



> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Nederlandse Zorgautoriteit  
T.a.v. mevrouw dr. M. Kaljouw  
Postbus 3017  
3502 GA UTRECHT

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Patiënt en  
Zorgordening  
Team C

**Bezoekadres:**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11

[www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)

**Inlichtingen bij**  
Soekhai, V.R. (Vikas)  
(Senior) beleidsmedewerker

T +31 625383954  
E [vr.soekhai@minvws.nl](mailto:vr.soekhai@minvws.nl)

**Kenmerk**  
3521048-1044096-PZO

**Bijlage(n)**

-  
*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.*

Datum **15 MAART 2023**  
Betreft Adviesaanvraag NZa over bekostiging acute zorg

Geachte mevrouw Kaljouw,

Naar aanleiding van de Beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg<sup>1</sup> (hierna: Beleidsagenda) en het Integraal Zorgakkoord (IZA) vraag ik de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) om advies over de bekostiging van de acute zorg. Met acute zorg sluit ik in deze adviesaanvraag aan bij de scope zoals genoemd in de Beleidsagenda. Hierbij gaat het om acute zorg in brede zin, zoals nader geconcretiseerd in mijn vragen aan u.

Ik vraag u mij te adviseren over concrete aanpassingen in de bekostiging die nodig zijn om de acute zorg toekomstbestendig te maken en bij te dragen aan de beweging naar passende zorg. Ik vraag u daarbij de kansen en risico's van aanpassingen in de bekostiging te wegen in de bredere context van beleid en praktijk. Mede met de uitkomsten van het onderzoek zal ik de verdere stappen bepalen voor de bekostiging van de acute zorg.

Leeswijzer:

- Onder 'Aanleiding en doel' schets ik de beleidscontext voor deze adviesaanvraag, inclusief het doel van de aanvraag.
- Onder 'Inhoud advies' geef ik aan wat de afbakening van de adviesaanvraag is, welke vragen beantwoord dienen te worden en met welke randvoorwaarden rekening dient te worden gehouden.
- Tot slot ga ik in op de onderlinge procesafspraken.

### **Aanleiding en doel**

De organisatie en houdbaarheid van de acute zorg heeft het afgelopen jaar veel maatschappelijke en politieke aandacht gekregen. Zo is ook de NZa in haar advies Passende acute zorg<sup>2</sup> ingegaan op de organisatie van de acute zorg, met een grote nadruk op de SEH. In de Beleidsagenda geef ik aan dat een toekomstbestendige acute zorg mede tot stand moet komen door passende contractering tussen aanbieders en verzekeraars. De basis daarvan moet gelegd worden in gezamenlijke beelden en plannen van het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ). Ik heb daarbij aangegeven niet direct aanpassingen in de bekostiging

<sup>1</sup> Kamerbrief, "Beleidsagenda acute zorg", Kamerstuk 29247, nr. 362.

<sup>2</sup> NZa, "Passende acute zorg", Kamerstukken II, 2021/22, 29 247, nr. 348.



door te voeren. Aanpassingen in de bekostiging kunnen immers leiden tot vertraging door bijvoorbeeld tijdelijke extra administratieve lasten en onzekerheid, terwijl in de contractering binnen de huidige kaders al veel mogelijk is. Tegelijkertijd ben ik van mening dat aanpassingen in de bekostiging op de (middel)lange termijn wel de gewenste ontwikkelingen in de contractering kunnen faciliteren en stimuleren. Ik signaleer de volgende knelpunten:

1. De huidige bekostiging van de acute zorg is erg versnipperd, wat goede ketenbrede samenwerking kan bemoeilijken.
2. Het belonen van beschikbaarheid en goede uitkomsten in de keten komt op een aantal belangrijke onderdelen niet expliciet terug in de bekostiging.

Daarom heb ik aangegeven te verkennen welke belemmeringen er op dit moment in de praktijk zijn en waar wijzigingen in de bekostiging op de middellange termijn bij kunnen dragen aan een oplossing. Ook in het IZA is het belang van onderzoek naar de bekostiging van de acute zorg benadrukt. Er is afgesproken dat ik de NZa de opdracht geef om in 2023 de kansen en knelpunten rondom de bekostiging van de acute zorg verder in kaart te brengen. Dit met betrokkenheid van alle zorgpartijen. Met deze brief geef ik invulling aan die opdracht.

De beleidscontext van deze opdracht is dat aanpassingen in de bekostiging moeten bijdragen aan:

1. Meer *samenwerking en netwerkvorming* met het oog op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de (acute) zorg.
2. Stimulering van *passende zorg*, waaronder ook het stimuleren van zelfzorg, digitale zorg en zorg op afstand.
3. Betere afspraken over en sturing op *beschikbaarheid en uitkomsten* van de acute zorg.
4. *Zo min mogelijk administratieve lasten en vertraging door regelgeving* voor veldpartijen bij het werken aan verbeteringen.

Het doel van deze opdracht is om een onderbouwd beeld te krijgen van de beste manier om de bekostiging in te richten voor de verderop in het stuk gespecificeerde onderdelen. Op basis van dat beeld zal ik vervolgens in de bredere beleidscontext overwegen welke aanpassingen in de bekostiging gewenst zijn.

## **Inhoud advies**

### *Afbakening*

Het advies beperkt zich tot de mogelijkheden die de NZa nu en op de middellange termijn heeft om de bekostiging anders vorm te geven. Dat wil zeggen: binnen de kaders van bestaande wetgeving (als de Wet marktordening gezondheidszorg, Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg), maar met eventuele nieuwe aanwijzingen en aanpassingen van beleidsregels. Ik vraag u wel om, waar relevant, te signaleren hoe (on)mogelijkheden in de bekostiging zich verhouden tot andere aspecten zoals de aanspraken, inkoop en organisatie van zorg en eventuele belemmeringen in wetgeving.

Ik vraag u een analyse te maken van de impact en haalbaarheid van aanpassingen in de bekostiging op de hieronder gespecificeerde onderdelen. Aan de hand daarvan vraag ik u vervolgens voor de meest kansrijke aanpassingen een concreet bekostigingsvoorstel te doen, inclusief inzicht in de nadelen en risico's. Ik vraag u een proces in te richten waarbij de gemaakte keuzes in een constructieve opdrachtgever-opdrachtnemersrelatie besproken worden, zie ook de procesafspraken verderop.

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Patiënt en  
Zorgordening  
Team C



## Vragen

In het advies moeten tenminste de volgende vragen worden beantwoord:

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Patiënt en  
Zorgordening  
Team C

1. Welke bekostiging faciliteert en stimuleert samenwerking en netwerkvorming het best op de volgende onderdelen:

- a) Acute zorg thuis (onder andere door huisarts, wijkverpleging en ambulanceverpleegkundigen (EHGV), verpleegkundigen ggz en ouderenzorg, etc.).

*Beleidsvisie:*

Ik wil dat er aparte prestaties komen voor acute zorg thuis, waarbij dezelfde zorg of gelijkwaardige zorg gelijk bekostigd wordt, ongeacht de functionaris of zorgaanbieder die dit uitvoert. Ik vraag u daarbij specifiek te onderzoeken of bijvoorbeeld aparte prestaties per sector of één sectoroverstijgende prestatie de voorkeur heeft, rekening houdend met mogelijke verschillen in aanspraken. Daarbij kan ik me wel voorstellen dat het nodig is om in de prestaties gradaties aan te brengen afhankelijk van de complexiteit van de verleende zorg. De achtergrond hiervan is de grote versnippering van de bekostiging tussen de verschillende sectoren die bijdragen aan het leveren van acute zorg thuis. In sommige sectoren is ook geen aparte prestatie voor acute zorg die thuis verleend wordt. Ik wil zo min mogelijk financiële of administratieve drempels om de juiste zorg thuis door de juiste zorgverlener te laten plaatsvinden. Graag ontvang ik uw advies over dit voorstel.

- b) Integratie tussen HAP en SEH (al dan niet fysiek op 1 locatie).

*Beleidsvisie*

Ik wil de verdere integratie van de HAP en SEH of afdelingen laagcomplex acute ziekenhuiszorg stimuleren met een passend bekostigingssysteem. Aan de hand van best practices verneem ik graag met welke bekostiging dit mogelijk kan worden gemaakt. Als bij verschillende voorbeelden een ander bekostigingssysteem het best passend is, vraag ik u deze verschillen aan de hand van scenario's inzichtelijk te maken.

- c) Beschikbaarheid van ketenbrede expertise (zoals ggz, ouderenzorg, acute mondzorg en HAP/SEH) op één locatie bij de triage en beoordeling van complexe patiënten met een zorgvraag op het snijvlak van meerdere sectoren.

*Beleidsvisie:*

Ik wil dat er één aparte prestatie komt of meerdere prestaties komen voor de inzet van de benodigde expertise op één spoedlocatie. Op die manier wordt de bekostiging van dergelijke inzet meer losgeknipt van de reguliere zorg en bekostiging bij de aanbieder uit de betreffende sector. Het gaat hierbij dus op zijn minst om het losknippen van de prestaties van de reguliere zorg binnen een sector. Mogelijk is het ook nuttig deze prestaties sectoroverstijgend en multidisciplinair te maken. De achtergrond hiervan is dat steeds meer acute zorgvragen zich



bevinden op het snijvlak van meerdere sectoren, zoals huisartsenzorg, ggz en ouderenzorg. Wanneer expertise ter plaatse nodig is van andere aanbieders en/of sectoren, kan het feit dat daar geen aparte bekostiging vanuit die sectoren voor is, zorgen voor drempels in het bijdragen aan zorg op de spoedlocatie. Graag ontvang ik advies over dit voorstel. Ik vraag u daarbij aan te sluiten bij best practices. Als bij verschillende voorbeelden een ander bekostigingssysteem het best passend is, vraag ik u deze verschillen aan de hand van scenario's inzichtelijk te maken.

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Patiënt en  
Zorgordening  
Team C

d) Faciliteren van samenwerking tussen ziekenhuizen onderling

*Beleidsvisie:*

Ik wil verkennen of een aparte prestatie met een vrij tarief voor SEH-opnames het voor ziekenhuizen vergemakkelijkt om afspraken te maken met zorgverzekeraars over (compensatie voor) volume-effecten van samenwerking. Dit om te stimuleren dat ziekenhuizen onderlinge afspraken maken over doelmatig gebruik van schaarse middelen. Dan denk ik bijvoorbeeld aan lokale afspraken om de SEH in de nacht (roulerend) op minder plaatsen open te laten. Een dergelijke afspraak heeft direct gevolgen voor de volumestromen en daarmee voor de inkomsten van ziekenhuizen. Door een aparte prestatie voor SEH-opnames met een vrij tarief, kan er ruimte ontstaan om volume-effecten in de contractering gericht en transparant (waar nodig) te compenseren in de prijzen. Daarbij acht ik het van belang dat deze prestatie formeel gekoppeld is aan zorgverlening, zodat geen onduidelijkheid bestaat over aanspraken en rechtmatigheid. Graag ontvang ik advies over dit voorstel. Ik vraag u daarbij aan te sluiten bij best practices.

2. Welke bekostiging faciliteert en stimuleert afspraken over en sturing op beschikbaarheid en uitkomsten het best op de volgende onderdelen:

a. Belonen van goede prestaties op de 'call-to-needle-tijd' in de keten

*Beleidsvisie:*

Het Zorginstituut werkt aan 'call-to-needle' tijdnormen voor een aantal specifieke tijd kritische aandoeningen. De huidige bekostiging is niet gericht op de ketenbrede prestatie die daarvoor nodig is. Ik ben van mening dat het nodig is een aparte, ketenbrede prestatie te ontwikkelen die het mogelijk maakt om gerichte (financiële) afspraken te maken voor deze processen. Graag ontvang ik advies over hoe dit in de bekostiging vormgegeven kan worden. Ik verwacht dat u hierbij praktijkervaringen met bundelbekostiging en ervaringen uit de integrale bekostiging van de geboortezorg betreft.

b. Beschikbaarheid, toegankelijkheid en uitkomsten van SEH-zorg

*Beleidsvisie:*

Ik wil verkennen welke prestaties aan de bekostiging kunnen worden toegevoegd, die de inkoop van beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de SEH-zorg faciliteren en stimuleren. Er zijn goede



voorbeelden van afspraken die in de contractering gemaakt worden over bijvoorbeeld wachttijden, het aantal SEH-stops en de doorstroom vanaf de SEH. Deze zijn altijd onderdeel van de totale ziekenhuisbekostiging; er zijn geen gerichte prestaties in de bekostiging die bij dergelijke afspraken aansluiten. Graag ontvang ik uw advies over welke prestaties in de bekostiging dit kunnen zijn. Ik verwacht dat u daarbij gebruik maakt van best practices van contractafspraken. Als bij verschillende voorbeelden een ander bekostigingssysteem het best passend is, vraag ik u deze verschillen aan de hand van scenario's inzichtelijk te maken.

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Patiënt en  
Zorgordening  
Team C

- Als het gaat om de lange termijn, wil ik een goed onderbouwd besluit kunnen nemen over beschikbaarheidsbekostiging voor de SEH, zoals u adviseert in uw eerdere advies Passende acute zorg. Een dergelijke stap is immers niet mogelijk zonder eerst de bekostiging van de SEH volledig los te knippen van de ziekenhuisbekostiging. Een complete set aan aparte prestaties voor de SEH zou hiervoor een eerste stap kunnen zijn. Graag ontvang ik van u een analyse van hoe dit in de bekostiging vormgegeven kan worden, met in het bijzonder aandacht voor de impact op administratieve gevolgen voor ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Ik verzoek u deze vraag te bezien in samenhang met bovengenoemde vragen die ook (gedeeltelijk) betrekking hebben op de SEH-bekostiging.
- Begin 2023 worden scenario's voor zorgcoördinatie bekend (zie traject LNAZ, Actiz, InEen, AZN, ZN). Voor zover de bekostigingsvragen die daaruit voortkomen concreet genoeg zijn en geen onderdeel zijn van bovengenoemde vragen, verzoek ik u de uitkomsten van die scenario's mee te nemen in de uitkomsten van dit onderzoek.

#### *Randvoorwaarden*

Ik ben mij ervan bewust dat aanpassing van de bekostiging grote gevolgen kan hebben voor veldpartijen. Bij elk van bovenstaande vragen vraag ik u daarom om steeds zorgvuldige analyse te geven van:

- Welke risico's er zijn voor vertraging door administratieve lasten en onzekerheid.
- Hoe eventuele nieuwe aanpassingen zich verhouden tot andere actuele beleidsontwikkelingen en adviezen en wat daarvan geleerd kan worden (zoals bijvoorbeeld lessen uit het Bekostigingsadvies kwetsbare ouderen (BACO-advies), de nadere NZa verkenning rondom de sectoroverstijgende betaaltitel en (praktijk)ontwikkelingen op het terrein van zelfzorg en digitale zorg als onderdeel van de beweging naar passende zorg).
- Wat eventuele nadelige neveneffecten van aanpassingen in de bekostiging van onderdelen van de acute zorg zijn voor (de inkoop van) aanpalende zorgsoorten.
- Welke mogelijkheden er zijn na aanpassingen in de bekostiging voor toezicht en handhaving op specifieke netwerken van zorg.

Verder vraag ik u bij uw onderzoek zorgpartijen actief te betrekken. Dan gaat het zowel om consultatie bij de algemene richting van het onderzoek, als het zoveel mogelijk gebruik maken van lessen van bestaande samenwerkingsinitiatieven in de praktijk. In het algemeen acht ik het van belang bij het onderzoek goed gebruik te maken van (nationale en internationale) praktijkvoorbeelden.



Tot slot vraag ik u mij te adviseren over welke kansrijke oplossingen uit uw onderzoek zich goed zouden lenen voor een toekomstig bekostigingsexperiment.

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Patiënt en  
Zorgordening  
Team C

### **Procesafspraken**

Gezien de uitgebreide vraagstelling in dit advies, verzoek ik u om een proces in te richten dat voorziet in een constructieve opdrachtgever-opdrachtnemer relatie.

Onderdeel daarvan is in ieder geval:

- Een gezamenlijke kick-off waarin een inhoudelijk en procesmatig plan van aanpak besproken wordt;
- Een eerste periodiek overleg na circa twee maanden waarin aan de hand van een impact-haalbaarheidsanalyse nadere accenten/prioritering aangebracht kan worden en
- Een circa tweemaandelijks overleg waarin de voortgang op de beantwoording van de vragen en eventuele andere keuzes worden besproken.

Ik verzoek u om het advies uiterlijk 1 december 2023 op te leveren.

Ik ga ervan uit dat de kosten kunnen worden opgevangen binnen de door VWS beschikbaar gestelde middelen. Gedetailleerde kostenonderzoeken zijn geen onderdeel van deze opdracht. Ook eventuele andersoortige onderzoeksvragen die uit de scenario's voor zorgcoördinatie komen zijn geen onderdeel van de opdracht. Eventuele onduidelijkheid hierover kan in de periodieke opdrachtgever-opdrachtnemer overleggen besproken worden.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

Ernst Kuipers