nederland kent een door de overheid wettelijk vastgelegde norm voor de spreiding en beschikbaarheid van acute zorg in ziekenhuizen. Conform deze norm mogen ziekenhuizen hun seh niet sluiten als daardoor het aantal inwoners in Nederland, dat in spoedgevallen er langer dan 45 minuten over doet om per ambulance een seh te bereiken, toeneemt ten opzichte van de bestaande situatie. Het RIVM bepaalt op basis van haar bereikbaarheidsanalyse welke ziekenhuizen gevoelig zijn voor deze 45-minutennorm. Ziekenhuizen die gevoelig zijn voor de 45-minutennorm kunnen in aanmerking komen voor een 'beschikbaarheidsbijdrage spoedeisende hulp'. De instellingen die deze subsidie ontvangen zijn gevestigd in de periferie, en kennen vaak lage bezoekersaantallen in de nacht (zie figuur 3).

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

<sup>11</sup> Cerebro Vasculair Accident, een beroerte.

Zoals reeds beschreven in onze [visie op de acute zorg van oktober 2020](#) is het van belang dat er een normenkader voor de toegankelijkheid van acute zorgvoorzieningen komt dat gebaseerd is op een medisch-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. Hierbij is een belangrijk uitgangspunt dat de zorg dichtbij de patiënt wordt georganiseerd als het kan en ver weg als het moet.

### 3.2.3 Beschikbaarheid personeel voor de seh

Het hebben van een 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 één basisarts met minimaal één jaar werkervaring in een poortfunctie en één seh-verpleegkundige aanwezig te zijn. In de praktijk voldoet dit vaak niet om aan de zorgvraag te kunnen voldoen en zijn er meerdere artsen en verpleegkundigen aanwezig. Ten tweede moet een ziekenhuis met een volwaardige seh een beroep kunnen doen op een intensive care (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 ziekenhuispersoneel 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, zowel tussen ziekenhuizen als afhankelijk van het uur van de dag. Gesprekken met vertegenwoordigers uit de acute zorg geven ons het beeld dat de bezetting, voorzieningen en daarmee de kwaliteit per seh verschilt. Zo hebben kleine ziekenhuizen soms moeite om te voldoen aan de minimumnormen uit het Kwaliteitskader Spoedzorgketen, terwijl de grotere ziekenhuizen doorgaans een beter bezette 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 de op dit moment geldende 45-minutennorm bereikbaar zijn. Daarbij wordt vooral ingezet op het optimaliseren binnen de eigen organisatie (micro doelmatigheid) en minder op optimalisatie in de regio (macro doelmatigheid).

### 3.2.4 Arbeidsmarktproblematiek

De normen die het Kwaliteitskader Spoedzorgketen stelt, zijn door het tekort aan zorgprofessionals lastig te halen. De kleinere ziekenhuizen in de perifere regio's hebben vaker moeite om aan deze normen te voldoen dan (grote) ziekenhuizen in de stedelijke gebieden. Afgezien van het vraagstuk of een ruime bezetting gedurende rustige momenten doelmatig of wenselijk is, vormt het huidige tekort aan zorgprofessionals 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 vervolgens tot uitval en toenemende druk op de resterende medewerkers.

Knelpunten in de personele bezetting 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 afdelingen zoals de ic, het reanimatieteam, anesthesie, radiologie, etc. regelmatig een probleem, zo blijkt uit de gesprekken die we voor dit advies voerden. 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 van patiënten op de seh 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 handelingen worden uitgevoerd.

## **3.3 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 het aantal patiënten dat zich per nacht presenteert op '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. Een andere organisatie kan ook bijdragen aan verbetering van de arbeidsomstandigheden waardoor het werken op en rond de seh aantrekkelijk kan blijven.

Ook zien we kansen voor een doelmatigere organisatie van de nachtelijke uren, waarin er fors lagere instroom van patiënten op de seh is. Het invullen van de nachtdiensten 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 allerm minst wenselijk is vanwege toegankelijkheid. Het vraagstuk of concentratie *nodig én mogelijk* is verschilt van regio tot regio en blijft daarmee maatwerk. Mogelijke manieren hiervoor zijn:

### **1. Seh definitief sluiten**

Meerdere ziekenhuizen werken samen en concentreren hun seh's op één of meerdere locaties. Dit vereist veel inzicht in patiëntenstromen en overleg met ketenpartners.

#### **Praktijkcasus – Treant zorggroep**

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 krappe 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 9.000 patiënten op jaarbasis. In de nacht kwam er op die seh's gemiddeld ongeveer één patiënt (spreiding 0-3). Voor deze sporadische patiënten was er per locatie een complete dienstenstructuur van alle specialismen, 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 laagcomplexere 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 zoals 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 één 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.

## 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 terecht kunnen met minder complexe hulpvragen. Voor complexere spoedeisende zorg kunnen zij - binnen de normtijd - terecht bij seh's in de buurt.

### Praktijkcasus – Ziekenhuis St. Jansdal

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](#) 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 22:30 uur is geopend. Voor de complexere spoedzorg kunnen patiënten nu binnen 45 minuten ondergebracht worden bij onder andere de seh's in Harderwijk en Almere. Deze seh's kenden daardoor in 2019 een stijging in toestroom van patiënten van 22% (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.

### 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 centrale 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 twee of meerdere oude locaties vervangen.

Deze manier van veranderen van de acute zorg is een kostbare optie, omdat dit nieuwbouw vereist en mogelijke ook versnelde afschrijving van bestaand vastgoed. Bij de overweging om nieuwbouw te plegen 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.

#### Praktijkvoorbeeld – Transformatie van het Deense zorglandschap

Tegen de achtergrond van een stijgende zorgvraag door toenemende chronische ziektes is in Denemarken in 2021 een programma gestart dat structurele aanpassingen in de organisatie van de zorg moet opleveren. Kern hiervan is een hervorming waarbij de ziekenhuissector integraal onderdeel van een samenhangend zorgstelsel is.

Het meest in het oog springende onderdeel van dit '[Super Hospital Programme](#)' (SHP) is een vergaande concentratie van het aantal ziekenhuizen met een spoedeisende hulpafdeling, van 40 naar 21. Uitgangspunt is dat patiënten zo min mogelijk tijd in een ziekenhuis moeten doorbrengen. Ziekenhuizen richten zich op hoog-specialistische zorg. Alle ziekenhuizen worden in staat gesteld alle complexe zorg te leveren. Dit betekent dat sommige ziekenhuizen worden uitgebreid en zelfs zeven nieuwe ziekenhuizen op andere locaties worden gebouwd. Ook sluiten bepaalde plaatselijke ziekenhuizen. Deze transitie naar minder ziekenhuizen vraagt ook om betere afstemming tussen eerste en tweede lijn, wat onderdeel van dit SHP-programma is. In Denemarken is hiermee gekozen om kwaliteit nadrukkelijk boven bereikbaarheid te stellen: langere reistijden naar ziekenhuizen worden geaccepteerd.

Deze grote verandering wordt uitgevoerd als een nationaal plan, met een belangrijke rol voor de centrale overheid. Normaal gesproken vindt de uitvoering van de volksverzekering plaats in de regio, waarmee zij ook verantwoordelijk zijn voor bouw van ziekenhuizen. Het sluiten van lokale ziekenhuizen vergde lastige beslissingen op regionaal niveau. Die beslissingen werden uiteindelijk mede genomen omdat regionaal commitment aan de beslissingen een voorwaarde was om in aanmerking te komen voor co-financiering van de bouw en uitbreiding van ziekenhuizen. De regio's hebben hiervoor plannen ingediend die door een landelijke expertgroep werden beoordeeld en zo nodig bijgesteld.

Voor de financiering is in totaal € 6,5 miljard uitgetrokken. Hiervan is ca. € 1 miljard uitgetrokken voor investeringen in ICT. De centrale overheid draagt 60% bij, de rest van de financiering is aan de regio's (die ook eigenaar zijn van het ziekenhuisvastgoed).

#### Lessen voor Nederland?

Het Deense zorgstelsel kent een andere grondslag en uitvoering dan het Nederlandse. Het is een geheel publiek stelsel tegenover een private uitvoering in Nederland. Het SHP lijkt in eerste instantie

op een centraal gestuurd top-down-model, maar steunt uiteindelijk toch op regionale besluiten en ondersteuning. De financiering vanuit de overheid is een sterk bepalende factor in dit plan, evenals een door het veld geaccepteerde sturing, mede gebaseerd op een duidelijke visie op de inrichting van de zorg. Met name de wijze van financieren laat zich niet zonder grote wijzigingen in het stelsel vertalen naar de Nederlandse situatie.

### 3.4 Effecten van een andere organisatie van seh's op de acute zorgketen

Acute zorg op de seh van een ziekenhuis is onderdeel van de keten van acute zorg, die uit verschillende schakels bestaat. Wijzigingen bij de ene schakel hebben gevolgen voor de andere schakels. Bij het anders organiseren van seh's is het daarom belangrijk om naast het effect op ziekenhuizen ook oog te hebben voor de effecten die dit heeft (of kan hebben) op de rest van de acute zorgketen.

#### *Cascade-effecten ziekenhuis zonder seh*

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](#) 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](#) gedaan naar deze zogenoemde cascade-effecten<sup>12</sup>. 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 situatie 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. Er moet worden bezien welke ruimte het mededingingsrecht biedt voor dit soort afspraken. Tot slot kan in met

---

<sup>12</sup> Met cascade-effecten wordt hier bedoeld op de (onbedoelde) effecten die kunnen optreden in een ziekenhuis dat bepaalde spoedzorg (na concentratie) niet meer levert.

name de perifere gebieden de reistijd toenemen door deze concentratie van acute zorg. 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 piekdrukke.

### ***Effect op huisartsenposten/huisartsenzorg***

Het (gedeeltelijk) sluiten van seh's leidt ertoe dat ziekenhuiszorg zich verder van patiënten af gaat begeven. Vooral voor (kwetsbare) ouderen kan dit een (steeds groter) probleem en risico vormen. Om die reden moet op regioniveau goed naar de beschikbare capaciteit gekeken worden. Het is daarbij van belang dat dit in samenhang gebeurt met de capaciteit bij de ketenpartners in de acute zorg om zo een goede balans te realiseren tussen betaalbaarheid en toegankelijkheid van de acute zorg. Als er minder aanbod van seh's voorhanden is of de seh voor de patiënt verder weg gevestigd is, zal de acute zorgvraag zich meer richting de huisartsenzorg begeven. Dit verhoogt de druk op de beschikbare capaciteit bij de huisartsenposten, maar zeker ook bij de huisartsenpraktijken in de eerste lijn.

Het sluiten van seh's kan ook een (groot) effect hebben op de spreiding en concentratie van de huisartsenposten, die vaak gelokaliseerd zijn op een strategische locatie in de nabijheid van een seh. Op veel locaties wordt al intensief samengewerkt en wordt momenteel zelfs al gewerkt aan een 'integrale spoedpost', waarin seh en huisartsenspoedzorg samenkomen. Hiermee worden onnodige doorverwijzingen voorkomen en vermindert het aantal patiënten dat zonder verwijzing op de seh komt (zelfverwijzers). De intensieve samenwerking heeft als doel de kwaliteit en doelmatigheid van de spoedzorg in de ANW te verhogen zodat de patiënt op het juiste moment de juiste zorg op de juiste plek ontvangt.

### ***Effect op ambulancezorg***

Een andere organisatie van seh's heeft logischerwijs ook invloed op de ambulancezorg. Het sluiten van seh's kan er toe leiden dat de aanrij- en responstijden van de ambulancezorg (aanzienlijk) stijgen. Daarnaast leidt concentratie van zorg ertoe dat patiënten vaker tussen instellingen en locaties vervoerd moeten worden. Mogelijk leidt het feit dat zorg zich verder van patiënten af kan gaan bevinden ook tot extra 112-meldingen en daarmee extra ambulance-inzetten. Deze effecten hebben mogelijk grote consequenties voor de (beschikbaarheid van) ambulancezorg. Daarom is het belangrijk om bij het regionaal vormgeven van een passende organisatie van seh's oog te hebben voor deze consequenties.

### ***Effect op de mededinging***

Een andere organisatie van seh's zorgt ervoor dat de positie van ziekenhuizen waar deze zorg geconcentreerd wordt (met name de grotere) sterker wordt. De concurrentiekracht van ziekenhuizen die de seh (gedeeltelijk) sluiten neemt juist af, met risico op vershraling van het zorgaanbod. Het is daarom van belang om bij het passender regionaal organiseren van het seh-aanbod oog te hebben voor de mededingingsbeperkende effecten die dit met zich mee kan brengen. Het maken van goede afspraken over het voorkomen van cascade-effecten bij andere organisatie van seh's kan helpen om risico's voor de mededinging te beperken. Er moet worden bezien welke ruimte het mededingingsrecht biedt voor dit soort afspraken.

## **3.5 Conclusie**

In dit hoofdstuk hebben we toegelicht welke kansen we zien om tot een passendere regionale organisatie van de acute zorg te komen en waarom: de doelmatigheid van de acute zorgketen kan worden verbeterd, de kwaliteit varieert en het tekort aan zorgprofessionals vraagt om doelmatigere inzet

van schaars personeel. 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](#) 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 biedt, 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 relatief dunbevolkt platteland anderzijds. Dit vereist regio-specifieke keuzes en maatwerk. Een eenduidig advies of een generieke 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. Een passend regionaal zorgaanbod staat centraal, concentratie van seh's is daarbij geen doel op zich. 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 om verandering te stimuleren komen we in hoofdstuk 6 terug.

# **4 Coördinatie van in-, door- en uitstroom van acute zorg**



## 4.1 Inleiding

Naast de huidige beschikbaarheid van acute zorg zien we ook mogelijkheden voor het verbeteren van de coördinatie van de patiëntenstromen. 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 stopt. Het is van belang dat de coördinatie van in-, door- en uitstroom beter verloopt. Doordat patiënten niet tijdig kunnen doorstromen naar een vervolglek, loopt de acute zorgketen vast. In dit hoofdstuk gaan we verder in op dit probleem en de oplossingen die wij daarvoor zien.

## 4.2 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<sup>13</sup> 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 afzonderlijke triage kan er toe leiden 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 en eenheid van taal en techniek 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

---

<sup>13</sup> [Monitors acute zorg](#) en het [onderzoek](#) naar de toegankelijkheid van de acute zorgketen en de zorgplicht van zorgverzekeraars daarin.



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 seh 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 kan komen door gebrek aan inzicht of gebrek aan capaciteit in de vervolgzorg. Dit heeft impact op de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de acute zorg. Tot slot kan gegevensuitwisseling van patiëntinformatie bijdragen aan een doelmatige inzet van zorgprofessionals.

## **4.3 Verbeteringen voor de coördinatie**

Een patiënt met een acute zorgvraag moet zo snel mogelijk op de juiste plaats zorg kunnen 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 de hulpverlener zorgt voor een goede overdracht naar de andere zorgverleners. De afgelopen jaren zijn er goede initiatieven ontstaan op dit gebied. 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 huisbezoeken 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 pro-activiteit en congruentie van verzekeraars. Dit betekent dat zorgverzekeraars zich inspannen om ervoor te zorgen dat succesvolle regionale initiatieven voor alle verzekerden beschikbaar worden, wanneer de inzet daarvan effectief bijdraagt aan passende zorg.

### **4.3.1 Integrale triage/zorgcoördinatie**

Onder regie van Ambulancezorg 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 zorgcoördinatiecentrum (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](#) 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 (looptijd pilots tot december 2022) wordt hierop ingezet.

Als uit de eindevaluatie in juli 2022 blijkt dat de effecten kwantitatief onderbouwd kunnen worden en deze positief zijn, 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 (tijdelijk) verblijf is mogelijk door een aparte prestatiebeschrijving in de [Beleidsregel eerstelijnsverblijf](#) van de NZa. De inrichting van deze coördinatiefuncties verschilt echter zeer sterk in de onderdelen die meegenomen worden (bijvoorbeeld alleen eerstelijnsverblijf (elv) of ook geriatrische revalidatiezorg (grz), wijkverpleging, Wlz en/of Wmo) en waar de coördinatiefunctie is belegd (in het ziekenhuis of bij een vvt-aanbieder). Ook is er verschil in informatie die gedeeld wordt: enkel een omgeving die inzicht geeft 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 nodig zijn tussen zorgaanbieders onderling, maar ook tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. 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 grz, elv 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<sup>14</sup>.

### 4.3.2 Verplichte informatie-uitwisseling

Om de in-, door- en uitstroom van acute zorg te verbeteren 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

---

<sup>14</sup> Dit heeft de NZa in 2019 geconstateerd in haar [onderzoek](#) naar de toegankelijkheid van de acute zorg en de zorgplicht van zorgverzekeraars

anderzijds om inzicht in beschikbare plekken voor passende vervolgzorg. De [Uitvoeringsregeling Wkkgz](#) (artikel 8d) bevat reeds een bestaande verplichting over informatie-uitwisseling tussen partijen.

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 realtime 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 elv, grz en ggz. 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 grz, elv, apotheekzorg en wijkverpleging is regionaal/lokaal inzicht nodig.

### 4.3.3 Met Spoed beschikbaar

Het [Wetsvoorstel Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg \(Wegiz\)](#) regelt dat zorgverleners kunnen worden verplicht om bepaalde gegevens (ten minste) elektronisch uit te wisselen. Echter, het veilig uitwisselen van gegevens komt maar langzaam van de grond. Het programma "[Met Spoed beschikbaar](#)" 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<sup>15</sup> en versnelde zorg door digitale samenwerking tussen huisartsenposten en seh. De informatiestandaard acute zorg is herzien en vanuit het programma 'Met spoed beschikbaar' worden coalities gezocht voor koploperprojecten. Dit zien we als goede 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.

## 4.4 Conclusie

Er geldt een algemene verplichting voor zorgaanbieders om in ROAZ-verband informatie over beschikbare capaciteit en expertise voor acute zorg onderling uit te wisselen. Daarnaast bestaat een landelijke standaard voor het uitwisselen van informatie binnen de acute zorgketen<sup>16</sup>. 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 actueel inzicht moeten bestaan in de beschikbare capaciteit en wachttijd. Die informatie zou ook voor het publiek beschikbaar moeten zijn. Dat geldt zowel bij in-, door- als uitstroom in de keten van acute zorg. Zorgaanbieders zouden middels aanpassing van regelgeving verplicht kunnen worden om ook deze

---

<sup>15</sup> [Tijdlijn | Ambulancezorg Nederland](#)

<sup>16</sup> <https://www.nictiz.nl/standaardisatie/informatiestandaarden/acute-zorg>

informatie over de beschikbare capaciteit na de acute zorg uit te wisselen. De aanlevering van gegevens zou dan rechtstreeks plaats kunnen vinden aan de organisatie die de landelijke en regionale zorgcoördinatie verzorgt.

In navolging van dit advies gaat de NZa de mogelijkheid van een verdere verplichting voor de acute zorg (via daartoe op te stellen regelgeving) verder onderzoeken. Samen met het LNAZ, aanbieders en verzekeraars kan worden onderzocht hoe deze landelijke verplichting tot gegevensuitwisseling verder 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.

# **5 Bekostigen van acute zorg op basis van beschikbaarheid**



## 5.1 Beschikbaarheidsbekostiging

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 te dekken tussen de kosten voor beschikbaarheid en de opbrengsten van de werkelijke zorgvraag. Dit wijkt af van de prestatiebekostiging die voor veel onderdelen van de zorg de standaard is, waarbij de zorgaanbieder zonder productie ook geen inkomsten heeft en dus geen zorg kan blijven leveren.

Er zijn verschillende manieren om beschikbaarheid te bekostigen. Zo kennen we budgetmodellen, bekostiging via een specifieke prestatie (via tariefinstrument), bekostiging via contractafspraken bij inkoop (binnen de kaders van de tarief/prestatieregulering), of bekostiging middels een beschikbaarheidsbijdrage (subsidie). Dit hoofdstuk verkent de verschillende effecten van het bekostigen van beschikbaarheid, maar niet alleen de beschikbaarheidsbijdrage. De beschikbaarheidsbijdrage is één specifieke vorm van beschikbaarheidsbekostiging, namelijk een overheidssubsidie. Voordat deze vorm van bekostiging zou kunnen worden ingevoerd, moet worden voldaan aan verschillende criteria, conform artikel 56a van de Wmg<sup>17</sup>.

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 responstijd 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.

## 5.2 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 onder andere de huisartsenposten, de regionale ambulancevoorzieningen (rav) en de ggz-crisisdienst (zie bijlage C 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

---

<sup>17</sup> "Voor een beschikbaarheidsbijdrage komen uitsluitend vormen van zorg in aanmerking waarvan de kosten niet of niet geheel zijn toe te rekenen naar, of door middel van tarieven in de zin van deze wet in rekening te brengen zijn aan, individuele ziektekostenverzekeraars of verzekeren, of waarvan de bekostiging bij een zodanige toerekening dan wel een zodanige tarifiering marktverstoring zou werken, en die niet op andere wijze worden bekostigd."

medisch-specialistische zorg<sup>18</sup>. Tot 2012 was er via de budgetten van de ziekenhuizen wel een gedeeltelijke vaste vergoeding in de vorm van een vast bedrag per adherente inwoner voor de ziekenhuizen.

De huidige bekostiging van de seh middels dbc-bekostiging stimuleert 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.

### ***Contractering van seh/ziekenhuis door zorgverzekeraars***

Tegenover de uitdagingen van de huidige prestatiebekostiging in de msz staat dat deze bekostiging en tariefregulering wel veel vrijheidsgraden biedt, waardoor verschillende vormen van contractafspraken mogelijk zijn. Zoals hiervoor beschreven beoogt een beschikbaarheidsbekostiging productieprikkels weg te nemen, met een productie-onafhankelijke vergoeding van de kosten van noodzakelijke capaciteit. Het blijkt in de praktijk niet noodzakelijk om daar een formeel bekostigingsmodel voor vast te stellen.

Zorgverzekeraars kunnen dit binnen de huidige prestatiebekostiging in de medisch-specialistische zorg ook zelf opnemen in een contractafpraak.<sup>19</sup> Als dergelijke afspraken moeten aanzetten tot een betere organisatie van (acute) zorg, moet aan een aantal voorwaarden zijn voldaan:

- De overeenkomst moet betrekking hebben op een substantieel deel van de omzet van de betrokken aanbieder. Anders is er onvoldoende stimulans tot verandering. Dat betekent dat meerdere zorgverzekeraars, waaronder tenminste de regionale marktleider, aan de afspraken moet deelnemen.
- De deelnemende zorgverzekeraars moeten vergelijkbare afspraken maken, omdat in het algemeen een ziekenhuis geen onderscheid zal willen en kunnen maken tussen patiënten/verzekerden. Niet deelnemende zorgverzekeraars kunnen hier van profiteren. Het is dus van belang dat zorgverzekeraars hierin gelijkgericht optreden.
- Omdat aanbieders de bedrijfsvoering moeten aanpassen, hebben meerjarige contracten de voorkeur; die bieden alle partijen zekerheid.
- Als een afspraak mede beoogt een productieprikkel bij het ziekenhuis weg te nemen of zorg te substitueren naar de eerstelijns, dan moeten ook met de aanbieders in de eerstelijns passende afspraken worden gemaakt (die in feite moeten aansluiten op een afspraak met het ziekenhuis). Dit geldt in principe voor het hele werkgebied van het desbetreffende ziekenhuis.
- De afspraken moeten ook rekening houden met de interactie tussen acute en niet-acute zorg.
- Met oog op de toegankelijkheid van zorg moeten afspraken worden gemaakt over wachtlijsten, tijdige toegang tot acute zorg etc. Ook zou je afspraken moeten maken die het afschuiven van patiënten naar andere aanbieders tegengaan. Verder zouden zorgverzekeraars met andere aanbieders in de regio geen afspraken moeten maken die het weglokken van patiënten bevorderen bij de aanbieders waarmee een aanneemsom contract is afgesloten.<sup>20</sup>

### ***Beschikbaarheidsbijdrage seh voor gevoelige ziekenhuizen***

Naast de prestatiebekostiging in de msz ontvangen ziekenhuizen die gevoelig zijn voor de 45-minutennorm op basis van een analyse van het RIVM een beschikbaarheidsbijdrage voor de seh. De beschikbaarheidsbijdrage is een vorm van een beschikbaarheidsvergoeding middels een overheids subsidie. Recent hebben wij een marktverstoringstoets voor de huidige

---

<sup>18</sup> Naast de prestatiebekostiging voor msz ontvangen ziekenhuizen die gevoelig zijn voor de 45-minutennorm op basis van een analyse van het RIVM een beschikbaarheidsbijdrage voor de seh.

<sup>19</sup> Zie voorbeeld Maasstad ziekenhuis, aanneemsom: <https://www.zorgvisie.nl/nieuw-contract-maasstad-ziekenhuis-elimineert-volumeprikkel/>

<sup>20</sup> Tenzij dat bijvoorbeeld in het kader van inhaalzorg wel wenselijk is.

beschikbaarheidsbijdrage gedaan om te bepalen of er meer marktverstoring is bij bekostiging via prestaties en tarieven dan bij bekostiging via de beschikbaarheidsbijdrage.

In de [marktverstoringstoets](#) concluderen wij dat er bij bekostiging met prestaties en tarieven (in plaats van de huidige beschikbaarheidsbijdrage) geen marktverstoring te verwachten is. Er is dus geen aanleiding voor een vergoeding via de huidige beschikbaarheidsbijdrage. 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 beschikbaarheidsbijdrage. De zorgverzekeraars hebben immers zorgplicht voor hun verzekerden en we zien geen marktverstoring op de zorgverzekeringsmarkt.

In onze gespreksronde gaven diverse gesprekspartners aan dat een beschikbaarheidsbekostiging het best passend is voor de beschikbaarheidsfunctie die de seh heeft. De seh is als voorziening beschikbaar, ongeacht het aantal patiënten/de productie. 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.

### **5.3 Effecten van vergoeden beschikbaarheid**

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, (voornamelijk) 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. Bij inrichting van de hoogte van de vergoeding kunnen bijvoorbeeld concrete afspraken worden gemaakt over de kwaliteit van zorg. Ook kunnen afspraken gemaakt worden over 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 voor spreiding 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 direct verlies aan dbc-omzet gerealiseerd op de seh) 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.<sup>21</sup>

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 vervallen voordelen voor zorgaanbieders, zoals het wegvallen van de onderhandelingen, grotendeels weer.

## 5.4 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 (declarabele) 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 de NZa als partijen zelf<sup>22</sup>.

### ***Risico's beschikbaarheidsbekostiging***

Het risico van het vaststellen van een wettelijk 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.

---

<sup>21</sup> 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.

<sup>22</sup> De NZa bepaalt de maximumtarieven op basis van door de aanbieders aangeleverde kostprijzen. Daarnaast moeten partijen voor de vrije tarieven zelf de prijzen herzien.

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 prikkelt niet tot het veranderen van de organisatie van de acute zorgketen.

## 5.5 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 houden en leveren van zorg: op basis van een vergoeding voor capaciteit of voor 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 hoe 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 beschikbaarheidsbijdragen zijn hiervan een voorbeeld, deze vormen een bestaande beschikbaarheidsvergoeding op basis van het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG. De overheid wijst

bij de beschikbaarheidsbijdrage 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.

## 5.6 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. Hiervoor is besluitvorming en uitvoering op de beschikbaarheid van seh's nodig, zoals een normenkader. Hiervoor moeten er criteria zijn om te bepalen welke locatie wel en welke niet voor een beschikbaarheidsbekostiging in aanmerking komt.

Omdat er nog geen duidelijk kader is voor de beschikbaarheid van seh's, zijn wij van mening dat een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh invoeren op dit moment nog niet passend is. Een beschikbaarheidsbekostiging prikkelt niet tot het veranderen van de organisatie van de acute zorgketen. Daardoor zou het een aanpassing van de organisatie van zorg in de weg kunnen zitten en kunnen leiden tot een toename van ondoelmatigheid.

Wij zien invoering van een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh als passend, 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.

# 6 Verandering stimuleren



## 6.1 Toekomstbestendige acute zorg

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 bepaalde medisch specialist, waardoor de beschikbaarheid van bepaalde zorgvormen op dat moment 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. Veranderingen in het zorgaanbod (zoals het verdwijnen van een plaatselijke seh of hap) roepen (terecht) veel zorgen op bij burgers, lokale politiek en zorgaanbieders/-verleners. 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 gevoel is begrijpelijk en het speelt een grote rol in discussies over veranderingen in het zorglandschap.

Ook de gedecentraliseerde besluitvorming maakt het bewerkstelligen van grote veranderingen complex. De (acute) zorg is verdeeld in heel veel deelbelangen, waarbij zorgverzekeraars, ziekenhuizen, medisch specialistische bedrijven (MSB's), overige zorgaanbieders, lokale overheden, politiek, etc. allemaal hun eigen (tegengestelde) 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 de RVS in haar rapport ['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 acute zorg te stimuleren is het binnen het huidige zorgstelsel de taak van veldpartijen om deze verandering tot stand te brengen. 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.

## 6.2 Contractering van (acute) zorg

Het huidige zorgstelsel 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. Hierbij zijn zorgverzekeraars essentieel om veranderingen naar een passende organisatie van het aanbod van (acute) zorg te ondersteunen. Zij dragen immers het leeuwendeel van de kosten. Ze kunnen daartoe financiële en inhoudelijke afspraken met zorgaanbieders maken. Samengevat moeten die afspraken aan een aantal eisen voldoen om bij te dragen aan passende (acute) zorg:

- Gelijkgerichte prikkels (waaronder geen of beperkte productieprikkel);

- Voldoende investeren in capaciteit in eerstelijns/aanpalende sectoren;
- Vergoeden transitiekosten (al dan niet tijdelijk);
- Afspraken moeten over meerdere deelsectoren heen regionaal op elkaar aansluiten en in het totale regiobeeld passen (op basis van gezamenlijke regio-analyse, waterbed-effect vermijden of compenseren);
- Wijzigingen in organisatie van zorg moeten gelden voor alle verzekerden in een regio; dat maakt het nodig dat alle verzekeraars in een regio mee doen, op basis van een gedeelde/eenduidige visie (gelijkgerichte inkoop, waarbij gekeken moet worden naar de ruimte in de mededingingsregels).

Dit heeft een aantal gevolgen:

- Door schotten in financiering (verschillende deekaders) en aanspraak zijn dergelijke afspraken complex. Dat komt ook door de verschillen in bekostigingssysteem per deelsector.
- Zorgverzekeraars kunnen dit oplossen door gebruik te maken van de vrijheidsgraden in het bekostigingssysteem, maar daardoor verliest de bekostiging transparantie (informatiegehalte van declaraties daalt).
- Het maken van gelijkgerichte afspraken en een gedeelde visie op organisatie van zorg vermindert de mogelijkheid voor verzekeraars om zich van elkaar te onderscheiden (beperking mededinging).
- Dit wordt versterkt omdat acute zorg niet volledig zelfstandig kan worden afgebakend en ingekocht van overige (niet acute) zorg. Het principe van passende zorg ziet juist op een goede afstemming tussen (organisatie van) acute en niet acute zorg.
- Volgbeleid of collectief optreden kunnen marktmacht van verzekeraars vergroten. Consequentie daarvan zou kunnen zijn dat het nodig is om de inkoop meer te reguleren dan nu het geval is: toelaten van aanbieders tot afspraken, prijsvorming en keuzevrijheid van verzekerden zijn aspecten die onder druk kunnen komen te staan bij gelijkgericht inkoopbeleid.

### ***Uitdagingen regierol zorgverzekeraars***

De huidige invloed van zorgverzekeraars leidt tot onvoldoende beweging in het acute zorglandschap, het lukt verzekeraars moeizaam om pijnlijke veranderingen tot stand te brengen. Hoewel zorgverzekeraars een regierol hebben in het huidige zorgstelsel, hebben ze geen doorzettingsmacht. Ze kunnen zorgaanbieders niet dwingen tot bepaalde afspraken. In de praktijk zijn met name grote regionale aanbieders en verzekeraars min of meer tot elkaar veroordeeld. Er is wederzijdse afhankelijkheid. Zorgverzekeraars kunnen ingrijpende wijzigingen (zoals het afstoten en concentreren van bepaalde voorzieningen) niet afdwingen: ze kunnen alleen via inkoopafspraken invloed uitoefenen.

Wanneer je de vrijheidsgraden van de afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars wil beperken, is het nodig om de regulering van die markt te 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.

## **6.3 Instrumenten 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. In bijlage B staat een (niet uitputtend) verkennend overzicht uitgewerkt van verschillende mogelijkheden die 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.

### 6.3.1 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<sup>23</sup>). 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.

### 6.3.2 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

---

<sup>23</sup> [https://wetten.overheid.nl/BWBR0018906/2021-07-01#HoofdstukV\\_Artikel17](https://wetten.overheid.nl/BWBR0018906/2021-07-01#HoofdstukV_Artikel17)

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. De aanlevering van capaciteitsgegevens zou rechtstreeks plaats kunnen vinden aan de organisatie die de landelijke en regionale zorgcoördinatie verzorgt. In navolging van dit advies gaat de NZa de mogelijkheid van een verbeterde informatie-uitwisseling verder verkennen. Samen met het LNAZ, aanbieders en verzekeraars kan worden onderzocht hoe deze landelijke verbetering van de gegevensuitwisseling kan worden vormgegeven.

### **6.3.3 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.

## **6.4 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, aanvullend op de ruimte die veldpartijen hebben om onderling afspraken te maken, een aantal instrumenten benoemd om de verandering naar passende acute zorg te stimuleren. Tabel 3 geeft een overzicht van deze instrumenten voor veranderingen, wat daarvoor nodig is en wie er aan zet is.



**Tabel 3: 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)	Het ministerie van VWS
Betere coördinatie van in-, door- en uitstroom in de acute zorgketen	Verplichte informatie-uitwisseling van capaciteitsgegevens tussen zorgaanbieders	NZa (verplichting verkennen), LNAZ/ROAZ (uitvoering)
Betere coördinatie van in-, door- en uitstroom in de acute zorgketen	<i>Afhankelijk van uitkomsten pilots zorgcoördinatie</i> : 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 A.**

**Geconsulteerde partijen**



## Geconsulteerde partijen advies passende acute zorg

Partij (kort/afkorting)	Volledige naam partij
ACM	Autoriteit Consument en Markt
ActiZ	ActiZ
AZN	Ambulancezorg Nederland
AZNN	Acute Zorgnetwerk Noord Nederland
CZ*	CZ groep
De groene SEH	De groene SEH
DSW	DSW zorgverzekeraar
FMS	Federatie Medisch Specialististen
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
InEen	InEen
KPMG Health	KPMG Health
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LNAZ	Landelijk Netwerk Acute Zorg
Menzis*	Coöperatie Menzis
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NVSHA	Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen
NVSHV	Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen
NVZ*	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
PFN	Patiëntenfederatie Nederland
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVS	Raad voor Volksgezondheid en Samenleving
SAZ**	Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen
STZ**	Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen
Treant	Zorggroep Treant
VGZ*	Coöperatie VGZ
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Zilveren Kruis*	Zilveren Kruis
Zorginstituut	Zorginstituut Nederland
ZN*	Zorgverzekeraars Nederland

\* Gezamenlijke reactie van zorgverzekeraars op het conceptadvies namens ZN

\*\* Gezamenlijke reactie van NVZ, SAZ en STZ op het conceptadvies (NVZ penvoerder)

# **Bijlage B.**

## **Manieren om verandering te stimuleren**



## B.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.

Hieronder worden verschillende mogelijkheden verkennend uitgewerkt om de benodigde verandering naar passende zorg te stimuleren. Dit is geen uitputtende opsomming. 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.

### B.1.1 (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 de 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 voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) heeft in 2021 een advies uitgebracht over de hoofdlijnenakkoorden ([Opnieuw akkoord](#)). Daarin concluderen zij dat, zeker in de eerste jaren, hoofdlijnenakkoorden hebben bijgedragen aan scherpere financiële afspraken tussen individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars, bijvoorbeeld in de vorm van omzetplafonds of aanneemsommen. Aan de hand van deze hoofdlijnenakkoorden gingen brancheorganisaties met elkaar in gesprek over de aanpak van inhoudelijke vraagstukken. De RVS adviseert om niet opnieuw hoofdlijnenakkoorden te sluiten over de financiële groeinorm, maar akkoorden meer te richten 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 plek gekregen. Tot op heden hebben deze afspraken nog weinig effect gehad op de organisatie van het zorglandschap.

## B.1.2 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 Nederlands Arbitrage Instituut kan bij zorgcontractering op basis van onder meer arbitrage geschillen beslechten.

## B.1.3 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 patiëntenstromen 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.

Het implementeren van een andere bekostigingsvorm kan zorgen voor sterkere doelmatigheidsprkkelers 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 kan passen in de zorg wanneer een grotere schaalgrootte ook leidt tot complexere patiënten.

### 2. *Directe subsidie voor verbeteringen*

Het verstrekken van een subsidie om verbeteringen in de acute zorgketen door te voeren kan ook een manier zijn om partijen over te halen 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.

### 3. *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<sup>24</sup>).

---

<sup>24</sup> [https://wetten.overheid.nl/BWBR0018906/2021-07-01#HoofdstukV\\_Artikel17](https://wetten.overheid.nl/BWBR0018906/2021-07-01#HoofdstukV_Artikel17)

#### **4. 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 aan te merken als vaste kosten binnen de risicoverevening.

#### **B.1.4 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 uitgewerkt. Daarbij geldt veelal dat aanpassing van wet- en/of regelgeving noodzakelijk zal zijn.

##### **1. Opnemen nieuwe werkwijze en organisatie in kwaliteitsrichtlijnen**

Door het opnemen van 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 volumennormen in richtlijnen.

##### **2. 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, 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.

##### **3. 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 kende tot 1 januari 2022 een bepaling rondom de planning en spreiding van het zorgaanbod. Een dergelijke planningsbevoegdheid kan bijdragen aan een doelmatigere spreiding van voorzieningen.

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 ambulancezorgvoorzieningen, de minister van VWS ambulancezorg heeft aangemerkt als een dienst van algemeen belang.

#### 4. 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 zorgplichtkader, zou zorgverzekeraars meer houvast kunnen geven bij het stimuleren van bepaalde veranderingen in de inkoop. Een andere mogelijkheid is het aanscherpen van de verplichtingen voor zorgaanbieders wat betreft (hun bijdrage aan) de organisatie van het zorglandschap. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door (nadere) voorwaarden te verbinden aan de toelatingsvergunning voor zorgaanbieders of in de wet zelf.

#### 5. 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.

### B.1.5 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.<sup>25</sup> Het nationaliseren (staats eigendom 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<sup>26</sup>, een onderdeel van DJI, is verantwoordelijk voor de inkoop en financiering van forensische zorg.

## B.2 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 Zvw-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. De toekenning van doorzettingsmacht aan een private partij en de regulering daarvan zal eveneens wettelijk geborgd moeten zijn.

---

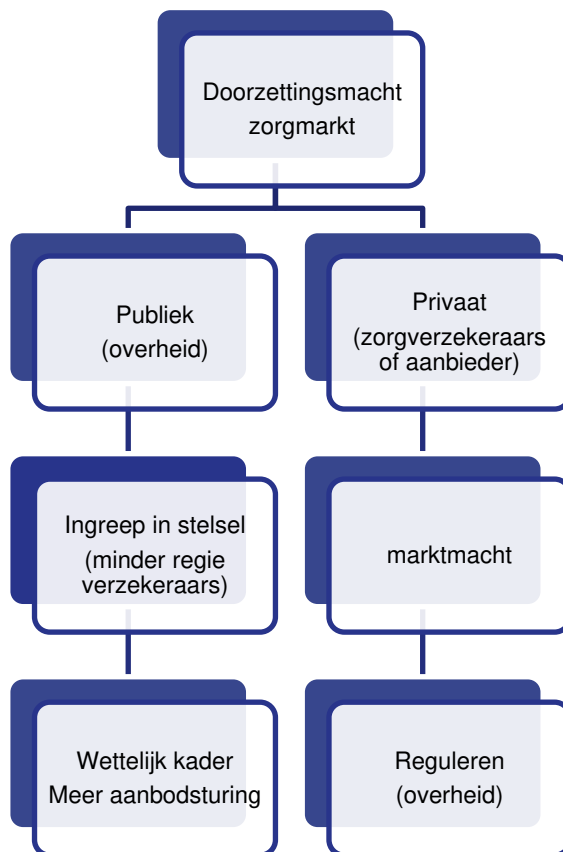
<sup>25</sup> <https://wetten.overheid.nl/BWBR0043532/2020-07-01> (Wijzigingswet meldkamers)

<sup>26</sup> De Divisie Forensische Zorg en Justitiële Jeugdinstellingen.



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 het zorgaanbod heeft ingrijpende effecten voor de bedrijfsvoering van private ondernemingen. Een schematische weergave hiervan staat hieronder.

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



# **Bijlage C.**

## **Bekostigingsvormen in de acute zorg**



# Overzicht bekostigingsvormen acute zorg

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

\*BB Wmg = Beschikbaarheidsbijdrage Wmg

