Uitvoeringsadvies budgetbekostiging spoedeisende hulp en acute verloskunde

Deel 1

4 februari 2025

Inhoudsopgave

Samenvatting		**4**
1	**Aanleiding en opdracht**	**7**
1.1	Aanleiding	7
1.2	Opdracht aan de NZa	8
1.3	Uitgangspunten	9
2	**Invulling NZa van de opdracht**	**10**
2.1	Inleiding	10
2.2	Deel 1: huidig rapport (inclusief leeswijzer)	10
2.3	Deel 2: toekomstig rapport	11
3	**Stappen om budgetbekostiging in te voeren**	**12**
3.1	Inleiding	12
3.2	Normenkader	12
3.3	Afbakening	13
3.4	Vormgeving wet- en regelgeving	14
3.5	Vormgeving budgetbekostiging en schoning alle msz-tarieven	14
3.5.1	Vaststellen budget op basis van parameters	14
3.5.2	Financiering	14
3.5.3	Uitkomsten die de seh of av levert voor dit budget	15
3.5.4	Schoning msz-tarieven en contractafspraken	15
3.5.5	Inrichten technische systemen	16
3.5.6	Tijdslijn vormgeven budgetbekostiging	16
3.6	Contractering	16
3.7	Eigen risico en risicoverevening	17
4	**Scenario's en roadmap voor budgetbekostiging**	**18**
4.1	Inleiding	18
4.2	Roadmap scenario 1	18
4.2.1	Invoeringsjaar van scenario 1	19
4.3	Roadmap scenario 2	23
4.4	Scenario's en doelstellingen	24
4.4.1	Beoordelingscriteria scenario's	25

4.4.2	Realisatie doelstellingen	25
4.5	Toekomstbestendige beschikbaarheidsbekostiging	28
4.5.1	Toekomstbestendig normenkader als voorwaarde	29
4.6	Aanvullende opmerkingen voor av bij scenario's	30
4.7	Conclusie en reacties partijen	31
5	**Betekenisvolle stappen richting budgetbekostiging**	**35**
5.1	Inleiding	35
5.2	Betekenisvolle stappen 2025-2026 van de scenario's	35
5.3	Bestuurlijke afspraken en afspraken via de contractering per 2026	36
5.4	Conclusie en reacties partijen	38
6	**Conclusie**	**39**
7	**Reacties NFU, NVZ en ZN**	**41**

Samenvatting

De acute zorg in Nederland moet toegankelijk, betaalbaar en kwalitatief goed zijn. Daarom heeft de NZa eerder in haar Advies Passende acute zorg geconcludeerd dat de acute zorgketen een transitie nodig heeft. De keten piept en kraakt: enorme druk op de huisartsenpost, ziekenhuizen die door personeelstekorten tijdelijk de spoedeisende hulp moeten sluiten, problemen bij de uitstroom van patiënten, en veel te weinig inzicht in elkaars capaciteit. Deze transitie moet de acute zorgketen toekomstbestendiger maken en beter aan laten sluiten bij de toekomstige acute zorgvraag. De bekostiging en financiering moeten dit ondersteunen, de huidige doet dit in onvoldoende mate. Hierover hebben we eerder in het Advies Bekostiging acute zorg geadviseerd.

In het regeerakkoord heeft het Kabinet het voornemen opgenomen om budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp, acute verloskunde en de intensive care afdelingen in te voeren. In navolging hierop heeft de NZa eind november 2024 van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een adviesaanvraag ontvangen. De Minister vraagt naar de mogelijkheden voor het invoeren van budgetbekostiging met inkoop in representatie voor de spoedeisende hulp en acute verloskunde. Met deze bekostiging beoogt de Minister:

- De samenwerking tussen ziekenhuizen en tussen ziekenhuizen en andere schakels in de keten van acute zorg te versterken en;
- Ziekenhuizen meer financiële zekerheid te geven, waardoor financiële problemen geen reden kunnen zijn om de spoedeisende hulp of afdeling voor acute verloskunde te sluiten.

De adviesaanvraag van de Minister bestaat uit twee delen. Voor deel 1 (beschreven in dit rapport) is het verzoek om in kaart te brengen welke betekenisvolle stappen er gezet kunnen worden naar budgetbekostiging met inkoop in representatie door zorgverzekeraars voor de spoedeisende hulp (seh) en acute verloskunde in de ziekenhuiszorg. Tevens vraagt de Minister van VWS ons om een tijdpad voor gefaseerde invoering van budgetbekostiging in 2026 en verder. Nadere uitwerkingsvraagstukken voor de budgetbekostiging werkt de NZa uit in deel 2 en levert dit in juli 2025 op.

Invoering budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp en acute verloskunde

De NZa onderscheidt de volgende twee scenario's, een groeipad en een mogelijke combinatie:

1 een budgetbekostiging met beperkte afbakening per 2027
2 een budgetbekostiging met bredere en gedifferentieerde afbakening per 2028
3 een groeipad naar budgetbekostiging op basis van een normenkader voor het acute zorglandschap
4 een combinatie waarin we zowel op de korte termijn eerste stappen naar budgetbekostiging zetten maar ook inzetten op het groeipad voor het toekomstbestendige acute zorglandschap.

We lichten deze mogelijkheden achtereenvolgens toe.

Mogelijkheden per 2027 en 2028

In het eerste scenario gaan we uit van invoering van budgetbekostiging op basis van de huidige afbakening van de beschikbaarheidbijdragen seh en acute verloskunde. Invoering kan per 2027, mits de keuze voor het scenario (lees: de afbakening van de budgetbekostiging) op korte termijn door de Minister gemaakt wordt en bij ons bekend is. Bij invoering per 2026 is sprake van vergaande negatieve consequenties voor de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars. Ook kan niet voldaan worden aan de randvoorwaarde van budgetneutraliteit.

In het tweede scenario gaan we uit van een afbakening met differentiatie, om aan te sluiten bij de praktijkvariatie van de seh's en afdelingen voor acute verloskunde in Nederland. Zodat de budgetten passend zijn voor de acute zorgvorm die men beschikbaar houdt. Deze gedifferentieerde afbakening moet nog vorm worden gegeven, bijvoorbeeld door een werkgroep met zorginhoudelijk en technische experts. Wanneer de werkgroep direct start, verwachten we dat invoering van budgetbekostiging per 2028 mogelijk is.

We toetsen deze twee scenario's voor invoering van de budgetbekostiging aan een aantal doelstellingen: financiële zekerheid, optimale inzet schaars personeel acute zorg, redelijkerwijs kostendekkendheid, samenwerking stimuleren, toegankelijkheid seh/acute verloskunde en toegang tot overige ziekenhuiszorg, kwaliteit, risico op dubbele bekostiging, en effect op macro zorgkosten.

Een budgetbekostiging op basis van een beperkte afbakening (scenario 1) dekt slechts een gedeelte van de kosten van de seh en draagt minimaal bij aan meer samenwerking en toegankelijkheid van de seh en acute verloskunde. Een bredere afbakening met differentiatie (scenario 2) draagt meer bij aan deze doelstellingen. Daarentegen is invoering van budgetbekostiging op basis van een bredere afbakening met differentiatie, ingewikkelder als het gaat om het voorkomen van dubbele bekostiging en de doorlooptijd is langer. Bij de beperkte afbakening is het maar de vraag of alle inspanningen van alle ziekenhuizen en zorgverzekeraars in proportie staan tot de beperkte meerwaarde voor maar een klein aantal ziekenhuizen.

Beide scenario's zijn niet haalbaar voor 2026, en dat heeft te maken met de verschillende stappen die we moeten zetten bij een dergelijke wijziging van een bekostigingssysteem (zie hoofdstuk 3 voor een overzicht). Voor de beide scenario's gelden met name de volgende met elkaar samenhangende redenen:

- invoering op korte termijn vraagt veel van de zorgaanbieders en zorgverzekeraars en geeft hen onduidelijkheid omdat we de termijnen voor de inkoop van medisch-specialistische zorg niet halen. Zorgverzekeraars zijn verplicht om uiterlijk 1 april hun zorginkoopbeleid kenbaar te maken.
- de NZa moet de tarieven medisch-specialistische zorg op tijd kunnen schonen om een budgetneutrale invoering te realiseren. Daarbij geldt dat de NZa moet kunnen motiveren dat haar budgetten en tarieven redelijkerwijs kostendekkend zijn, maar hier niet toe in staat is wanneer invoering per 2026 wordt doorgevoerd.
- de budgetbekostiging moet in de risicoverevening voor zorgverzekeraars worden verwerkt, en dat is niet haalbaar per 2026.

Groeipad

Naast de korte termijn scenario's schetsen we ook een groeipad naar een budgetbekostiging gebaseerd op een gedeeld normenkader. Dat normenkader verschaft duidelijkheid over de inrichting van de acute zorg in het algemeen en het seh-landschap in het bijzonder. Dit groeipad helpt bij de maatschappelijke opgave waarvoor de acute zorgketen momenteel staat (stijgende zorgvraag en schaars personeel, toegankelijkheid onder druk). Binnen dit groeipad moeten er keuzes gemaakt worden die bijdragen aan een optimale inzet van schaars personeel, de samenwerking tussen ziekenhuizen en tussen het ziekenhuis en ketenpartners bevorderen en beter de macro budgetneutraliteit kunnen borgen.

Mogelijke combinatie

Het risico van bovenstaand groeipad is dat op veel aspecten overeenstemming moet worden bereikt met vertraging als gevolg. Daarom kan de Minister ook kiezen voor een combinatie met één van de eerste twee scenario's, zowel parallel of volgtijdelijk. Dat betekent dat de Minister al in 2025 belangrijke besluiten kan nemen (een aanwijzing aan de NZa voor de wijziging per 2027, aanpassing van de risicoverevening, inrichting van een budgetproces op basis van representatie) die leiden tot een eerste

aanpassing per 2027. Als de Minister kiest voor een meer bredere en gedifferentieerde afbakening als eerste stap is invoering per 2028 mogelijk. Vervolgens breiden we de budgetbekostiging geleidelijk uit waarbij we ook leren van de (regionale) initiatieven die verdere optimalisering van het acute zorgnetwerk als doelstelling hebben. Belangrijk aandachtspunt hierbij is dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars te maken krijgen met een aantal aanpassingen achter elkaar.

Maatregelen voor de acute verloskunde: meer voorbereiding nodig
Voor de invoering van budgetbekostiging voor acute verloskunde gelden dezelfde stappen en in principe dezelfde scenario's als voor budgetbekostiging van de seh. De consequenties van budgetbekostiging voor acute verloskunde zijn nog niet eerder onderzocht en de acute verloskunde is op verschillende punten complex. Daarom is nog niet te overzien of en hoe een budgetbekostiging voor acute verloskunde kan bijdragen aan de doelstellingen van de Minister. We adviseren dan ook om voor acute verloskunde een extra stap aan de voorkant toe te voegen waarin wordt onderzocht wat de consequenties zijn van budgetbekostiging voor acute verloskunde. Daarom is de doorlooptijd van de scenario's voor acute verloskunde langer.

Betekenisvolle stappen in 2025 en 2026 via bestuurlijke afspraken

In anticipatie op stappen per 2027 en 2028 is het mogelijk stappen op kortere termijn te zetten via bestuurlijke afspraken. Het gaat om een bestuurlijke afspraak die sluitingen van spoedeisende hulpen of afdelingen voor acute verloskunde vanwege financiële onzekerheid doet voorkomen. Maar we schetsen ook de optie om via bestuurlijke afspraken een eerste stap naar budgetbekostiging te zetten in de contractering van de ziekenhuizen en zorgverzekeraars terecht komen.

Deze stappen kunnen bijdragen aan de doelstellingen van de Minister. Deze afspraken kunnen zorgen voor meer financiële zekerheid van ziekenhuizen. In 2025 en 2026 blijven dan de reguliere bekostiging van de medisch-specialistische zorg en de beschikbaarheidbijdragen seh en acute verloskunde nog voortbestaan. Voor bestuurlijke afspraken over bijvoorbeeld het contracteren van ziekenhuizen op de korte termijn met een budget voor de seh of acute verloskunde bestaat geen draagvlak bij ziekenhuizen en zorgverzekeraars

Reactie partijen

NVZ, NFU en ZN geven gemeenschappelijk aan dat zij net als de Minister, gemotiveerd zijn en de urgentie te voelen om betekenisvolle stappen te zetten waarmee ze de toegankelijkheid tot goede acute zorg kunnen borgen voor iedereen in Nederland. Deze drie partijen zijn bereid om bestuurlijke afspraken te maken zodat een tekort aan financiële middelen geen aanleiding is voor het sluiten van de seh of acute verloskunde. Ook zijn ze het erover eens dat een ingrijpend besluit als invoering van budgetbekostiging voor de seh en acute verloskunde een zorgvuldig proces moet doorlopen. Zij concluderen daarom gezamenlijk dat het invoeren van budgetbekostiging via scenario 1 onrealistisch en niet haalbaar is. Ze concluderen ook dat het invoeren van tijdelijke, tussentijdse stappen van vormen van budgetbekostiging per 2026 niet realistisch en haalbaar zijn. Voor het overige lopen meningen van de drie partijen uiteen; geen van de scenario's kan rekenen op unanieme steun.

1 Aanleiding en opdracht

1.1 Aanleiding

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft eind november van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een adviesaanvraag ontvangen. Deze aanvraag bestaat uit het verzoek om in kaart te brengen welke betekenisvolle stappen er gezet kunnen worden naar budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp (seh) en acute verloskunde (av) in de ziekenhuiszorg. Tevens vraagt de Minister van VWS (hierna: de Minister) ons om een tijdpad voor gefaseerde invoering in 2026 en verder. De Minister vraagt ons hierbij antwoorden te geven op uitvoeringsvraagstukken.

De aanleiding voor deze vraag van VWS is de volgende afspraak uit het regeerprogramma van kabinet-Schoof:
"We willen dat de acute spoedeisende hulp, acute verloskunde en de intensive care afdelingen gefinancierd worden op basis van een vast budget. De NZa wordt gevraagd gefaseerd en zo snel mogelijk budgetbekostiging mogelijk te maken. Dit geeft zekerheid voor kleinere ziekenhuizen en maakt samenwerking gemakkelijker. Zorgverzekeraars kopen deze zorg in op dezelfde manier als ambulancezorg. Op deze manier werkt het kabinet aan minder marktwerking in de zorg en toegankelijkere zorg in de regio."

Samengevat beoogt het kabinet hiermee:
- Meer financiële zekerheid te geven voor kleinere ziekenhuizen;
- De samenwerking tussen ziekenhuizen en de overige partners in de keten makkelijker te maken;
- Marktwerking in de zorg te verminderen;
- Te werken aan toegankelijke acute zorg in de regio.

Toelichting kernbegrippen
Dit rapport richt zich op de beweging naar een budgetbekostiging voor seh en av. We zien dat daarbij de verschillende begrippen en terminologie soms tot verwarring leiden. Daarom hier een omschrijving van drie kernbegrippen: beschikbaarheidsbekostiging, (a) budgetbekostiging en (b) de beschikbaarheidbijdrage.

Beschikbaarheidsbekostiging
Bekostiging op basis van beschikbaarheid, om een bepaalde zorgcapaciteit beschikbaar te houden ongeacht de hoeveelheid geleverde zorg. Er zijn twee vormen van beschikbaarheidsbekostiging:

a Budgetbekostiging (inkoop via zorgverzekeraars)
Budgetbekostiging is een vorm van beschikbaarheidsbekostiging. Bij budgetbekostiging komen een zorgaanbieder en representerende zorgverzekeraars een budget overeen, waarbij zij de hoogte van het budget afspreken op basis van NZa-budgetparameters. De NZa stelt de overeengekomen hoogte van het budget vervolgens vast. Het doel van een budget is het bekostigen van een bepaalde soort zorg en de daarbij behorende ondersteunende structuur en activiteiten. Om het afgesproken budget te dekken, is er sprake van financiering van de zorgverzekeraars aan de zorgaanbieder door gedeclareerde zorgprestaties te vergoeden. Deze financiering vormt de opbrengsten van de zorgaanbieder.

We kennen al verschillende vormen van budgetbekostiging binnen de acute zorg. Zo hebben we op dit moment een budgetbekostiging voor de acute ggz, de regionale ambulancevoorzieningen en de huisartsenposten. Vaak is er bij een budgetbekostiging sprake van een beschikbaarheidsfunctie. Het gaat om zorg die beschikbaar moet zijn, ongeacht of er op dat moment vraag naar is. De zorgaanbieder moet ook haar kosten kunnen dekken wanneer zij beschikbaar is maar weinig zorg levert.

Inkoop in representatie
Bij zorginkoop in representatie kopen één of twee zorgverzekeraars namens alle zorgverzekeraars de zorg in voor die betreffende regio of zorgaanbieder. Anders dan bij volgbeleid moeten de andere zorgverzekeraars de gemaakte afspraken volgen. Dit beperkt de vrijheid van individuele zorgverzekeraars aanzienlijk en borgt de gelijkgerichtheid. Door de afwezigheid van verschillen in de contractafspraken tussen zorgverzekeraars kan de voorspelbaarheid en de continuïteit van de (financiële) bedrijfsvoering verbeteren.

b Beschikbaarheidbijdrage (overheidssubsidie)
De beschikbaarheidbijdrage is slechts één specifieke vorm van beschikbaarheidsbekostiging; namelijk een overheidssubsidie voor bijzondere zorgfuncties. Deze vorm van bekostiging kan alleen worden ingevoerd voor vormen van zorg waarvan de kosten niet (geheel) zijn toe te rekenen naar individuele zorgverzekeraars of verzekerden, of waarvan die toerekening marktverstorend werkt, en die niet op andere manier bekostigd kan worden (art. 56a Wet marktverordening gezondheidzorg (Wmg)).

Advies Bekostiging acute zorg en huidig rapport
In ons eerdere advies Bekostiging acute zorg hebben we geadviseerd om beschikbaarheidsbekostiging voor de seh vorm te geven via een budgetbekostiging met inkoop in representatie. In aansluiting op ons advies vraagt de Minister ons om advies over een budgetbekostiging voor de seh en av, met inkoop in representatie door zorgverzekeraars. In dit rapport zullen we daarom hoofdzakelijk de term budgetbekostiging gebruiken, tenzij we specifiek op andere vormen van bekostiging doelen. Budgetbekostiging houdt in dit rapport per definitie dan ook inkoop via representatie in.

Daarnaast merken we op dat daar waar we schrijven over de budgetbekostiging voor de seh en de av, het gaat om twee nog te introduceren en separate budgetbekostigingen. Het gaat dus om één budgetbekostiging voor de seh en om één budgetbekostiging voor de av.

1.2 Opdracht aan de NZa

In de brief van 25 november 2024 (kenmerk 4008919-1075388-PZo) verzoekt de Minister van VWS de NZa om een uitvoerbaarheids- en handhaafbaarheidstoets uit te brengen inzake een toekomstige budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp en acute verloskunde, met inkoop in representatie door zorgverzekeraars. Het verzoek bevat een scheiding tussen twee op te leveren adviezen:

- De Minister verzoekt ons om te adviseren welke betekenisvolle stappen per 1 januari 2026 gezet kunnen worden én te adviseren over een concreet tijdpad voor gefaseerde invoering van budgetbekostiging voor de seh en av. Dit advies ontvangt de Minister graag uiterlijk 1 februari 2025.

- De Minister verzoekt ons om uiterlijk 1 juli 2025 ons advies en antwoorden op de (in de brief) beschreven uitvoeringsvraagstukken voor een gefaseerde invoering per 2026, 2027 en 2028 van budgetbekostiging voor de seh en av op te leveren.

Daarbij stelt de Minister ons specifiek de volgende vragen:

Vragen opdracht VWS

1 *Hoe kan budgetbekostiging met inkoop in representatie voor de seh en av zo snel mogelijk worden ingevoerd?*
   a *Kunt u aangeven wat nodig is om dit te realiseren, welke keuzes daarvoor gemaakt moeten worden en welke kansen en risico's hiermee gepaard gaan?*
   b *Kunt u, als onderdeel daarvan, beschrijven wat het betekent als budgetbekostiging vooralsnog wordt ingevoerd op basis van de afbakening en berekening van de kosten zoals die gebruikt worden voor de beschikbaarheidbijdrage seh en av?*
2 *Welke stappen zijn er in het kader van een gefaseerde invoering per 2026, 2027 en 2028 te zetten, als het gaat om de invoering van budgetbekostiging voor de seh en av met inkoop in representatie?*

De Minister vraagt ons hierbij antwoord te geven op een reeks met uitvoeringsvraagstukken. Het betreft de volgende uitvoeringsvraagstukken:

- Bekostiging
- Kwaliteit
- Eigen risico en risicoverevening
- Schoning
- Gevolgen voor zorgmarkten
- Administratieve lasten
- Gevolgen voor beschikbaarheidbijdrage seh en beschikbaarheidbijdrage av en mogelijk overgangsrecht
- Impact ziekenhuis
- Impact av
- Arbeidsmarkt
- Budgettaire effecten
- Draagvlak en consultatie

1.3 Uitgangspunten

De Minister geeft ons een aantal uitgangspunten mee met betrekking tot de budgetbekostiging voor de seh en av:

- Budgetbekostiging geldt voor elke afdeling seh en av in Nederland;
- We kunnen uitgaan van de begrippen seh en av zoals het RIVM dit hanteert in haar Bereikbaarheidsanalyse seh's en acute verloskunde;
- Voor wat betreft kwaliteit van de zorg op seh's is het Kwaliteitskader Spoedzorgketen leidend;
- Voor de kwaliteit van de acute verloskunde, is het hoofdstuk 'Acute zorg' uit de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg leidend.
- Omdat budgetbekostiging voor alle ziekenhuizen gaat gelden, vervangt dit voor een deel van de ziekenhuizen de huidige beschikbaarheidbijdrage voor seh en de huidige beschikbaarheidbijdrage av;
- Inkoop vindt plaats door zorgverzekeraars in representatie;
- De invoering van budgetbekostiging is budgetneutraal.

2 Invulling NZa van de opdracht

2.1 Inleiding

De Minister heeft ons gevraagd de opdracht met betrekking tot budgetbekostiging voor de seh en av op te knippen in een adviesdeel dat we uiterlijk 1 februari 2025 kunnen opleveren (hierna: deel 1), en een adviesdeel dat we uiterlijk 1 juli 2025 opleveren (hierna: deel 2). Hieronder beschrijven we wat we per deel onderzoeken.

2.2 Deel 1: huidig rapport (inclusief leeswijzer)

In dit rapport beschrijven we allereerst welke stappen er gezet moeten worden om een budgetbekostiging voor seh en av in te voeren. Dit betreft vragen 1 en 1a uit de opdrachtbrief. Dit werken we uit in hoofdstuk 3.

In hoofdstuk 4 beschrijven we vervolgens voor verschillende scenario's de globale roadmap horend bij het doorlopen van deze stappen. We houden hierbij rekening met de grofmazige tijdlijnen die nodig zijn voor verschillende uitvoeringsvraagstukken. Het concreet beantwoorden van deze uitvoeringsvraagstukken zullen we in deel 2 opleveren. In hoofdstuk 4 beschouwen we ook wat het zou kunnen betekenen als de Minister de huidige afbakening van de beschikbaarheidbijdrage van de seh en av gebruikt voor het vormgeven van de afbakening van budgetbekostiging. Dit werken we uit in scenario 1 en betreft vraag 1b uit de opdrachtbrief.

Tot slot staan we in hoofdstuk 5 stil bij welke betekenisvolle stappen er nog meer gezet kunnen worden in 2025 en 2026 richting budgetbekostiging voor de seh en av. In hoofdstuk 6 geven we onze conclusie.

Geconsulteerde partijen

Voor het rapport maken we gebruik van de input van de betrokken partijen: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Hun input vatten we samen in hoofdstuk 7. Andere veldpartijen zoals de partijen in de geboortezorg, zorgprofessionals en ketenpartners zijn vooralsnog niet formeel betrokken op deel 1. De ontvangen reacties van partijen hebben we integraal onderaan ons rapport ingevoegd.

De adviesvraag van het Ministerie van VWS heeft een zeer korte doorlooptijd. Dit betekent dat er beperkte tijd was voor raadpleging van de veldpartijen.

(Geen) uitvoerings- en handhaafbaarheidstoets

De NZa kan een uitvoerings- en handhaafbaarheidstoets (UHT) uitvoeren wanneer er een definitief ontwerpvoorstel ligt voor wijziging van wet- of regelgeving. Hoewel de Minister op hoofdlijnen de vraag stelt of invoering van budgetbekostiging voor de seh en av uitvoerbaar is, staan er in de brief ook nog adviesvragen over de manier waarop het voorstel vormgegeven kan worden. Daarom beschouwen we dit rapport als een uitvoeringsadvies. Omdat ook geen grote wijziging van wet- of regelgeving ten grondslag ligt aan de uitvraag van de Minister, is een formele UHT op dit moment niet passend. Daarbij

willen wij benadrukken dat dit deel 1 is van ons advies en dat wij, na de keuze van de Minister, in deel 2 nader in kunnen gaan op de uitvoering (en alles wat daarbij komt kijken).

2.3 Deel 2: toekomstig rapport

De globale roadmap uit deel 1 zal het startpunt zijn voor het tweede rapport van de NZa. In deel 2 geven we nadere uitwerking van de uitvoeringsvraagstukken. Wanneer we beter zicht hebben op de antwoorden op de uitvoeringsvraagstukken, zijn we in staat een meer gedetailleerde planning en concrete stappen op te leveren in deel 2. Deel 2 volgt naar verwachting op 1 juli 2025.

3 Stappen om budgetbekostiging in te voeren

3.1 Inleiding

Figuur 1 schetst het proces om tot een budgetbekostiging te komen en de verantwoordelijke partij per stap in een figuur. We werken in elk van de paragrafen van dit hoofdstuk één stap van dit proces uit. Op hoofdlijnen zal dit proces dezelfde stappen hebben voor de seh en de av.

De basis hiervoor komt uit het eerdere advies dat wij eind 2023 over een beschikbaarheidsbekostiging voor de seh hebben uitgebracht in ons Advies Bekostiging acute zorg. In dat advies schetsten we de randvoorwaardelijke processen en verschillende keuzes die gemaakt moeten worden voordat een bekostiging van de seh op basis van beschikbaarheid kan worden ingevoerd.

Figuur 1 - Stappen om budgetbekostiging in te voeren



3.2 Normenkader

Zoals wij ook in ons eerdere advies Passende acute zorg en advies Bekostiging acute zorg hebben aangegeven, is de eerste randvoorwaardelijke stap voor invoering van een budgetbekostiging voor de seh een heldere beleidsmatige visie met een normenkader voor de acute zorg in Nederland. Het normenkader verschaft duidelijkheid over de inrichting van de inrichting van de acute zorg in het

algemeen en het seh-landschap in het bijzonder. Het normenkader geeft daarmee vorm aan de afweging tussen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van acute zorg.

Normenkader beschikbaarheid seh's en afdelingen av
Welke seh en av-capaciteit en functies moeten er beschikbaar zijn en aan welke eisen op het gebied van kwaliteit en bereikbaarheid moeten deze voldoen?

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

Concreet betekent dit dat er een (wettelijk) kader nodig is om de vergoeding te reguleren. Er moeten criteria worden vastgesteld voor het aanwijzen van de (locaties van) aanbieders van acute zorg die in aanmerking komen voor de budgetbekostiging. Immers: voor een budgetbekostiging voor de seh en av op basis van beschikbaarheid moet vooraf helder zijn wat er (minimaal) beschikbaar moet zijn. Als dit is ingevuld, kan een budgetbekostiging vervolgens als sluitstuk dienen om het landschap voortkomend uit het normenkaderpassend te bekostigen.

3.3 Afbakening

Naast het normenkader, is randvoorwaardelijk dat in samenhang met het normenkader nadere invulling wordt gegeven aan de zorginhoudelijke- en budgetafbakening van de seh en de av. De noodzakelijkheid van deze stap volgt uit de grote verwevenheid van de seh en av met de rest van de medisch-specialistische zorg. Dit zie je voor de seh bijvoorbeeld terug aan de uitwisselbaarheid van de personele inzet en de zorgactiviteiten op de verschillende locaties in het ziekenhuis. Maar er is ook een gebrek aan inzicht: we weten momenteel niet precies welke zorg, waarom en door wie geleverd wordt op de seh en/of in de av. Er zijn bovendien geen specifieke zorgproducten voor de seh of de acute verloskunde.

Vanuit juridisch perspectief is een strakke en eenduidige afbakening noodzakelijk. Hiermee bedoelen wij dat er geen ruimte is voor interpretatie van de afbakening door partijen. Het moet helder zijn welke zorg (en dus welke daarmee gepaard gaande kosten) binnen de budgetbekostiging valt. Op het moment dat de afbakening ruimte laat voor discussie bij partijen, kan dit leiden tot verschillen van inzicht die juridisch kunnen worden aangevochten. Hierbij kan de redelijkerwijs kostendekkendheid van het budget ter discussie worden gesteld en zal dit ook aangetoond moeten worden. Op die manier wordt het doel van de Minister met budgetbekostiging, namelijk zekerheid en samenwerking, niet behaald. Met het oog op samenwerking is het eventueel mogelijk om naast de strakke afbakening partijen wel ruimte te geven om aanvullende maatwerkafspraken te maken.

Voor deze afbakeningsstap is de volgende vraag relevant:

Vraag afbakening
Welke afbakening van de seh en av moet straks worden bekostigd via de in te voeren budgetbekostiging voor de seh en budgetbekostiging voor de av? (Afbakening ten behoeve van het budget).

De primaire beantwoording van deze vraag ligt bij het Ministerie van VWS.

3.4 Vormgeving wet- en regelgeving

De NZa heeft voorafgaand aan de invoering van de budgetbekostiging voor de seh en de acute verloskunde een aanwijzing van het Ministerie van VWS nodig. In afwachting van deze aanwijzing zal de NZa wel alvast stappen zetten ten behoeve van de uitwerking van de budgetbekostiging.

Tevens zal de Minister het Besluit Beschikbaarheidbijdrage Wmg moeten wijzigen. In het kader van de planning zijn doorlooptijden horende bij een dergelijke wijziging belangrijk. We verwachten ten aanzien van de huidige beschikbaarheidbijdrage seh en av, dat een overgangsregime niet nodig is, zolang de nieuwe afbakening voor de budgetbekostiging maar gelijk aan- of ruimer is dan- die van de huidige beschikbaarheidbijdrage(n).

Wij gaan uit van invoering per 1 januari van een nog nader te bepalen jaar. De NZa moet dat uiterlijk in mei voorafgaand aan het jaar van invoering weten. In juni wordt namelijk de beleidsregel ‘beschikbaarheidbijdrage op aanvraag’ normaliter geconsulteerd en vastgesteld. Aanvragen voor de verlening van de huidige beschikbaarheidbijdrage kunnen per augustus van dat jaar bij de NZa worden ingediend. Met de samenloop met de beschikbaarheidbijdrage, de msz-bekostiging en de in te voeren regelgeving, is het niet wenselijk als budgetbekostiging gedurende het jaar wordt ingevoerd.

3.5 Vormgeving budgetbekostiging en schoning alle msz-tarieven

Wanneer de afbakeningen van de seh en av ten behoeve van de budgetbekostiging zijn vastgesteld, kan de NZa een budgetbekostiging voor beide zorgvormen ontwikkelen, parallel met de regelgevingsstappen zoals omschreven in paragraaf 3.4. Bij het vormgeven moeten we enerzijds het budget vormgeven (welke parameters worden gebruikt om de hoogte van het budget op te bouwen) en anderzijds moet helder zijn hoe de zorgaanbieder haar budget gefinancierd krijgt. En, naast het vormgeven van het budget, moeten de msz-zorgproducten worden geschoond voor de kosten van de seh en av.

We noemen hieronder kort de stappen. In deel 2 van het uitvoeringsadvies zullen we hier nader op in gaan.

3.5.1 Vaststellen budget op basis van parameters

De NZa bepaalt een aantal budgetparameters waarmee zij het budget vormgeeft. Een budgetbekostiging baseren we meestal op parameters zoals capaciteit en/of populatie. Bij capaciteit kan dit op basis van werkelijke capaciteit of bijvoorbeeld kwaliteitsnormen. Bij een budgetbekostiging gebaseerd op populatie, bouwen we het budget op aan de hand van een bedrag per inwoner in het adherentiegebied.

3.5.2 Financiering

Behalve het vaststellen van het budget, moeten we ook bepalen hoe de zorgaanbieder het budget krijgt. Dit kan op verschillende manieren. Bijvoorbeeld aan de hand van een lumpsum. De zorgverzekeraar die betaalt geeft de aanbieder dan periodiek een vast bedrag. Er is hiermee 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 per geleverde prestatie. Een eventueel verschil tussen gedeclareerde omzet en vastgesteld budget wordt achteraf verrekend. Prestaties kunnen ook gebruikt worden voor de verantwoording bij zorgverzekeraars, om het eigen risico in rekening te brengen, en voor de risicoverevening.

3.5.3 Uitkomsten die de seh of av levert voor dit budget

Het is belangrijk om de effecten (inclusief uitkomsten voor de patiënt) van de budgetbekostiging te meten. Met deze uitkomsten kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars doelstellingen evalueren, kunnen zorgaanbieders van elkaar leren, en kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijke plannen maken en hierop sturen. Zorgaanbieders zullen hiervoor informatie over de uitkomsten moeten delen met de representerende zorgverzekeraar(s). Bij de invoering van de budgetbekostiging zal men een aantal indicatoren die inzicht geven in het effect van budgetten voor de seh en av ontwikkelen.

Het Ministerie van VWS kan hiervoor in de aanwijzing aan de NZa de bepaling opnemen dat zij een werkgroep inricht die een compacte set van indicatoren ontwikkelt waarnaar de NZa kan verwijzen in haar beleidsregel en nadere regelingen. Als deelnemers van de werkgroep kan gedacht worden aan expertise uit de sector zelf – er zijn verschillende initiatieven waar al ervaring is opgedaan met dergelijke indicatoren alsook regionale planvorming waar indicatoren voor acute zorg worden opgesteld – en vertegenwoordigers van het Zorginstituut en de IGJ. Dit kan parallel aan de vormgeving van de rest van de bekostiging en er kan bijvoorbeeld mee worden proefgedraaid voorafgaand aan de invoering van budgetbekostiging.

3.5.4 Schoning msz-tarieven en contractafspraken

Op dit moment zijn er geen specifieke zorgproducten voor de seh of voor av. De kosten van de seh of av zijn dus nu niet gelabeld en daardoor niet als dusdanig herkenbaar.

Als de nieuwe seh budgetbekostiging in de toekomst (onderdelen van) de seh-kosten moet dekken, dan is het noodzakelijk dat we deze kosten niet meer meenemen in het berekenen van de tarieven van alle zorgproducten. Om dubbele bekostiging te voorkomen zullen de tarieven van de zorgproducten geschoond moeten worden. De NZa zal de zorgproducten uit het gereguleerde segment schonen. We zullen hiervoor moeten nagaan of de data die de NZa standaard tot haar beschikking heeft de juiste informatie biedt om een zorgvuldige schoning toe te passen, of dat – in samenwerking met het veld – er een andere methode moet worden gezocht met eventuele extra uitvraag van gegevens.

Wanneer het ziekenhuis voor de seh en av een vast budget ontvangt, dan zullen wij de tarieven van onze msz- zorgproducten schonen voor het acute gedeelte. Dit heeft een neerwaarts effect op de tarieven voor de electieve zorgproducten. Daar staat dan wel tegenover dat de omvang van de schoning in het budget voor de seh of av terecht komt. We zullen naar de impact van de schoning op electieve zorgproducten kijken.

Voor av geldt dat het de vraag is of schoning nodig is. Dit hangt af van keuzes in de vormgeving van de bekostiging. Dit werken we verder uit in deel 2 van het uitvoeringsadvies.

3.5.5 Inrichten technische systemen

Na de vormgeving van het budget en financiering vraagt dit uitwerking in onze technische systemen. Dit maakt het mogelijk dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars in staat zijn om hun budgetafspraken ook daadwerkelijk bij de NZa in te dienen, waarna de NZa dit kan vaststellen en beschikkingen hiervoor kan afgeven. Hier kunnen we pas mee starten wanneer de contouren van het budget en de financiering bekend zijn.

3.5.6 Tijdslijn vormgeven budgetbekostiging

Het vormgeven van het budget en de financiering, de uitwerking hiervan in haar beleids- en nadere regel, en de NZa handelingen voor het schonen van de tarieven in het gereguleerde en niet gereguleerde segment moet de NZa doen met behulp van de betrokken veldpartijen. We verwachten hier ongeveer twaalf maanden voor nodig te hebben, nadat we een scherpe afbakening hebben van de budgetbekostiging. Wanneer de afbakening ten behoeve van het budget breder is, zullen we meer tijd nodig hebben en met een beperkte afbakening iets minder tijd. Wanneer we ook een gegevensuitvraag moeten doen voor de schoning van de tarieven, verwachten we een langere doorlooptijd. Het inrichten van de technische systemen zal grotendeels daarna plaatsvinden als onderdeel van de implementatie.

3.6 Contractering

Nadat de NZa de budgetbekostiging vaststelt, zullen de zorgverzekeraars de tarieven in het vrije segment moeten schonen. Zorgverzekeraars zullen dit in de contractonderhandeling (moeten) uitvoeren. De Minister heeft aangegeven dat de invoering van de budgetbekostiging budgetneutraal moet worden ingevoerd.

Onder budgetneutraliteit verstaan we dat de landelijk beschikbare financiële ruimte voor het totaal aan medisch specialistische zorg niet wijzigt als gevolg van de nieuwe budgetbekostigingen. Zorgverzekeraars spelen hierbij ook een belangrijke rol. Zij moeten in de contractafspraken overeenkomen dat de totale inkomsten van de ziekenhuizen niet stijgen door de invoering van de budgetbekostigingen.

Het slagen van een macro budgetneutrale invoering hangt mede af van de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Om het berekenen van prijsaanpassingen te ondersteunen kunnen wij een informatieproduct aanbieden dat als hulpmiddel dient voor verzekeraars en zorgaanbieders. Dit heeft de NZa ook gedaan bij de wijziging van de bekostiging van dure geneesmiddelen en stollingsfactoren in 2017.

Inkoop en contractering

Zorgverzekeraars zijn op grond van de Regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw (TH/NR-034) verplicht om uiterlijk op 1 april voorafgaand aan het kalenderjaar of kalenderjaren waarvoor de zorginkoop zal plaatsvinden het zorginkoopbeleid en de procedure van zorginkoop bekend te maken. Het doel van deze regeling is om de transparantie van het zorginkoopproces tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars te vergroten. Dit moet bijdragen aan het soepeler en sneller laten verlopen van het zorginkoopproces zodat de consument beter weet waarop hij kan rekenen, in het bijzonder gedurende de overstapperiode.

Zorgverzekeraars moeten ruim voor 1 april beschikken over de wijze waarop zorg wordt bekostigd om hun inkoopbeleid hierop aan te passen en zo te voldoen aan de verplichting uit de Regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw. De Regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw geeft

zorgverzekeraars de ruimte om het zorginkoopbeleid en de procedure van zorginkoop na 1 april nog te wijzigingen (artikel 8). Vanuit het oogpunt van transparantie van het zorginkoopproces zijn aan deze wijzigingen enkele voorwaarden verbonden. Zo moeten de wijzigingen onder meer tijdig bekend gemaakt worden zodat zorgaanbieders voldoende tijd hebben om de gewijzigde informatie nog mee te nemen in het beslisproces rondom de zorginkoop. Daarnaast moeten de wijzigingen op dezelfde wijze bekend gemaakt worden als de bekendmaking van het initiële zorginkoopbeleid van 1 april. In de Toelichting bij artikel 8 van de regeling zijn onder meer wijzigingen in de regelgeving van de NZa en wijzigingen in het budgettair kader van het ministerie van VWS expliciet benoemd als mogelijke externe factoren die wijziging van eerder bekendgemaakt inkoopbeleid noodzakelijk kunnen maken.

Echter, hoe later in het jaar informatie die noodzakelijk is om te betrekken bij het sluiten van contracten bekend wordt gemaakt hoe groter de kans is dat er vertraging in het contracteerproces ontstaat. Dit met als gevolg dat verzekerden tijdens de overstapperiode die start op 12 november, niet over alle informatie kunnen beschikken die nodig kan zijn om een weloverwogen keuze voor een zorgverzekering te maken. Wanneer zorgverzekeraars door de invoering van de budgetbekostiging hun contracten met de msz sector niet rond krijgen kan dit tot gevolg hebben dat verzekerden op het moment dat zij moeten kiezen voor een zorgverzekering niet weten welke gevolgen die keuze heeft voor de vergoeding van msz zorg.

3.7 Eigen risico en risicoverevening

Aanpassing van de bekostiging heeft mogelijk effecten op de werking van de risicoverevening. Dit moeten we nog uitwerken in samenwerking met het Zorginstituut. De precieze uitwerking hangt af van hoe we het budget en de financiering hiervan vormgeven. Het is daarom belangrijk dat we het Zorginstituut betrekken zodra de zorg-inhoudelijke afbakening staat en er aan de slag kan worden gegaan met de bekostiging. Het algemene uitgangspunt is dat hoe verder de budgetbekostiging af staat van een traditionele bekostiging met prestaties, hoe complexer de ingrepen in de risicoverevening als deze noodzakelijk zijn. In dit stadium valt er nog geen voorspelling te doen over de doorlooptijd van mogelijke aanpassingen. Deze stap is niet opgenomen in Figuur 1 bovenaan dit hoofdstuk. We verwachten dat deze stap parallel kan lopen aan andere stappen. Het uitvoeringsvraagstuk van eigen risico en risicoverevening werken we uit in deel 2.

4 Scenario's en roadmap voor budgetbekostiging

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk schetsen we de twee scenario's die we zien voor een snelle en gefaseerde invoering van budgetbekostiging seh en av. Beide scenario's gaan uit van budgetbekostiging met inkoop in representatie door de zorgverzekeraar. Het gaat om de volgende twee korte termijn scenario's:

Scenario	Omschrijving	Invoering
Scenario 1	budgetbekostiging seh en av met afbakening op basis van de huidige beschikbaarheidbijdrage	Per 2027 of 2028
Scenario 2	budgetbekostiging seh en av met bredere afbakening met differentiatie	Per 2028

Omdat bovenstaande scenario's minder bijdragen aan de maatschappelijke opgave waar de acute zorg voor staat, schetsen we ook de mogelijkheid van een groeipad naar een toekomstbestendige acute zorg en bijbehorende budgetbekostiging:

Groeipad	Omschrijving	Invoering
Toekomstbestendig landschap	toekomstbestendig normenkader voor de acute zorg gecombineerd met budgetafbakening voor de seh en av met differentiatie	Nader te bepalen

Vervolgens is er nog een vierde mogelijkheid, namelijk het combineren van een korte termijn scenario met het door ontwikkelen van de budgetbekostiging ondersteunend aan de inrichting naar een toekomstbestendig acute zorglandschap.

Na de uitleg wat elk korte termijn scenario inhoudt, schetsen we een tijdlijn van de scenario's. Daarna kijken we per scenario in hoeverre het scenario bijdraagt aan de doelstellingen. Vervolgens beschrijven we het groeipad naar een toekomstbestendig landschap (paragraaf 4.5) en hoe de keuzes in het groeipad tot het toekomstbestendig landschap kunnen bijdragen aan de doelstellingen.

Voor seh en av gelden in principe dezelfde scenario's. Echter, de consequenties van budgetbekostiging voor av zijn nog niet eerder onderzocht. Voor elk scenario geldt dat deze voor av daarom een langere doorlooptijd kent. We voorzien voor av altijd een extra stap aan de voorkant om goed onderzoek te doen naar de consequenties. In paragraaf 4.6 lichten we de complexiteit van av nader toe.

4.2 Roadmap scenario 1

Scenario 1: budgetbekostiging met afbakening op basis van de huidige beschikbaarheidbijdrage

De NZa voert een budgetbekostiging in die de kosten dekt van dezelfde elementen als de huidige beschikbaarheidbijdrage voor de seh en av. Deze budgetbekostiging gaat (conform de uitgangspunten uit de opdracht van de Minister) gelden voor elke seh en elke acute verloskunde afdeling, dus niet alleen

voor de ziekenhuizen die gevoelig zijn voor de 45-minutennorm. In tegenstelling tot de huidige beschikbaarheidbijdragen die een overheidssubsidie zijn, verloopt de inkoop van het budget via (representerende) zorgverzekeraars.

4.2.1 Invoeringsjaar van scenario 1

Het Ministerie van VWS vraagt ons welke stappen gezet moeten worden om met ingang van 2026 budgetbekostiging met inkoop in representatie door zorgverzekeraars voor de seh en av in te voeren. In onderstaande paragrafen gaan we daarom in op de gevolgen van het moment van invoeren van scenario 1.

Invoering budgetbekostiging per 2026:

Wanneer invoering van scenario 1 per 2026 in gang wordt gezet, heeft dit een aantal vergaande en samenhangende consequenties. Deze zijn zo vergaand, dat de NZa geen mogelijkheden voor invoering per 2026 voor zich ziet.

De NZa verwacht dat zij in het najaar van 2025 haar regelgeving voor een budgetbekostiging gereed kan hebben. Echter, we verwachten dat we niet op tijd de tarieven van de dbc-zorgproducten kunnen schonen. Het niet kunnen schonen van de tarieven van de dbc-zorgproducten zowel door de NZa als door de zorgverzekeraars in de contractering heeft een direct gevolg voor de randvoorwaarde ‘budget neutraal invoeren’. Daarnaast ziet de NZa twee juridische risico’s: enerzijds op de nieuwe budgetbekostiging en anderzijds op de reguliere msz-bekostiging. Tot slot zullen zorgverzekeraars en zorgaanbieders hun tijdpaden in de contractering en onderhandeling niet halen, en lopen zorgverzekeraars risico door het niet wijzigen van de risicoverevening.

We beschrijven hieronder de belangrijkste en samenhangende consequenties.

- Invoering op korte termijn vraagt veel van de zorgaanbieders en zorgverzekeraars en geeft hen onduidelijkheid:
  - Vóór 1 april moeten zorgverzekeraars hun inkoopbeleid voor het volgende jaar publiceren. Tegen de tijd dat er een keuze is gemaakt over invoering per 2026 is hun inkoopbeleid al definitief. De overheid heeft hierbij ook een verantwoordelijkheid voor het tijdig bekendmaken van beleid en wijzigingen die relevant zijn voor de contractering
  - Nadat een keuze is gemaakt over invoering van de budgetbekostiging, moet de NZa dit vorm gaan geven in zowel de nieuwe regelgeving als de bestaande regelgeving (msz en beschikbaarheidbijdragen). De contouren van deze regelgeving zouden op z’n vroegst pas eind van de zomer 2025 bekend zijn en worden dan op 1 oktober 2025 gepubliceerd.
  - Op basis daarvan zullen de zorgaanbieders en zorgverzekeraars hun inkoop moeten aanpassen.
  - Er is in het IZA afgesproken dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders uiterlijk 12 november de contracten afsluiten. De kans is groot dat deze IZA-afspraak niet behaald wordt.
  - Deze vertraging is wat de NZa betreft zeer ongewenst. De NZa maakt zich er al geruime tijd hard voor om de contractering juist te versnellen en te versoepelen.
  - Wanneer de partijen er nog niet uit zijn eind 2025, zal dat onduidelijkheid opleveren. Met als gevolg dat er nog openstaande discussies voorafgaand aan het jaar 2026 zijn. Dit komt de samenwerking niet ten goede en dit kan ontwikkelingen in de sector stilleggen.

- Het is de vraag of zorgverzekeraars en aanbieders voldoende tijd hebben om de tarieven van de dbc-zorgprestaties van het vrije segment te corrigeren in hun contractonderhandelingen. Daarnaast heeft de NZa onvoldoende tijd om de tarieven van de gereguleerde dbc-zorgproducten op tijd te

kunnen schonen. Het budgetneutraal invoeren van budgetbekostiging per 2026 is daarom niet mogelijk. Invoering per 2026 betekent dus dat de randvoorwaarde ‘budgetneutraal invoeren’ losgelaten moet worden.

- Juridische risico’s voor de NZa:
  – Budgetbekostiging: De NZa moet kunnen motiveren dat haar budgetten redelijkerwijs kostendekkend zijn, maar is hier niet toe in staat wanneer invoering per 2026 wordt doorgevoerd. We hebben immers alleen de parameters van de huidige beschikbaarheidbijdragen seh en av. Voor een gedegen invoering zullen we deze moeten herijken. De huidige parameters zijn gebaseerd op de gegevens van de huidige rechthebbenden op de beschikbaarheidbijdragen seh en av (23 ziekenhuizen voor seh en 26 voor av) en zijn niet representatief voor alle ziekenhuizen. Dit zien wij als groot juridisch risico.
  – Regulier msz-bekostiging: De NZa moet kunnen motiveren dat haar vastgestelde tarieven redelijkerwijs kostendekkend zijn. Daarvoor moet de NZa de zorgproducten van het gereguleerde segment schonen. De NZa heeft deze verantwoordelijkheid omdat twee van haar bekostigingssystemen naast elkaar geen dubbele bekostigingsmogelijkheid mogen bieden. Dit in tegenstelling tot het systeem van de huidige beschikbaarheidbijdragen. De beschikbaarheidbijdrage en een bekostigingssysteem van de NZa zijn twee gescheiden systemen. De beschikbaarheidbijdrage is geen bekostigingssysteem van de NZa, maar betreft een overheidssubsidie. Wanneer binnen de systematiek van de beschikbaarheidbijdrage een extra ziekenhuis gevoelig wordt en daarmee recht krijgt op een beschikbaarheidbijdrage, hebben we daarom geen aanleiding en verantwoordelijkheid om de tarieven uit het gereguleerde segment te schonen. Wanneer de afbakening van de overheidssubsidie wordt gebruikt in de bekostigingssystemen van de NZa, dan hebben we wel de taak en verantwoordelijkheid om de tarieven van de zorgproducten in de ziekenhuiszorg te schonen bij de introductie van het nieuwe NZa-bekostigingssysteem.

  Op het moment dat enige twijfel bestaat bij een partij over de rechtmatigheid van het tarief of budget, is het aan de NZa om te bewijzen dat het wél redelijkerwijs kostendekkend is. We verwachten dat de snelle invoering veel discussies oplevert aan de onderhandelingstafel. Met als gevolg dat tegen de besluiten van de NZa bezwaar en beroep aangetekend kan worden door de zorgaanbieder en/of door de zorgverzekeraar(s). De kans is groot dat de zorgaanbieder en zorgverzekeraar in het gelijk gesteld zullen worden door de rechter als zij het principe van redelijkerwijs kostendekkende tarieven van de zorgproducten of redelijkerwijs kostendekkende budgetten zullen aanvoeren. Tot aan de uitspraak staan partijen haaks tegenover elkaar. Dit komt de samenwerking niet ten goede en vertraagd het proces alsnog aanzienlijk. Niet alleen moeten we wachten op een uitspraak van het CBb maar daarna zullen ook nog herstelwerkzaamheden plaats moeten vinden als gevolg van de uitspraak.

- De nieuwe bekostigingssystematiek en de schoning van de zorgproducten kunnen niet in de tijdslijnen van het risicovereveningsonderzoek voor het jaar 2026 ingepast worden. Dit betekent dat in het toedelingsonderzoek (dat bestaat uit het representatief maken van kostengegevens medische specialistische zorg van twee jaar eerder (2023), ten behoeve van de risicoverevening van het komende jaar (2026)) geen rekening gehouden kan worden met de veranderingen. Dit houdt in dat de impact van inkoop in representatie en de veranderende tarieven niet meegenomen kunnen worden in de risicovereveningsmodellen voor 2026. Dit heeft consequenties voor de zorgverzekeraars. Er ontstaat bij inkoop in representatie namelijk een situatie waarin zorgverzekeraars op een deel van het ziekenhuisbudget geen invloed meer hebben en daarin afhankelijk zijn van de representerende zorgverzekeraars en zorgverzekeraars worden hier nog niet voor gecorrigeerd in de risicoverevening.

Invoering budgetbekostiging per 2027:

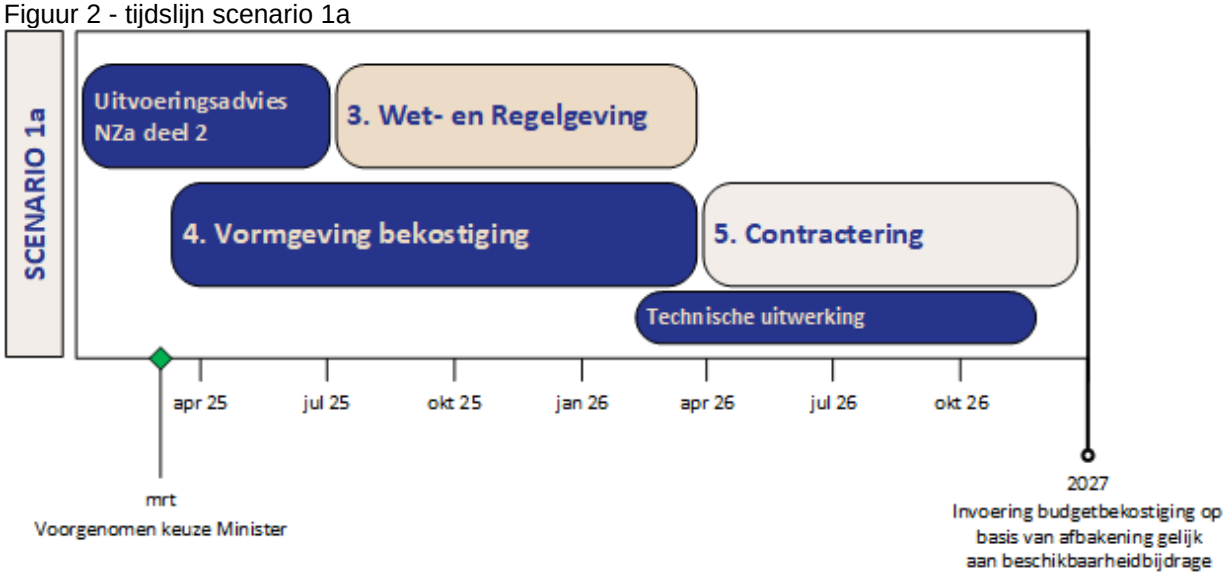
De uitvoeringsvraagstukken van de budgetbekostiging seh en av zijn pas per 1 juli 2025 duidelijk (oplevering uitvoeringsadvies deel 2). We verwachten dat we geen gedegen invoering per 2027 kunnen vormgeven wanneer we pas na juli 2025 hiermee aan de slag kunnen. Om scenario 1 per 2027 in te kunnen voeren, gelden de volgende tijdlijnen, mogelijkheden en risico's. Deze zijn afhankelijk van het moment dat er een beslissing wordt genomen over de invoering:

a. **De voorgenomen keuze van de Minister is bij ons uiterlijk medio maart 2025 bekend**. Wij kunnen dan op de korte termijn een kostprijsonderzoek starten naar de budgetparameters voor de budgetbekostiging. We verwachten dat dit binnen de reguliere interne processen kan verlopen en we vervolgens de reguliere tijdslijnen van de wijzigingen in de msz-bekostiging kunnen halen. Dit betekent ook dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars in staat worden gesteld om de reguliere doorlooptijden te doorlopen.
b. **De voorgenomen keuze van de Minister is bij ons na oplevering van ons tweede deel van het uitvoeringsadvies en uiterlijk in juli 2025 bekend**. Wij zouden dan een gedeeltelijk parallel proces inrichten voor het uitvragen van kostprijsgegevens voor zowel de (reguliere) msz als de budgetbekostiging. Dit vraagt dan iets meer administratieve lasten van de zorgaanbieders. We verwachten dat we eind 2025 de invoering van de budgetbekostiging weer parallel met de reguliere doorlooptijden van de msz kunnen laten lopen.

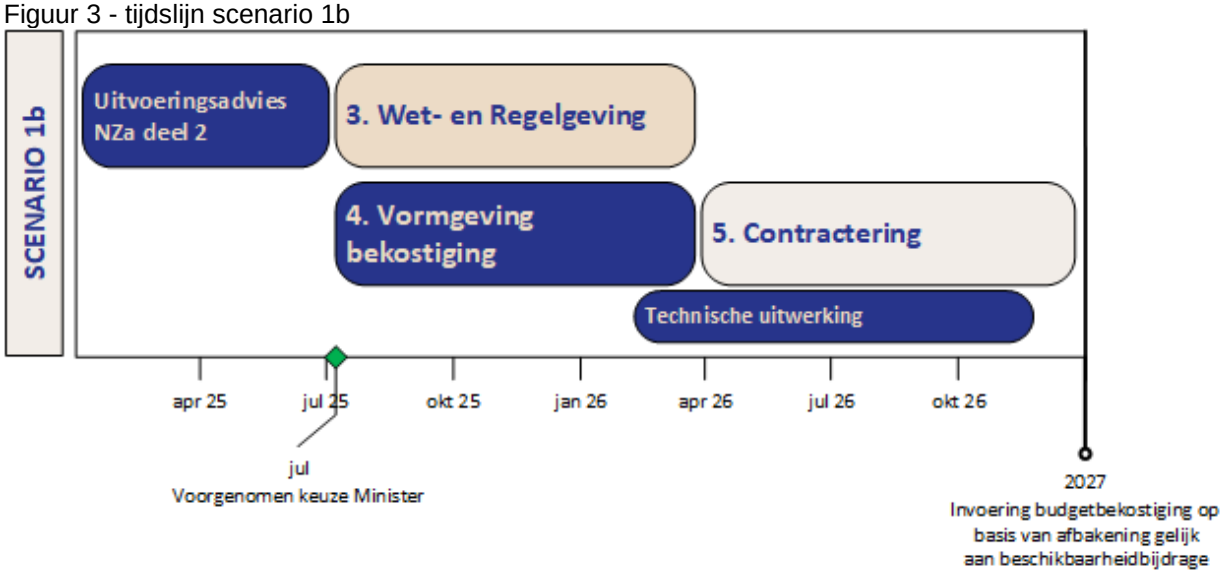
Wanneer de keuze van de Minister na juli 2025 bekend is, kunnen we geen gedegen invoering meer garanderen per 2027 en gelden vergelijkbare consequenties zoals we hebben beschreven bij de invoering van budgetbekostiging in 2026.

Hieronder schetsen we de tijdslijnen van scenario's 1a en 1b bij invoering per 2027. In deze tijdslijnen ontbreekt de stap van de afbakening (stap 2 zoals beschreven in hoofdstuk 3), omdat dit scenario uitgaat van de huidige afbakening van de huidige beschikbaarheidbijdragen.

Figuur 2 - tijdslijn scenario 1a



Figuur 3 - tijdslijn scenario 1b



Invoering budgetbekostiging per 2028:

Voor invoering per 2028 geldt dat de NZa de meeste tijd heeft om een gedegen bekostiging vorm te geven. In dit geval kan een besluit over de invoering worden genomen na de oplevering van het tweede deel van dit uitvoeringsadvies. Tegelijk kunnen de reguliere tijdslijnen worden gevolgd die alle aanbieders en zorgverzekeraars zekerheid geven en de minste extra administratieve lasten. De juridische risico's die de NZa loopt, kunnen wij mitigeren door een zorgvuldig proces met tijd voor een kostprijsonderzoek, schoningen, uitkomstindicatoren en het op tijd publiceren van onze regelgeving. De relevante partijen worden betrokken bij een zorgvuldig proces, en zorgverzekeraars kunnen hun reguliere tijdslijnen hanteren voor het inkoopbeleid en kunnen zorgaanbieder en zorgverzekeraar de tijd nemen voor constructieve budget- en contractafspraken.

Algemeen: tijdige contractering in het belang van de consument

De NZa hecht zeer aan het tijdig rondkomen van de contractering. Sinds 2010 hebben we diverse publicaties uitgebracht waarin de NZa aanbevelingen deelt en richtsnoeren opneemt om het zorginkoopproces soepel en sneller te laten verlopen, zoals de Good Contracting Practices (2010 en 2014) en de Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg (2023 en 2024). Daarnaast heeft de NZa in 2016 de Regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw opgesteld, die ook als doel heeft de contractering te versnellen en te versoepelen. De NZa heeft deze regeling ook een aantal keren aangescherpt. Met deze meest recente herziening is bewust gekozen om een aantal eerder niet juridisch afdwingbare richtsnoeren uit de Handvatten tot juridisch bindende voorschriften te verheffen. Dit doet de NZa in het belang van de consument. De consument heeft namelijk belang bij een soepel verlopend (en dus tijdig afgerond) contracteerproces.

In de Handvatten Contractering staan richtsnoeren die betrekking hebben op knelpunten op het gebied van een transparant inkoopproces en informatieverstrekking aan consumenten over gecontracteerde zorg. De NZa geeft in het document aan dat zij verwacht dat partijen de richtsnoeren opvolgen. Hierbij vindt de NZa het van belang dat, zoals ook in de Handvatten Contractering is opgenomen "*… overheidspartijen waaronder de NZa en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het Zorginstituut Nederland (ZIN) ook hun verantwoordelijkheid nemen en tijdig beleid en wijzigingen bekendmaken die relevant zijn voor de contractering*".

Uit het bovenstaande blijkt dat wij veel waarde aan hecht aan het tijdig rondkomen van de contractering. We verwachten van zorgverzekeraars en zorgaanbieders dat zijn zich hiervoor inspannen en dwingen dit soms af door het opstellen van regelgeving. Van de NZa en de overheid mag dan verwacht worden dat zij deze beweging zo min mogelijk doorkruisen door vertraging van het contracteerproces in de hand te werken.

4.3 Roadmap scenario 2

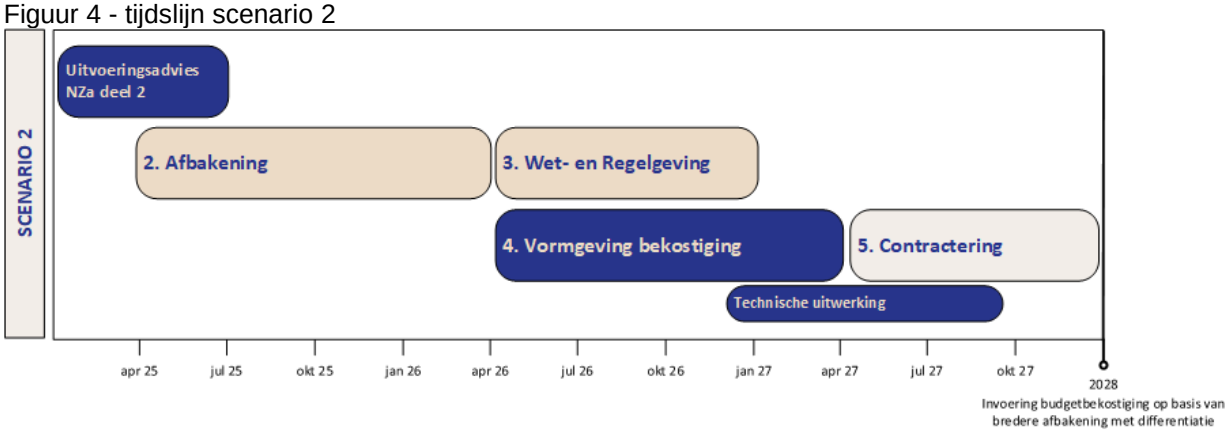
Scenario 2: budgetbekostiging met bredere afbakening met differentiatie

In scenario 2 is er tijd om een afbakening te bepalen die meer recht doet aan de huidige kosten en praktijkvariatie van de afdelingen seh en av in Nederland. Deze afbakening kent differentiatie om aan te sluiten bij deze praktijkvariatie. Bijvoorbeeld differentiatie in het type level van de spoedeisende hulp. Met een afbakening waarin rekening wordt gehouden met differentiatie en de verschillende organisatievormen, is het mogelijk om de budgetparameters goed te laten aansluiten op hoe de acute zorg door aanbieders wordt georganiseerd. De aanbieders krijgen hiermee een kostendekkende vergoeding voor de onderdelen van de acute zorg die zij beschikbaar houden.

Nadat de afbakening bepaald is, gelijktijdig met de vormgeving van de aanwijzing door het Ministerie van VWS, kan de NZa een bekostiging vormgeven inclusief het berekenen van nieuwe tarieven en het schonen van deze kosten uit andere msz-zorgproducten.

Hieronder schetsen we de tijdslijn van scenario 2.

Figuur 4 - tijdslijn scenario 2



In Figuur 4 hebben we wel de stap van de afbakening (stap 2 zoals beschreven in hoofdstuk 3) opgenomen. In dit scenario zal de afbakening namelijk nog vormgegeven worden. We verwachten dat een werkgroep met zorginhoudelijk experts en technische experts vanuit zorgaanbieders/professionals, zorgverzekeraars en overheid hier goed vorm aan kunnen geven. Hierbij kan een werkgroep de zorginhoudelijke afbakening van de seh vormgeven, en een andere werkgroep de afbakening van de av. Zij zouden een goed onderbouwde en eenduidige afbakening kunnen opleveren. Vervolgens kan deze afbakening worden getoetst bij het veld om tot een gedragen afbakening te komen.

Met de uitkomsten van de werkgroep, is het vervolgens noodzakelijk dat er antwoord komt op de vraag of de Minister de genoemde functies en faciliteiten voor de seh en av uit de zorginhoudelijke afbakening

volledig wil bekostigen via een budgetbekostiging voor de seh en de av. Zo nee, moet ook antwoord komen op de vraag wat zij wél wil bekostigen in de budgetbekostiging voor zowel de seh als de av.

Wanneer de afbakening van het budget kleiner is dan de daadwerkelijke kosten van de seh of av – hier is in ieder geval sprake van in scenario 1 - zal de budgetbekostiging op zichzelf niet kostendekkend zijn voor de gehele seh of av. Hierdoor zal het ziekenhuis een deel van de kosten moeten dekken via reguliere ziekenhuisproductie. Dit laatste is hoe het ziekenhuis momenteel ook al haar kosten van de seh en av dekt. Het ziekenhuis behoudt dan een financiële prikkel om zoveel mogelijk patiënten te behandelen in het ziekenhuis (niet per se op de seh). Bij een productieprikkel verwachten we dat de kans dat ziekenhuizen samenwerking met ketenpartners opzoeken kleiner zal zijn. Daarnaast leidt een dergelijk systeem waarbij de seh en av via twee routes bekostigd worden (via budget en via de reguliere ziekenhuisproductie) mogelijk tot onduidelijkheid bij verantwoording en contractering, over welk deel van kosten aan welke bekostiging moet worden toegerekend. Met een goede afbakening kan dit voorkomen worden.

Ter illustratie: uit de afbakening zou kunnen volgen dat men concludeert dat de OK zorginhoudelijk deels wél tot de seh behoort, maar dat de Minister besluit dat de OK niet tot de reikwijdte van de nieuwe te vormen budgetbekostiging behoort.

Een vergelijkbare situatie waarin afbakening van de seh niet overeenkomt met de afbakening van de bekostiging zou bijvoorbeeld zijn wanneer de afbakening van de beschikbaarheidbijdrage seh gehanteerd wordt om de budgetbekostiging vorm te geven. We weten immers dat de faciliteiten en de formatie van de seh veel meer omvatten dan louter de 24/7-beschikbaarheid van de seh-arts en de seh-verpleegkundige (en de achterwacht) die je dan gebruikt om de budgetbekostiging mee vorm te geven.

Met de afbakening, hebben wij vervolgens de verantwoordelijkheid om goede en onderbouwde budgetparameters te bepalen. Daarvoor zullen we de afbakening uit stap 2 operationaliseren. We voorzien hierbij complexe toerekeningsvraagstukken. Denk aan functies die deels bij de seh of av horen maar ook deels bij de rest van het ziekenhuis. Deze functies zijn vaak maar ten dele gelieerd aan de seh of av en leveren ook zorg aan andere patiënten met een niet-acute zorgvraag. Een heldere toerekening van kosten aan de seh en av is echter erg belangrijk, om te voorkomen dat er dubbele bekostiging ontstaat. Daarbij verwachten we dat wij een gegevensuitvraag moeten doen onder ziekenhuizen voor het operationaliseren van de afbakening en het vormgeven van de budgetparameters.

4.4 Scenario’s en doelstellingen

We merken op dat we in beide scenario’s uitgaan van budgetneutraliteit. In de opdrachtbrief geeft het Ministerie van VWS aan dat de budgetbekostiging voor alle huidige afdelingen seh en av geldt. Hierdoor verwachten we dat er geen verandering in het zorgaanbod van seh en av plaatsvindt, vanwege de invoering van de budgetbekostiging. Daarom gaan we er vanuit dat in scenario 1 en scenario 2 geen herverdeling tussen ziekenhuizen plaats zal vinden van de beschikbare financiële middelen. In het groeipad naar toekomstbestendige acute zorg zien we wel een mogelijkheid tot verschuivingen van het aanbod van acute zorg en daarmee ook een herverdeling van de financiële middelen te laten plaatsvinden.

4.4.1 Beoordelingscriteria scenario's

In dit hoofdstuk toetsen we de mogelijke scenario's aan een reeks doelstellingen. De doelstellingen hebben we geoperationaliseerd tot verschillende beoordelingscriteria. De operationalisering hebben we gedaan aan de hand van de aanleiding van deze opdracht, de opdrachtbrief en de context van de opdracht. In Tabel 1 lichten we deze criteria toe.

Tabel 1 - beoordelingscriteria

Impact zorgaanbieders	
Financiële zekerheid voor ziekenhuizen	In welke mate draagt het scenario bij aan de financiële zekerheid van het ziekenhuis?
Optimale inzet schaars personeel acute zorg	In welke mate draagt het scenario bij aan de optimale inzet van schaars zorgpersoneel?
Budget is kostendekkend voor het leveren van zorg op de seh en de av	In welke mate dekt het budget uit de budgetbekostiging/ contractafspraak de kosten van de seh-zorg en av-zorg?
Samenwerking stimuleren	In hoeverre stimuleert de maatregel/ budgetbekostiging het samenwerken tussen ziekenhuizen en met ketenpartners in de acute zorg?
Impact voor patiënt	
Toegankelijkheid seh/av	In welke mate heeft een patiënt toegang tot een seh/av?
Toegang tot de overige ziekenhuiszorg	In welke mate is er risico op een negatief effect van budgetbekostiging op noodzakelijke capaciteit en continuïteit van ***andere*** onderdelen in het ziekenhuis?
Kwaliteit	In welke mate verwachten we dat er op elke seh /av de kwaliteit geleverd kan worden volgens het Kwaliteitskader Spoedzorgketen (seh) en de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (av) conform de doelstelling van de Minister?
Overige criteria	
Risico dubbele bekostiging	In hoeverre zien wij een risico op dubbele bekostiging in dit scenario?
Effect op ontwikkeling macro zorgkosten	Welk effect verwachten we voor dit scenario op het macro beschikbaar msz-budget. Is er een groot risico op overschrijding van het macrokader msz?

4.4.2 Realisatie doelstellingen

In onderstaande tabel vergelijken we de scenario's.

Tabel 2 - Beoordeling scenario 1 en 2

Criteria	**Scenario 1:** **Afbakening op basis van de huidige beschikbaarheidbijdrage(n)**	**Scenario 2:** **Bredere afbakening met differentiatie**
Financiële zekerheid voor ziekenhuizen	Een vast budget op basis van beschikbaarheid geeft ziekenhuizen financiële zekerheid. Dit budget is immers niet afhankelijk van zorglevering.	Een vast budget op basis van beschikbaarheid geeft ziekenhuizen financiële zekerheid. Dit budget is immers niet afhankelijk van zorglevering.

	In dit scenario is er een **beperkt effect op financiële zekerheid**, vanwege de beperkte afbakening en omvang van het budget in relatie tot het totale ziekenhuisbudget..	In dit scenario is er **een relatief groter effect op financiële zekerheid** dan bij scenario 1, vanwege de uitgebreidere afbakening en omvang van het budget, al blijft het naar verwachting beperkt in relatie tot het totale ziekenhuisbudget.
Optimale inzet schaars personeel acute zorg	In dit scenario verandert de organisatie van het aanbod van zorg niet en daarmee ook niet de inzet van schaars personeel. Daarmee draagt de budgetbekostiging **niet bij aan betere inzet van personeel.** Het vastzetten van de huidige beschikbaarheid van seh en av kan zelfs een negatief effect hebben op optimale inzet schaars personeel. Dat budgetbekostiging financiële zekerheid geeft en daarmee personeel behoudt, hoeft niet op te gaan. Tegengestelde geluiden horen we ook: wanneer de kwaliteit van de zorglevering onder druk staat vanwege schaars personeel, maar een afdeling seh of av moet openblijven, kan dat ook aanleiding zijn voor verdere uitstroom van personeel.	In dit scenario verandert de organisatie van het aanbod van zorg niet en daarmee ook niet Daarmee draagt de budgetbekostiging **niet bij aan betere inzet van personeel**. Het vastzetten van de huidige beschikbaarheid van seh en av kan zelfs een negatief effect hebben op optimale inzet schaars personeel. Dat budgetbekostiging financiële zekerheid geeft en daarmee personeel behoudt, hoeft niet op te gaan. Tegengestelde geluiden horen we ook: wanneer de kwaliteit van de zorglevering onder druk staat vanwege schaars personeel, maar een afdeling seh of av moet openblijven, kan dat ook aanleiding zijn voor verdere uitstroom van personeel.
Budget is kostendekkend voor het leveren van zorg op de seh en de av	Door de beperkte afbakening van de budgetbekostiging is dit scenario **matig kostendekkend.** Een deel van de kosten van de seh en av vallen daarmee buiten het budget en blijven vergoed via de reguliere msz dbc-bekostiging.	Door de uitgebreide afbakening met differentiatie van de budgetbekostiging is dit scenario **in grotere mate kostendekkend.** De budgetbekostiging sluit beter aan bij de huidige kosten en praktijkvariatie.
Samenwerking stimuleren	Een vast budget geeft meer financiële zekerheid en geeft ruimte voor samenwerking met ketenpartners. Echter het ziekenhuis behoudt de productieprikkel om via de seh vervolgzorg binnen te halen*. Daarom een **positief effect, maar beperkte omvang.** Tegenover dit positieve effect op de samenwerking staat dat het uitgangspunt voor de huidige budgetbekostiging is dat deze geldt voor alle huidige afdelingen seh en av. Het verstrekken van een budgetbekostiging zonder een toekomstbestendig normenkader vormt een prikkel om alle bestaande locaties in stand te houden, omdat het de financiële onzekerheid van de seh en av wegneemt.	Zelfde effect als bij scenario 1, maar de omvang van het budget is groter dus dat geeft meer financiële zekerheid. Daarom is het **positieve effect iets groter dan bij scenario 1.**

	Dit stimuleert geen beweging naar een optimale organisatie van acute zorg met meer samenwerking. *(gemiddeld 63% van de ligdagen van het ziekenhuis komt binnen na bezoek seh, Bron: Monitor acute zorg 2023, NZa)	
Toegankelijkheid seh/av	**Beperkt positief effect**: de seh en av sluiten minder gemakkelijk om financiële redenen omdat er een vaste financiële budgetafspraak is. Echter, de meeste recente sluitingen hadden geen financiële redenen maar kwamen meestal door tekort aan personeel. Een budgetbekostiging garandeert dus niet dat er geen seh's/av's sluiten.	**Beperkt positief effect**: de seh en av sluiten minder gemakkelijk om financiële redenen omdat er een vaste financiële budgetafspraak is. Echter, de meeste recente sluitingen hadden geen financiële redenen maar kwamen meestal door tekort aan personeel. Een budgetbekostiging garandeert dus niet dat er geen seh's/av's sluiten.
Toegang tot de overige ziekenhuiszorg	Zolang de kwaliteit en organisatie van seh en av niet verandert, zou bekostigingsvorm geen personeelsverschuiving of ander effect op toegang tot overige ziekenhuiszorg moeten veroorzaken.	Zolang de kwaliteit en organisatie van seh en av niet verandert, zou bekostigingsvorm geen personeelsverschuiving of ander effect op toegang tot overige ziekenhuiszorg moeten veroorzaken.
Kwaliteit	Geen effect te verwachten. Seh en av moeten nu ook al aan geldende kwaliteitseisen voldoen, dat staat los van de afbakening.	Geen effect te verwachten. Seh en av moeten nu ook al aan geldende kwaliteitseisen voldoen, dat staat los van de afbakening.
Risico dubbele bekostiging	Beperkt risico, de beschikbaarheidbijdrage afbakening is helder en (relatief) goed te schonen uit de huidige msz-bekostiging.	Groter risico, want de afbakening wordt complexer (door toerekeningsvraagstukken), waardoor een goede schoning moeilijker wordt.
Effect op ontwikkeling macro zorgkosten	Alle seh's en av openhouden gekoppeld met een budgetbekostiging kost geld. Dit belemmert eventuele doelmatigere organisatie of toekomstige besparingen. Dit effect staat los van de omvang van het budget.	Alle seh's en av openhouden gekoppeld met een budgetbekostiging kost geld. Dit belemmert eventuele doelmatigere organisatie of toekomstige besparingen. Dit effect staat los van de omvang van het budget.

Wanneer discrepantie zit tussen de zorginhoudelijke afbakening en de afbakening voor het budget, betekent dat iets voor de kostendekkendheid. Een afbakening die recht doet aan de seh, betekent uiteindelijk ook een budget dat recht doet aan de werkelijkheid met minder financiële productieprikkels. Een bredere afbakening die rechtdoet aan de praktijkvariatie tussen ziekenhuizen kan bijdragen aan de financiële zekerheid van de ziekenhuizen. En geeft daarmee meer ruimte tot samenwerking met andere ziekenhuizen en overige ketenpartners van de acute zorg.

Voor elk van de scenario's geldt dat we nu nog niet goed kunnen inschatten wat de administratieve lasten zijn voor de zorgverleners. Wel staat vast dat de zorgaanbieder en zorgverzekeraar inspanning

zullen ervaren bij invoering en onderhandeling van budgetbekostiging, bovenop de bestaande bekostiging voor medisch specialistische zorg. Administratieve lastenverzwaringen zijn onvermijdelijk bij invoering van budgetbekostiging.

Afbakening conform de huidige beschikbaarheidsbijdrage (scenario 1) is relatief overzichtelijk, waardoor administratieve lasten en druk op het contracteerproces relatief meevallen. Een bredere afbakening met differentiatie voor verschillende type seh's/av maakt invoering complexer omdat het leidt tot afbakenings- en schoningsvraagstukken, met extra administratieve lasten en een bemoeilijkt contracteerproces als gevolg.

Voor de kwaliteit van de levering van de zorg op de seh en av geldt dat de afbakening horend bij de budgetbekostiging op zichzelf geen aanleiding geeft tot een verandering op de kwaliteit. Ongeacht het type bekostiging verwachten we dat de zorgaanbieders voldoen aan het Kwaliteitskader Spoedzorgketen (seh) en de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (av). Wanneer het behalen van de kwaliteit een vereiste is om het budget te ontvangen, kan dit wel stimuleren om aan de kwaliteitseisen te voldoen. Naar onze verwachting hebben de verschillende scenario's geen impact op de kwaliteit van de seh en av. Het uitvoeringsvraagstuk rondom kwaliteit werken we verder uit in ons tweede deel.

4.5 Toekomstbestendige beschikbaarheidsbekostiging

Bovenstaande korte termijn scenario's komen maar beperkt tegemoet aan de maatschappelijke opgave. Daarom schetsen we ook graag een groeipad richting een toekomstbestendig landschap voor de acute zorgketen. Dit groeipad draagt bij aan de maatschappelijke opgave. Dit groeipad kan ingezet worden in plaats van scenario 1 of 2. Maar als vierde mogelijkheid, kan het ook ingezet worden als doorontwikkeling van scenario 1 en 2, maar het is ook mogelijk om het groeipad in te zetten parallel aan scenario 1 of 2. Dit brengt wel dubbele invoeringslasten met zich mee.

Maatschappelijke opgave: Een toekomstbestendig landschap van de acute zorgketen is nodig

Eerder schreven we: 'De acute zorgketen piept en kraakt: enorme druk op de huisartsenpost (hap), ziekenhuizen die door personeelstekorten tijdelijk de spoedeisende hulp (seh) moeten sluiten, problemen bij de uitstroom van patiënten, en veel te weinig inzicht in elkaars capaciteit. Een transitie moet de acute zorgketen toekomstbestendiger maken en beter aan laten sluiten bij de toekomstige acute zorgvraag. De bekostiging en financiering moeten dit ***vervolgens*** ondersteunen.'

In ons vorige advies gaven we aan dat een beschikbaarheidsbekostiging soms ten onrechte gezien wordt als een middel om lastige keuzes over de inzet van schaarse middelen (geld, personeel, etc.) niet te hoeven maken. Dat is niet juist:

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

(bron: NZa, Advies Bekostiging acute zorg, december 2023)

4.5.1 Toekomstbestendig normenkader als voorwaarde

Om bovenstaande maatschappelijke opgave en transitie mogelijk te maken, schetsen we een groeipad voor een toekomstbestendige bekostiging van de acute zorgketen. Dit gaat gepaard met een toekomstbestendig normenkader voor de acute zorg gecombineerd met budget afbakening voor de seh en av met differentiatie. Het is mogelijk om te kiezen voor dit groeipad parallel met of volgend op scenario 1 of 2. Het groeipad volgt alle stappen die we in hoofdstuk 3 hebben geschetst en bouwt voort op ons eerdere advies Passende acute zorg en het advies beschikbaarheidsbekostiging seh.

In dit groeipad wordt eerst een toekomstbestendig normenkader voor de seh en de av gemaakt. Vervolgens wordt een keuze gemaakt over de toekomstige afbakeningen die recht doen aan de seh en av. De voorbereidende fase voor de afbakening kan al plaatsvinden overlappend met de vormgeving van het normenkader.

Vervolgens kan de besluitvorming plaatsvinden en kan het vormgeven van de wet- en regelgeving in gang gezet worden. De NZa kan dan alvast met de sector aan de slag voor het vormgeven van de twee verschillende budgetbekostigingen voor de seh en av.

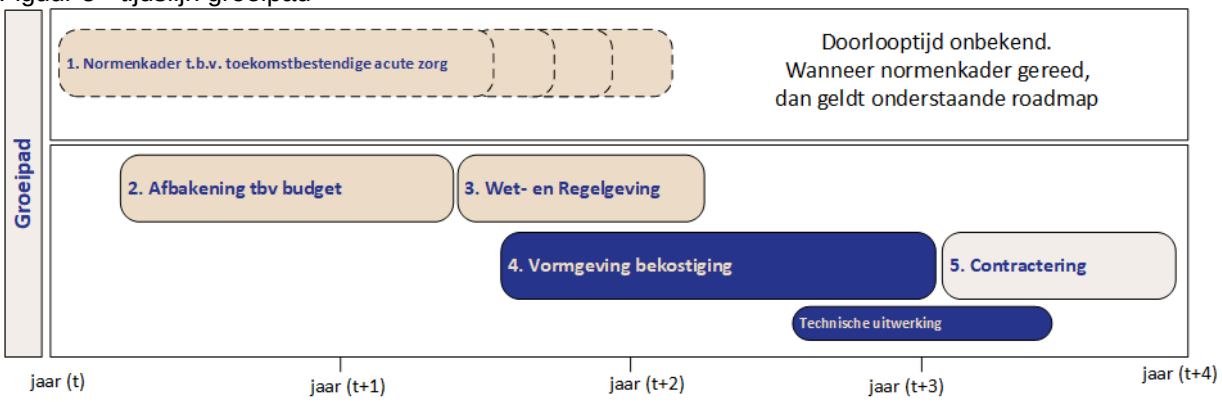
Een normenkader ten behoeve van een toekomstbestendige acute zorg zal bijdragen aan een optimale inzet van schaars personeel, zal samenwerking tussen ziekenhuizen en tussen het ziekenhuis en ketenpartners bevorderen en borgt naar verwachting beter de macro budgetneutraliteit. Dit zijn typisch elementen die in scenario 1 en 2 weinig of beperkte invloed ondervinden van het invoeren van een budgetbekostiging, maar door een toekomstbestendig normenkader wel bewerkstelligd kunnen worden.

Tijdslijn groeipad

Hieronder geven we de tijdslijn weer van dit groeipad. De korte termijn scenario's zijn niet opgenomen in onderstaande tijdslijn. Het is mogelijk om te kiezen voor het groeipad parallel met of volgend op scenario 1 of 2. We merken op dat een tijdelijke situatie in combinatie met het groeipad minimaal twee keer een groot beroep doet op ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Immers dienen zij in dat geval aan de slag te gaan met de tijdelijke situatie, waarna in de nieuwe definitieve situatie opnieuw actie van hen wordt verwacht. De doorlooptijd van het groeipad is afhankelijk van de tijd die nodig is voor het vormen van het normenkader. Voor stap 4 (Vormgeving bekostiging) in de tijdslijn, is belangrijk dat deze stap altijd eindigt vóór april van het jaar voorafgaand aan het jaar van invoering.

Het groeipad naar een toekomstbestendig landschap voor de acute zorg ziet er wanneer er gelijk voor wordt gekozen qua doorlooptijd als volgt uit.

Figuur 5 - tijdslijn groeipad



Zoals we in het figuur hebben aangegeven, kent dit pad de langste doorlooptijd. Dit groeipad draagt daarentegen het meeste bij aan de doelstellingen die nodig zijn in de acute zorg.

4.6 Aanvullende opmerkingen voor av bij scenario's

Voor de invoering van budgetbekostiging voor acute verloskunde gelden dezelfde stappen en in principe dezelfde scenario's als voor budgetbekostiging van de seh. De consequenties van budgetbekostiging voor av zijn nog niet eerder onderzocht en av is op verschillende punten complex. De afbakeningstap bij scenario 2 zou waarschijnlijk langer duren dan bij de seh, omdat er geen definitie van acute verloskunde bestaat in het veld. Hoeveel langer, kunnen we op dit moment nog niet zeggen. Er is daarom geen aparte roadmap opgenomen voor av. Het zijn dezelfde scenario's op een langer tijdpad. Daarbij adviseren wij om voor av een extra stap aan de voorkant toe te voegen waarin wordt onderzocht wat de consequenties zijn van budgetbekostiging voor av.

Er zijn enkele factoren waardoor invoering van budgetbekostiging voor acute verloskunde op een andere manier complex is dan de budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp.

- De acute verloskunde is een onderdeel van de integrale geboortezorgketen. Eerstelijns verloskunde, tweedelijns verloskunde en kraamzorg werken hierin samen voor de zorg aan zwangere vrouwen en hun (ongeboren) kind. Vanuit de sector, maar ook vanuit de overheid is er de afgelopen jaren ook veel geïnvesteerd in de integrale samenwerking in de keten. Op het ogenblik worden geen van deze schakels bekostigd voor beschikbaarheid. De tweedelijns acute verloskunde op deze manier bekostigen kan consequenties hebben voor de gehele keten. Deze effecten moeten eerst onderzocht worden. De geboortezorgpartners zullen dit erkennen; in 2021 hebben zij een rapport uitgebracht over een doorontwikkeling van de geboortezorg bekostiging (Stip op de Horizon, 2021). In het rapport geven zij aan om de noodzaak van een beschikbaarheidsbekostiging en de consequenties in kaart te brengen.

- De integrale keten is belangrijk voor het leveren van meer passende geboortezorg. De behoefte aan acute verloskunde in de tweede lijn is gedeeltelijk te voorkomen door betere prenatale zorg in de eerste en tweede lijn. Bij de afbakening moet daarom goed rekening worden gehouden met de financiële prikkels die kunnen ontstaan bij budgetbekostiging voor alleen de acute tweedelijns verloskunde. Bijvoorbeeld, door een vast budget beschikbaar te stellen op het huidige kostenniveau, komt er geen financiële prikkel voor de tweede lijn om meer dan nu aan preventie te doen waarmee het aantal acute situaties kan verminderen. Dit is nadelig voor de kwaliteit van zorg voor patiënten en de toegankelijkheid van alle verloskundige zorg. De integrale geboortezorgketen kent al veel spanningen en een tweede lijn die relatief een veel sterkere positie heeft dan de eerste lijn. De tweedelijns zorg heeft medisch specialisten en de financiële middelen en organisatiekracht van het ziekenhuis. Invoering van budgetbekostiging kan gevolgen hebben voor de verhouding tussen de eerstelijns en tweedelijns verloskundige. Het apart bekostigen van de beschikbaarheid van de tweedelijns acute verloskunde zonder ook de 24/7 beschikbaarheid van de rest van de keten te bekostigen versterkt de positie van de tweedelijns verloskundige zorg.

- Juist door de integraliteit van de keten, werken bepaalde regio's via de integrale bekostiging. Deze integrale bekostiging geeft financiële prikkels om meer te doen aan preventie en zorg zo dicht mogelijk bij huis te leveren in de eerstelijns zorg. De introductie van budgetbekostiging voor alle ziekenhuizen heeft impact op regio's die zich integraal hebben georganiseerd. Deze regio's gaven tijdens consultatie op dit rapport aan dat de impact voor deze regio's eerst nader onderzocht moet worden. Deze aanpassing zou ten koste zou gaan van de investeringen in hun integrale werkwijze, omdat acute en niet acute verloskunde uit elkaar worden getrokken.

- De afbakening van de acute verloskunde is complexer dan die van de seh. De seh is een eigen fysieke locatie met eigen binnenkomst van patiënten. Dit ligt complexer bij acute verloskunde. Een afdeling acute verloskunde bestaat immers niet. Een patiënt die acute verloskunde ontvangt, is in de administratie niet gelabeld. Het gaat in veel gevallen om dezelfde zorg, maar geleverd in een acute situatie; het is moeilijk een scherp onderscheid te maken tussen acute verloskunde en electieve verloskunde. Een geplande en een spoed keizersnede verschillen wel van elkaar, maar in beide gevallen gaat het om een keizersnede. Er bestaan geen aparte zorgproducten voor de acute verloskunde. Ook voor de niet-acute verloskunde moet de afdeling verloskunde binnen een ziekenhuis doorlopend zorg kunnen leveren. Bevallingen laten zich immers moeilijk plannen. De meeste bevallingen vallen niet onder de acute verloskunde, maar toch kunnen ze niet worden uitgesteld. Een ziekenhuis kan geen acute verloskunde leveren zonder volledig functionerende operatiekamer, OK-team en anesthesioloog. Het moet bijvoorbeeld mogelijk zijn om een spoed keizersnede te doen of een postnatale bloeding met spoed te opereren. Ook kan de acute verloskunde niet worden geleverd zonder achterwacht van een kinderarts en een kinderafdeling die doorlopend in staat is om een pasgeboren baby te behandelen.

4.7 Conclusie en reacties partijen

Voor de korte termijn scenario's, verwachten we dat een afbakening voor de seh met differentiatie het beste bijdraagt aan de doelstellingen. Hiermee ontstaat immers ruimte om binnen de bekostiging budgetten af te stemmen op de verschillende types seh en grootte van de seh's.

Een afbakening met differentiatie doet recht aan de praktijkvariatie. Hiermee kan de budgetbekostiging beter aansluiten bij de realiteit waarin niet elke seh hetzelfde personeel heeft rondlopen en dezelfde soort patiënten opvangt. Ook hier is het noodzakelijk dat de afbakening strak en eenduidig is, zodat de differentiatie later niet ter discussie kan worden gesteld. Indien er geen differentiatie komt zullen budgetten in alle gevallen niet kostendekkend zijn voor de gehele seh en verwachten we weinig positieve effecten voor ziekenhuizen en de patiënt. Zo stimuleert het bijvoorbeeld de samenwerking beperkt als het ziekenhuis nog steeds een productieprikkel heeft om aanvullende inkomsten te genereren met zorgproducten om zo het gedeelte van de kosten van de seh te financieren dat niet gedekt wordt door de beschikbaarheidsbekostiging.

De sluitingen van seh's in de afgelopen tien jaar hadden over het algemeen geen financiële redenen en betroffen enkel ziekenhuizen met meerdere locaties seh en/of av (tenzij er sprake was van algeheel faillissement). Sluitingen hangen voornamelijk samen met tekort aan personeel en/of het niet kunnen borgen van de kwaliteit op meerdere locaties.

Wanneer we de criteria samenvatten in een beknopte tabel, ziet dat er als volgt uit:

Tabel 3 - samenvatting beoordeling scenario 1 en 2

Criteria	Scenario 1: Afbakening op basis van de huidige beschikbaarheidbijdrage(n)	Scenario 2: Bredere afbakening met differentiatie
Financiële zekerheid voor ziekenhuizen	beperkt positief effect (+)	iets groter positief effect (++)
Optimale inzet schaars personeel acute zorg	geen effect verwacht (0)	geen effect verwacht (0)
Budget is kostendekkend voor het leveren van zorg op de seh en de av	matig kostendekkend	in grote mate kostendekkend
Samenwerking stimuleren	beperkt positief effect (+)	iets groter positief effect (++)
Toegankelijkheid seh/av	beperkt positief effect (+)	beperkt positief effect (+)
Toegang tot de overige ziekenhuiszorg	geen effect verwacht (0)	geen effect verwacht (0)
Kwaliteit	geen effect verwacht (0)	geen effect verwacht (0)
Risico dubbele bekostiging	beperkt risico	groter risico
Effect op ontwikkeling macro zorgkosten	kosten opdrijvend effect (omvang niet te bepalen)	kosten opdrijvend effect (omvang niet te bepalen)

De beperkte voordelen van het invoeren van budgetbekostiging op basis van een beperkte afbakening (scenario 1) vragen veel inspanningen van het veld. Een budgetbekostiging is zo goed als de afbakening en invulling die je er in stopt; zonder zorgvuldige onderbouwing en gerichte keuzes heeft het **zeer beperkte meerwaarde** voor maar een klein aantal ziekenhuizen, terwijl het grote inspanning vereist van alle ziekenhuizen en zorgverzekeraars.
Voor acute verloskunde geldt dat de effecten van de invoering van budget bekostiging niet eerder zijn onderzocht. Dit brengt extra risico's met zich mee. Wij zien potentieel negatieve effecten op onder andere de samenwerking en de optimale inzet van schaarse menskracht binnen de geboortezorg keten. Om deze effecten in brede zin en de potentiële risico in kaart te brengen is aanvullend onderzoek en een langere doorlooptijd vereist. We hebben daarom geen aparte roadmap opgenomen voor av. Het zijn dezelfde scenario's maar met een langer tijdpad. Gegeven de inbedding van acute verloskunde in de totale keten van geboortezorg is het de vraag of een budgetbekostiging voor (alleen) acute verloskunde passend is.

Voor de acute verloskunde geldt dat we vooralsnog geen zicht hebben op de praktijkvariatie in kosten. En of dit een differentiatie naar verschillende type av-locaties binnen de afbakening rechtvaardigt. Wel kunnen we ons goed voorstellen dat differentiatie ook daar nodig is. Bijvoorbeeld naar de aanwezigheid van een neonatale intensive care unit (NICU).

Naast de korte termijn scenario's zien we een groeipad waarin keuzes worden gemaakt over een toekomstbestendige inrichting van het acute zorglandschap en hierop een passende bekostiging volgt. Dit groeipad helpt bij de maatschappelijke opgave waarvoor de acute zorgketen momenteel staat. Voor

dit groeipad kan direct gekozen worden zonder scenario 1 of 2. Dit scheelt in de administratieve lasten van meerdere implementatiemomenten.

We zien ook een vierde mogelijkheid, namelijk het groeipad parallel of volgordelijk aan één van de korte termijn scenario's. We zouden dan kunnen starten met invoering van budgetbekostiging en dit steeds verder door ontwikkelen naar de stip op de horizon van het toekomstbestendige landschap van de acute zorg. We breiden de budgetbekostiging geleidelijk uit waarbij we ook leren van de (regionale) initiatieven die verdere optimalisering van het acute zorgnetwerk als doelstelling hebben. Dit vraagt extra inspanningen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Het groeipad zal in beide situaties bijdragen aan een optimale inzet van schaars personeel, zal samenwerking tussen ziekenhuizen en tussen het ziekenhuis en ketenpartners bevorderen en borgt waarschijnlijk beter de macro budgetneutraliteit.

Reactie partijen op de invoeringsmogelijkheden

NVZ, NFU en ZN zijn het erover eens dat voor een verreikend besluit als invoering van budgetbekostiging voor een deel van de medisch-specialistische zorg een zorgvuldig proces doorlopen moet worden. De partijen zijn het op enkele punten ook met elkaar eens over wat ze niet wenselijk vinden of waar zij zich zorgen over maken:

- Om tot een goede uitwerking te komen is vanwege de complexiteit voldoende tijd nodig. Zij geven aan dat het invoeren van budgetbekostiging per 2026 of 2027 onhaalbaar is.
- Tijdelijke scenario's die een paar jaar later worden vervangen voor een verdergaand scenario achten alle partijen niet wenselijk. Dit levert voor verzekeraars en ziekenhuizen veel administratieve lasten op. Alle partijen maken zich sowieso zorgen over de administratieve lasten van de invoering van budgetbekostiging.
- De partijen zijn het ook met elkaar eens dat scenario 1 niet de juiste route is. Voor de ziekenhuizen ligt de reden hiervoor in de te beperkte afbakening, waardoor het weinig financiële zekerheid biedt aan ziekenhuizen. Voor de verzekeraars ligt de reden bij de vraagtekens die zij hebben over de toegevoegde waarde van budgetbekostiging om de huidige problemen aan te pakken.

Hoewel de partijen het eens zijn over de urgentie om iets te doen voor de acute zorg, verschillen de partijen van mening in wat zij als oplossingsroute zien. De NFU en de NVZ geven aan dat de ziekenhuizen gebaat zijn bij een bredere afbakening die rechtdoet aan de praktijkvariatie. De NVZ heeft daarom de voorkeur voor scenario 2. De NFU geeft aan dat de budgetbekostiging met name voordelig lijkt voor de kleinere seh's maar niet voor de grote seh's waar een grote verscheidenheid aan acute zorgvragen worden behandeld. Waarbij de NFU risico ziet op onderbekostiging voor de grotere seh's. De NFU prefereert scenario 2 boven scenario 1, maar is voorstander van de optie van het groeipad. Zij voorziet veel benodigde extra inspanningen vanuit zorgaanbieders en verzekeraars en pleiten daarom om enkel te focussen op het groeipad.

De NVZ ziet het liefst de brede afbakening van scenario 2 zonder in te zetten op het groeipad. Het werken aan een toekomstbestendig landschap zou volgens de NVZ afleiden van de invoering van budgetbekostiging.

ZN heeft ook voorkeur voor een groeipad maar verbindt deze niet per definitie aan een budgetbekostiging. Voor de beide tijdelijke scenario's (1 en 2) geldt dat ZN van mening is dat de negatieve consequenties voor de uitvoering (afbakening, schoning, risicoverevening, administratieve

lasten) disproportioneel zullen zijn ten opzichte van de mate waarin budgetbekostiging bijdraagt aan het realiseren van de doelstellingen.

ZN is van mening dat voor acute verloskunde een apart traject moet worden doorlopen. Eerst moeten de knelpunten rondom de acute verloskunde scherp worden geïdentificeerd en vervolgens gekeken of budgetbekostiging een mogelijke passende oplossing biedt en wat dit betekent voor de integrale geboortezorgketen.

5 Betekenisvolle stappen richting budgetbekostiging

5.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk schetsten we de roadmaps bij de verschillende scenario's om tot budgetbekostiging te komen. We concludeerden uit de roadmaps dat invoering van budgetbekostiging in de formele regelgeving niet per 2026 mogelijk is. We schetsen in dat hoofdstuk ook het groeipad richting een toekomstbestendig landschap en daarbij om een nieuw normenkader vast te stellen en aan de slag te gaan met de afbakening van de seh en av ten behoeve van de budgetbekostiging.

In dit hoofdstuk schetsen we per scenario enkele mogelijkheden om per 2025 en 2026 al betekenisvolle stappen te zetten om tot budgetbekostiging te komen. Parallel aan deze stappen is het ook al mogelijk om in 2025 en 2026 stappen te zetten via bestuurlijke afspraken en de contractering tussen verzekeraars en ziekenhuizen die kunnen bijdragen aan de doelstellingen. Deze aanvullende mogelijkheden zien we dan ook al als betekenisvolle stappen dit jaar en volgend jaar.

5.2 Betekenisvolle stappen 2025-2026 van de scenario's

Vanuit de verschillende scenario's zien we al een aantal betekenisvolle stappen voor de komende twee jaren. Deze hebben we in de roadmaps integraal getoond, maar hieronder lichten we ze specifiek nog uit. Hierbij schetsen we de fasen specifiek voor de seh. Voor av gaan we ervanuit dat av altijd een jaar achter zal lopen op de seh, omdat hiervoor eerst de consequenties in kaart gebracht moeten worden. Wanneer deze stap voor av gepasseerd wordt, dan gelden dezelfde fases als hieronder beschreven.

Scenario 1:

- Fase 1: Minister maakt uiterlijk in maart 2025 een keuze en geeft aanwijzing aan de NZa vorm.
  - De Minister maakt haar keuze voor een scenario en bijbehorende afbakening bekend. De afbakening wordt formeel uitgewerkt in de aanwijzing, maar moet zo spoedig mogelijk bij de NZa bekend worden gemaakt. Als de NZa niet op korte termijn kan starten met de uitvoering, is dit scenario binnen de tijdslijnen immers niet meer haalbaar. Zowel de keuze van de Minister als de start van de uitvoering door de NZa, zal dan zijn vóórdat de NZa het tweede deel van haar uitvoeringsadvies heeft opgeleverd.
- Fase 2: NZa geeft budgetbekostiging vorm
  - In deze fase zal de NZa haar budgetbekostiging (zowel de bekostiging als financiering) vormgeven. Dit start in 2025 terwijl zij nog werkt aan deel 2 van het uitvoeringsadvies, maar loopt door tot en met 2026.
- Fase 3: Contractering
  - In deze fase zullen de ziekenhuizen met de zorgverzekeraars budgetafspraken maken, en de medische specialistische zorgproducten schonen van het budget voor de seh. Dit is eind 2026 afgerond.

Scenario 2:

- Fase 1: Werkgroep werkt afbakening voor seh uit in 2025
  - In het kader van de gefaseerde invoering van budgetbekostiging, zien we als parallelle betekenisvolle stap het uitwerken van de afbakening. Dit kan in **2025** al in gang gezet worden. Het ministerie van VWS kan leiding geven aan een werkgroep met zorginhoudelijk experts en technische experts. Deze werkgroep kan de afbakening van de seh vormgeven. De werkgroep kan in 2025 al starten. Zij kan dan begin 2026 al een strakke en heldere afbakening opleveren.
- Fase 2: Minister geeft afbakening budgetbekostiging voor seh vorm
  - In deze fase geeft de Minister antwoord op de vraag:
    Wat wil de Minister in het budget voor de seh bekostigen?
    Zoals we eerder in ons rapport hebben aangegeven, kan dit overlappen met de afbakening zoals de werkgroep deze heeft vormgegeven, maar hierin heeft de Minister een keuze.
  - De Minister laat dit landen in formele wet- en regelgeving.
- Fase 3: NZa geeft budgetbekostiging vorm
  - In deze fase zal de NZa haar budgetbekostiging (zowel de bekostiging als financiering) vormgeven. Dit start in 2026, maar loopt door tot en met 2027.

Groeipad:

- Fase 1: normenkader voor toekomstbestendige acute zorg landschap
  - De eerste betekenisvolle stap om tot een toekomstbestendig landschap voor de acute zorg te komen is het vormgeven van een normenkader. Dit kan in 2025 gestart worden.
- Fase 2: afhankelijk van de doorlooptijd van de totstandkoming van het normenkader kan in 2026 al een start gemaakt worden met de afbakening.

5.3 Bestuurlijke afspraken en afspraken via de contractering per 2026

Parallel aan de stappen beschreven onder 5.2 is het mogelijk om in 2025 en 2026 stappen te zetten via bestuurlijke afspraken en de contractering tussen verzekeraars en ziekenhuizen die kunnen bijdragen aan de doelstellingen. We zien hierbij vier opties (I, II.a, II.b en III) om ziekenhuizen en zorgverzekeraars op de korte termijn afspraken te laten maken in de contractering. In de tussentijd blijven in 2025 en 2026 de reguliere bekostiging van de medisch specialistische zorg en de beschikbaarheidbijdragen seh en av nog voortbestaan.

We beschrijven deze opties hieronder.

I. Bestuurlijke afspraak: Geen enkel ziekenhuis hoeft haar seh en/of haar acute verloskunde te sluiten vanwege een gebrek aan financiële middelen.

De Minister wil toegankelijke zorg voor de patiënt wanneer deze gebruik moet maken van de seh en afdeling acute verloskunde. De Minister wil niet dat locaties van seh en av sluiten van financieel kwetsbare ziekenhuizen. Om dat te borgen kan de Minister aansturen op het maken van een bestuurlijke afspraak met de ziekenhuizen en zorgverzekeraars.

De kern van die afspraak moet dan zijn dat ziekenhuizen hun afdelingen seh en av niet vanwege financiële redenen zullen sluiten in de komende jaren, totdat de budgetbekostiging van kracht wordt. Dit kunnen de ziekenhuizen en zorgverzekeraars vervolgens in hun contractering vastleggen. We verwachten dat de afspraak van deze optie al op korte termijn gemaakt kan worden en daarmee zelfs in 2025 al van kracht kan zijn.

Deze stap kan wel bijdragen aan het beschikbaar houden van seh's en acute verloskunde, maar is op zichzelf geen stap richting een budgetbekostiging. Tegelijkertijd hindert deze stap de invoering van een budgetbekostiging ook niet. Overigens kan er binnen deze afspraak ruimte zijn om te werken aan een toekomstbestendiger acute zorg landschap vooruitlopend op het geschetste groeipad.

II. Bestuurlijke afspraak: Ziekenhuizen en zorgverzekeraars bakenen gemeenschappelijk de seh en av af via een bestuurlijke afspraak en spreken tegelijk af dat ze hier specifieke budgetafspraken over kunnen maken in de individuele contracten.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken hierover afspraken en geven hier uitvoering aan, bijvoorbeeld door inkoop in representatie. Ze kunnen hierbij (a) een **nader te bepalen bestuurlijke afbakening** hanteren, of (b) de **huidige afbakening van de beschikbaarheidbijdrage**. Voor deze laatste optie zijn er verantwoordingsdocumenten van de NZa beschikbaar die als input kunnen dienen.

Met deze stap wordt er concreet gewerkt aan budgetfinanciering: de seh-zorg wordt (gedeeltelijk) ingekocht via een budgetafspraak in de contractering. Op deze manier starten zorgaanbieders en zorgverzekeraars alvast om het gesprek te voeren over de inkoop van seh-zorg en av. Er wordt hiermee dan ook een concrete stap gezet richting een budgetbekostiging. Veldpartijen verwachten veel discussies over de afbakeningen en de lokale budgetten. Bij een dergelijke optie moet er rekening worden gehouden met hoe men omgaat met de beschikbaarheidbijdrage, deze zal nog niet vervallen of worden afgebouwd.

III. Contractuele budgetafbakening in lokaal overleg

Ook hier maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken over een budget in de contractering, bijvoorbeeld door inkoop in representatie. Deze ruimte kunnen partijen in huidige bekostiging ook pakken. Daarmee is dit scenario dus een bredere benutting van de huidige bekostiging.

Het verschil tussen optie III en optie II.a is dat in optie II.a eerst landelijk een afbakening wordt vormgegeven en bestuurlijk wordt afgesproken, terwijl in optie III ieder individueel ziekenhuis dit in samenspraak met (hun grootste) zorgverzekeraar(s) kan vormgeven.

Dit behoort feitelijk gezien dus al tot mogelijkheden, maar wordt nog maar weinig toegepast in de praktijk de afgelopen jaren. Dit zou breder kunnen worden toegepast door bijvoorbeeld bestuurlijke afspraken hierover te maken waarbij de inhoud inclusief de afbakening wel lokaal wordt bepaald. Dit zou net als bij optie II er voor zorgen dat de seh/av op basis van een budgetafspraak gefinancierd wordt. Deze optie zorgt mogelijk wel voor lokale verschillen in budgetafspraken. Dit kan als gevolg hebben dat de stap naar een uniforme budgetbekostiging minder makkelijk is dan zonder verschillende budgetafspraken.

Bij optie II en III geldt dat zorgverzekeraars te maken krijgen met financiële consequenties en afhankelijkheden van elkaar zonder dat aanpassing in de risicoverevening plaatsvindt. Daarnaast verwachten we bij optie II en III een grotere administratieve last ten opzichte van optie I. Waarbij optie III veruit de meeste administratieve lasten met zich meebrengt.

Ten algemene geldt dat de reguliere mededingingsregels van toepassing blijven, ook bij bestuurlijke afspraken waarbij inkoop in concurrentie niet het uitgangspunt is. De afspraken passen dan vrij vertaald binnen de mededingingsregels als daar draagvlak voor is vanuit de kant van de zorgaanbieders en zorgverzekeraars (eventueel gesterkt door steun van VWS) en op basis van concrete doelen in termen van de belangen voor patiënten en/of verzekerden worden beschreven. Of

dat anderszins door partijen gemotiveerd kan worden dat de maatschappelijke voordelen van de samenwerking opwegen tegen de nadelen (waaronder de nadelen van een eventuele beperking van de mededinging) en de afspraken noodzakelijk zijn.

5.4 Conclusie en reacties partijen

We zien naast de twee scenario's en het groeipad, mogelijkheden om per 2025 en 2026 betekenisvolle stappen te zetten in het maken van budgetafspraken door de ziekenhuizen en zorgverzekeraars. De mogelijkheden liggen in het maken van bestuurlijke afspraken over de contractering. De NVZ, NFU en ZN delen gemeenschappelijk het uitgangspunt dat een gebrek aan financiële middelen geen aanleiding mag zijn voor het sluiten van seh en/of av locaties. Daarnaast voelen zij – net als de Minister – de urgentie om betekenisvolle stappen te nemen op de korte en de lange termijn die de toegankelijkheid van de acute zorg borgen. Het kan daarom wenselijk zijn om hierover een bestuurlijke afspraak te maken. Op deze manier wordt er enerzijds gewerkt aan een stip op de horizon en anderzijds zet men direct stappen op de korte termijn. De mogelijkheden die we hierbij hebben geschetst zitten de scenario's of het groeipad niet in de weg.

6 Conclusie

In dit rapport hebben we de stappen toegelicht die nodig zijn om budgetbekostiging voor seh en av met inkoop in representatie in te voeren. We onderscheiden vervolgens een viertal mogelijkheden voor invoering:

1 een budgetbekostiging met beperkte afbakening per 2027
2 een budgetbekostiging met bredere en gedifferentieerde afbakening per 2028
3 een groeipad naar budgetbekostiging op basis van een normenkader voor het acute zorglandschap
4 een combinatie waarin we zowel op de korte termijn eerste stappen naar budgetbekostiging zetten maar ook inzetten op het groeipad voor het toekomstbestendige acute zorglandschap.

Ook noemen we enkele mogelijkheden om via bestuurlijke afspraken betekenisvolle stappen op de korte termijn te zetten.

Mogelijkheden per 2027 en 2028

In het eerste scenario gaan we uit van invoering van budgetbekostiging op basis van de huidige afbakening van de beschikbaarheidbijdragen seh en acute verloskunde. Invoering kan per 2027, mits de keuze voor het scenario (lees: de afbakening van de budgetbekostiging) op korte termijn door de Minister gemaakt wordt en bij ons bekend is. Bij invoering per 2026 kan niet voldaan worden aan de randvoorwaarde van budgetneutraliteit, bovendien heeft invoering per 2026 vergaande negatieve consequenties voor de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars.

In het tweede scenario gaan we uit van een afbakening met differentiatie, om aan te sluiten bij de praktijkvariatie van de seh's en afdelingen voor acute verloskunde in Nederland. Zodat de budgetten passend zijn voor de acute zorgvorm die men beschikbaar houdt. Deze gedifferentieerde afbakening moet nog vorm worden gegeven, bijvoorbeeld door een werkgroep met zorginhoudelijk en technische experts. Wanneer de werkgroep direct start, verwachten we dat invoering van budgetbekostiging per 2028 mogelijk is.

Voor deze twee korte termijn scenario's (1 en 2) geldt dat we verwachten dat voor acute verloskunde meer de tijd genomen dient te worden. Dit, vanwege de extra stap die moet bestaan uit het nader onderzoeken van de consequenties van budgetbekostiging voor de tweedelijns acute verloskunde. Er is daarom geen aparte roadmap opgenomen voor av. Het zijn dezelfde scenario's maar met een langer tijdpad.

We hebben deze twee scenario's beoordeeld op een aantal criteria: financiële zekerheid, optimale inzet schaars personeel acute zorg, redelijkerwijs kostendekkendheid, samenwerking stimuleren, toegankelijkheid seh/acute verloskunde en toegang tot overige ziekenhuiszorg, kwaliteit, risico op dubbele bekostiging, en effect op macro zorgkosten.

We zien dat scenario 2 (een bredere afbakening met differentiatie) beter scoort op de doelstellingen dan invoering van budgetbekostiging op basis van een beperkte afbakening (scenario 1, een afbakening op basis van de beschikbaarheidbijdrage). Scenario 2 heeft daarentegen een langere doorlooptijd en kent meer complexiteit. In zijn algemeenheid, constateren we dat de korte termijn scenario's een aantal invoeringsrisico's met zich meedragen en beperkt bijdragen aan de doelstellingen van de invoering van budgetbekostiging.

Het budgetneutraal invoeren van budgetbekostiging met inkoop in representatie per 2026 is in scenario 1 en 2 niet mogelijk. Dit komt door de verschillende stappen die nodig zijn bij invoering van een nieuw bekostigingssysteem. Maar de te korte doorlooptijd heeft ook consequenties voor het inkoopbeleid van zorgverzekeraars, de totstandkoming van de contracten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars en de aanpassingen in de risicoverevening.

Groeipad

Naast de korte termijn scenario's schetsen we ook een groeipad naar een budgetbekostiging gebaseerd op een gedeeld normenkader. Dat normenkader verschaft duidelijkheid over de inrichting van de acute zorg in het algemeen en het seh-landschap in het bijzonder. Dit groeipad helpt bij de maatschappelijke opgave waarvoor de acute zorgketen momenteel staat (stijgende zorgvraag en schaars personeel, toegankelijkheid onder druk). Binnen dit groeipad moeten er keuzes gemaakt worden die bijdragen aan een optimale inzet van schaars personeel, de samenwerking tussen ziekenhuizen en tussen het ziekenhuis en ketenpartners bevorderen en beter de macro budgetneutraliteit kunnen borgen.

Het risico van bovenstaand groeipad is dat op veel aspecten overeenstemming moet worden bereikt met vertraging als gevolg. Daarom kan ook gekozen worden voor combinatie met één van de eerste twee scenario's, zowel parallel of volgtijdelijk. Dit is de vierde mogelijkheid die wij zien om stappen te nemen richting een budgetbekostiging.

Betekenisvolle stappen in 2025-2026

Het daadwerkelijk invoeren van budgetbekostiging kan niet per 2026. Wel kunnen vanuit een scenario of het groeipad betekenisvolle stappen worden gezet per 2025 en 2026.

Dat betekent in 2025 al betekenisvolle stappen richting een budgetbekostiging. Verschillende stappen bij de invoering van een budgetbekostiging bieden daarvoor mogelijkheden zoals de afbakening, aanpassing risicoverevening of de voorbereiding van regelgeving (de aanwijzing vanuit VWS, de beleidsregels van de NZa). Dit samen leidt tot een eerste aanpassing per 2027 in de bekostiging of wanneer de Minister kiest voor een meer bredere en gedifferentieerde afbakening als eerste stap, invoering van de budgetbekostiging per 2028.

Vervolgens kan deze budgetbekostiging doorontwikkeld worden. Belangrijk aandachtspunt hierbij is dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars te maken krijgen met een aantal aanpassingen achter elkaar.

Daarnaast noemen we mogelijkheden in bestuurlijke afspraken die eerste betekenisvolle stappen kunnen bevatten. Betrokken partijen – NVZ, ZN en NFU – zijn bereid om met elkaar afspraken te maken over het voorkomen van sluitingen van de seh en av vanwege financiële redenen. Zij zien weinig heil in afspraken over budgetafspraken in de contractering voor 2026.

7 Reacties NFU, NVZ en ZN

De NVZ, NFU en ZN hebben in de periode van 14-19 januari 2025 het rapport gelezen. Naast hun mondelinge bestuurlijke reactie op 22 januari, hebben zij schriftelijk gereageerd aan de NZa. Ze hebben naast het delen van hun eigen bestuurlijke standpunt, ook een gemeenschappelijke reactie opgesteld en gedeeld. Hun bestuurlijke reacties zijn opgenomen als bijlage in dit rapport. Hieronder vatten we de conclusies van hun reacties samen. Voor de argumentatie of motivatie van hun keuzes, verwijzen we naar de bestuurlijke reacties van deze drie partijen.

NFU

De NFU is van mening dat tussentijdse (parallelle) stappen, zoals beschreven in scenario's 1 en 2, niet alleen tijdrovend zijn en daarmee belastend voor de zorgsector, maar dat ze ook leiden tot vertraging van de gewenste bekostiging die gebaseerd is op een houdbaar stelsel in de toekomst. De focus moet volgens hen liggen op een bredere, integrale benadering van de acute zorgketen, zoals in het groeipad beschreven. Daarnaast lossen scenario's 1 en 2 volgens de NFU, weinig op voor de onderliggende problemen in de acute zorg, zoals personeelstekorten en de samenwerking binnen het hele ziekenhuis en met overige instellingen. De NFU geldt aan om de betekenisvolle stappen per 2026 vorm te geven binnen de al bestaande mogelijkheden in de reguliere bekostiging (bestuurlijke optie III).

NVZ

De NVZ geeft aan dat de te kiezen afbakening veel impact heeft op de organisatie van acute zorg en de bedrijfsvoering binnen het ziekenhuis en is daarmee bepalend voor de mate waarin budgetbekostiging meerwaarde kan bieden. De NVZ volgt daartoe graag het proces van scenario 2 met afbakening en ruimte voor praktijkvariatie. De NVZ vindt de scope van scenario 1 dermate smal dat het nauwelijks meerwaarde biedt aan ziekenhuizen, omdat veel van de seh en av kosten nog buiten de budgetbekostiging vallen. Vanwege de zware invoeringslasten, ziet de NVZ liever in één keer een brede afbakening, dan eerst een smalle afbakening. De NVZ heeft geen voorkeur voor het groeipad, omdat dit naar mening van de NVZ zou afleiden van het ontwikkelen van een budgetbekostiging volgens scenario 2. Hoewel de NVZ geen meerwaarde ziet in het maken van complexe lokale afspraken in de contractering (bestuurlijke optie II en III), ziet zij wel meerwaarde in het maken van bestuurlijke afspraak I met als uitgangspunt dat geen enkel ziekenhuis haar seh of av hoeft te sluiten vanwege het gebrek aan financiële middelen.

ZN

ZN stelt een tweesporen aanpak voor waarin enerzijds via bestuurlijke afspraken zal worden voortgebouwd op de reeds geldende "basis op orde afspraken". Het gaat hierbij om gerichte steun indien sprake is van acute dreiging van continuïteitsproblemen van de acute zorg in ziekenhuizen. En anderzijds het vormgeven van het toekomstbestendige acute zorglandschap via het groeipad. Voor de beide tijdelijke scenario's (1 en 2) geldt dat ZN van mening is dat de negatieve consequenties voor de uitvoering (afbakening, schoning, risicoverevening, administratieve lasten) disproportioneel zullen zijn ten opzichte van de mate waarin budgetbekostiging bijdraagt aan het realiseren van de doelstellingen. Volgens ZN zijn deze risico's voor scenario 2 groter dan voor scenario 1.

Gemeenschappelijke reactie

De drie partijen geven aan, net als de Minister, gemotiveerd te zijn en de urgentie te voelen om betekenisvolle stappen te zetten waarmee ze de toegankelijkheid tot goede acute zorg kunnen borgen voor iedereen in Nederland. Deze drie partijen zijn bereid om bestuurlijke afspraken te maken, omdat hun uitgangspunt is dat een gebrek aan financiële middelen geen aanleiding mag zijn voor het sluiten van de seh of av.

En hoewel de NVZ meerwaarde ziet in budgetbekostiging, zijn de NFU en ZN samen van mening dat er nog veel onduidelijkheden zijn om te bepalen of budgetbekostiging een effectieve en passende oplossing is voor de knelpunten in de acute zorg. Alle drie bevestigen de voorkeur te hebben om toe te werken naar “een duidelijk eindplaatje” boven vergaande tijdelijke scenario’s. Dit kan immers veel administratieve lasten schelen.

NVZ, NFU en ZN zijn het erover eens dat een ingrijpend besluit als invoering van budgetbekostiging voor een deel van de medisch-specialistische zorg een zorgvuldig proces doorlopen moet worden. Om tot een goede uitwerking van “het eindplaatje” te komen is vanwege de complexiteit en bijbehorende consequenties meer tijd nodig. NVZ, NFU en ZN concluderen daarom dat het invoeren van budgetbekostiging via scenario 1 (invoeren per 2027) of het invoeren van tijdelijke tussentijdse stappen in de bekostiging per 2026 onrealistisch en niet haalbaar zijn.

Newtonlaan 1-41 ▪ 3584 BX Utrecht ▪ Postbus 3017 ▪ 3502 GA Utrecht
T 030 - 296 81 11 ▪ E info@nza.nl ▪ www.nza.nl

Bijlage

Reacties NFU, NVZ en ZN

Ontvangen op 24 januari 2025

Gezamenlijke reactie ZN, NFU en NVZ op conceptadvies budgetbekostiging NZa

De minister heeft de NZa gevraagd om een uitvoeringstoets te doen voor de invoering van budgetbekostiging voor de seh en av. Als eerste stap hierin zal de NZa een uitvoeringsadvies geven; een uitvoeringtoets volgt later dit jaar. Als onderdeel van zijn advies heeft de NZa de NVZ, NFU en ZN geconsulteerd en partijen hebben hierover uitgebreid met elkaar gesproken in een bestuurlijk overleg. In aanvulling hierop heeft de NZa ons de mogelijkheid geboden om schriftelijk input te geven. Wij maken daarvan graag gebruik. Onze reactie bestaat uit de gezamenlijke conclusies van het overleg. Aanvullend geeft iedere partij een eigen reactie.

Gezamenlijke conclusies NVZ, NFU en ZN

De NVZ, NFU en ZN onderschrijven de doelstelling van de minister om de toegankelijkheid van goede acute zorg te borgen voor iedereen in Nederland. Op de meeste plekken is deze goed geregeld, maar een aantal ziekenhuizen heeft moeite om aan de minimale kwaliteitseisen te voldoen en/of het dienstenrooster in te vullen. De belangrijkste knelpunten zijn de toenemende zorgvraag in combinatie met personeelstekort en dat het voor een aantal ziekenhuizen lastig is om invulling te geven aan alle kwaliteitseisen voor de seh en acute verloskunde.

Een gebrek aan financiële middelen leidend tot sluiting van seh en/of acute verloskunde is over het algemeen niet aan de orde; daarvoor zijn seh en av ook te fundamenteel voor het ziekenhuis als geheel. Wel zien we in de praktijk dat de acute, 24/7 voorzieningen van ziekenhuizen niet altijd kostendekkend zijn, waardoor deze deels moeten worden gefinancierd met de opbrengsten van electieve zorg. Dit zet de financiële en concurrentiepositie van met name kleinere ziekenhuizen onder druk.

Op basis van het bestuurlijk overleg kan het volgende worden geconcludeerd:

- **Eensgezind over doel, maar verschil van inzicht over meerwaarde budgetbekostiging:**
  De NVZ, NFU en ZN voelen urgentie, net als de minister en zijn gemotiveerd om samen met VWS, NZa en andere betrokken partijen op de korte én lange termijn betekenisvolle stappen te zetten om de toegankelijkheid tot goede acute zorg voor iedereen in Nederland te borgen. De NVZ ziet meerwaarde in budgetbekostiging, terwijl NFU en ZN vinden dat er nog teveel onduidelijkheden zijn om te bepalen of budgetbekostiging een effectieve en passende oplossing is voor de knelpunten in de acute zorg. Wel delen alle drie de partijen het uitgangspunt dat een gebrek aan financiële middelen geen aanleiding mag zijn voor het sluiten van seh en/of av locaties. Het kan daarom wenselijk zijn om hierover een bestuurlijke afspraak te maken.
- **Behoefte aan duidelijk eindplaatje, geen tijdelijke scenario's:**
  De voorgestelde bekostiging is complex en heeft potentieel vergaande consequenties en risico's in zich. NVZ, NFU en ZN vinden het daarom belangrijk om toe te werken naar "een duidelijk eindplaatje". Onze voorkeur heeft het om het in één keer goed te doen. Dit voorkomt veel administratieve lasten die gepaard gaan met invoering van andere vormen van bekostiging. Tijdelijke scenario's voor het invoeren van budgetbekostiging zijn wat ons betreft niet geschikt als tussenstap richting het groeipad.
- **Zorgvuldig proces noodzakelijk, geschetst tijdspad niet realistisch en onhaalbaar:**
  NVZ, NFU en ZN zijn het erover eens dat een verreikend besluit als invoering van budgetbekostiging voor een deel van de medisch specialistische zorg een zorgvuldig proces doorlopen moet worden. Om tot een goede uitwerking van "het eindplaatje" te komen is vanwege de complexiteit en bijbehorende consequenties meer tijd nodig. Daarom is het invoeren van budgetbekostiging via scenario 1 (invoeren per 2027) en/of het invoeren van tussentijdse stappen in 2026 onrealistisch en niet haalbaar.

NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA

Nederlandse Zorgautoriteit

Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Betreft NFU reactie op concept uitvoeringsadvies bekostiging SEH en AV
Datum 24-1-2025

Ons kenmerk 25.00170/

Geachte ,

De NFU heeft met waardering het concept uitvoeringsadvies budgetbekostiging spoedeisende hulp en acute verloskunde gelezen. Ondanks de korte termijn, waarderen wij de mogelijkheid om te kunnen reageren op het conceptadvies. In deze brief treft u eerst een algemene beschouwing en waardering van de NFU aan op uw advies. Daarnaast hebben wij een bijlage toegevoegd
./. (NFU-25.00172), waarin we de gezamenlijke conclusies van ZN, NVZ en NFU hebben genoteerd. In
./. een tweede bijlage (NFU-25.00122) gaan wij wat meer in detail in op een aantal punten en beantwoorden wij de consultatievragen.

Budgetbekostiging is geen doel op zich. Naar mening van de NFU is voor de inrichting van de bekostiging eerst een gedegen probleemanalyse nodig, op basis waarvan een toekomstvisie op het zorglandschap kan worden gegeven. Die toekomstvisie moet dan de basis vormen voor de bekostiging. Dit kan budgetbekostiging zijn, maar de uitkomst zou ook een andere vorm kunnen zijn. Onze vraagtekens over tussentijdse aanpassingen in de bekostiging MSZ hebben wij eerder geuit, ook in de reactie in aanloop op het Advies Bekostiging Acute zorg uit december 2023.

Vanuit de bekostiging kan ook nog aan andere oplossingen worden gedacht (bijvoorbeeld beschikbaarheidsbijdrage, opt-in model of hybride bekostiging, deels vast en deels variabel). De NFU realiseert zich echter dat dit niet in scope is van de vraag van de Minister, maar blijft van mening dat een heldere probleemanalyse ontbreekt.

Bij de invoering van een andere bekostiging komt een aantal vraagstukken in de uitvoering kijken en het advies geeft een redelijk compleet beeld van afwegingen die gemaakt moeten worden. Bij de vormgeving van de bekostiging is het van belang te weten hoe de zorg georganiseerd is of moet worden, met ruimte voor differentiatie en een integrale visie over de sectoren heen. Kwaliteits-afspraken, normenkader, afbakening en inzicht in kosten zijn daar een belangrijk onderdeel van. Dit is randvoorwaardelijk alvorens een keuze voor een nieuwe bekostiging kan worden gemaakt. In het algemeen maakt de NFU zich daarnaast zorgen over de administratieve lasten die met invoering van deze vorm van budgetbekostiging gemoeid zijn.

De NFU is het eens met de NZa dat het belangrijk is om een zorgvuldig pad te bewandelen.
Wij zijn positief verrast over de uitwerking van het groeipad naar toekomstbestendig zorglandschap. Een visie op een toekomstbestendig zorglandschap voor de langere termijn is noodzakelijk voor het vormgeven van een passende bekostiging. Als NFU geven we de voorkeur aan dit scenario.

oudlaan 4 3515 ga utrecht ✉ nfu@nfu.nl ✆ 030 273 98 80 🌐 www.nfu.nl

Wij onderschrijven de bezwaren die de NZa schetst voor scenario 1 en 2. De zeer beperkte baten van invoering van budgetbekostiging voor de SEH en de AV in deze scenario's wegen niet op tegen de kosten en inspanningen die het met zich meebrengt. Daarnaast lossen scenario's 1 en 2 weinig op voor de onderliggende problemen in de acute zorg, zoals personeelstekorten en de samenwerking binnen het hele ziekenhuis en met overige instellingen, zoals de HAP en de eerstelijnsverloskunde.

De NFU ziet een aantal uitdagingen. De afbakening/definitie van zowel de SEH als de acute verloskunde is niet duidelijk. Ook vindt de NFU ruimte voor differentiatie zeer belangrijk. Er zijn grote verschillen in de inrichting en afbakening van de SEH'S over de verschillende ziekenhuizen. Het is niet nodig dat alle SEH's over dezelfde faciliteiten beschikken. Scenario 1 is daarom uit dat oogpunt voor de NFU een absoluut onbespreekbaar.

Tussentijdse (parallelle) stappen, zoals beschreven in scenario's 1 en 2, zijn niet alleen tijdrovend en daarmee belastend voor de zorgsector, ook leiden ze tot vertraging van de gewenste bekostiging die gebaseerd is op een houdbaar stelsel in de toekomst. De focus moet liggen op een bredere, integrale benadering van de acute zorgketen, zoals in het groeipad beschreven. Ook het risico op onomkeerbare gevolgen van scenario's 1 en 2 moet in ogenschouw worden genomen.

Concluderend stellen wij als NFU dat de belangrijkste problemen op dit moment niet liggen in de sfeer van de bekostiging, maar liggen in de tekorten op de arbeidsmarkt. Zie ook de gezamenlijke conclusies van de NVZ, ZN en de NFU. De NFU ziet dat voor een aantal ziekenhuizen wellicht lastig is om de SEH open te houden, maar dat hier meestal geen directe financiële redenen aan ten grondslag liggen. Om tegemoet te komen aan de wens om toch al betekenisvolle stappen te zetten om hier op korte termijn iets aan te doen, willen wij wijzen op de mogelijkheden die er zijn in de huidige bekostiging (beschikbaarheidsbijdrage of budgetbekostiging op lokaal niveau). Het is aan de partijen in de regio om te bezien waar knelpunten zijn en hoe die kunnen worden opgelost. Dit komt overeen met optie III uit het conceptadvies.

Tenslotte Scenario 1 is zeer ongewenst, maar ook met scenario 2 hebben wij grote moeite. De NFU is gecharmeerd van het voorstel van de NZa voor het groeipad. Graag gaan wij de komende periode met u, VWS en de overige veldpartijen aan de slag om dit verder uit te werken.

Met vriendelijke groet,

Helen Mertens
Voorzitter

Bijlagen:
- Gezamenlijke reactie ZN, NVZ en NFU
- Detail op het advies en beantwoorden consultatievragen

NEDERLANDSE FEDERATIE VAN UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA

Bijlage: detail op het advies en beantwoorden consultatievragen

Aan	NZa
Van	
Datum	24-1-2025
Ons kenmerk	25.00122/

Bijlage

Normenkader

De NFU denkt graag mee met het definiëren van een normenkader. Welke type zorg moet waar beschikbaar zijn en wat betekent dat voor de beschikbaarheid van personeel en benodigde faciliteiten van de SEH en van de acute verloskunde. In het kwaliteitskader Spoedzorgketen (2020) staan meerdere normen voor onder andere juiste en tijdige bemensing op de SEH opgenomen. Van belang is om dit mee te nemen bij de ontwikkeling van het normenkader.

Afbakening

Het is belangrijk om een goede afbakening te hebben, niet alleen vanuit juridisch en inhoudelijk perspectief maar ook voor de bekostiging. Welke faciliteiten worden wel en niet meegenomen. Het is daarbij ook de vraag of, waar dit voor de acute verloskunde wel het geval lijkt te zijn, de eerste lijn (HAP) hier ook in moet worden meegenomen, evenals de triage (eventueel op afstand). Ook de afbakening van de acute verloskunde ten opzichte van reguliere verloskunde is niet helder. Het lijkt goed om daar in ieder geval met open blik naar te kijken met een werkgroep van zorginhoudelijke experts.

Wet- en regelgeving

De NFU maakt zich zorgen over de impact op de wet- en regelgeving. Invoering van budgetbekostiging leidt tot veel wettelijke aanpassingen. De NFU onderschrijft het standpunt van de NZa dat het ongewenst is dat invoering van de budgetbekostiging in een lopend jaar wordt ingevoegd. Dit leidt tot ongewenste onzekerheid in de bekostiging gedurende het jaar en tot een aanzienlijke (extra) stijging van de administratieve lasten.

Vormgeving budgetbekostiging

Bij het vormgeven van de budgetbekostiging lijkt de schoning uit de huidige bekostiging een lastig vraagstuk. Hierbij moet echter niet alleen gekeken worden naar een mogelijke dubbele bekostiging, maar ook of er geen sprake is van onderbekostiging. Schoning leidt overigens ook tot extra administratieve lasten. Er moet bij de vormgeving van de bekostiging ook sprake zijn van enige vorm van maatwerk, niet alleen aan de hand van de differentiatie van de types seh en de parameters, maar ook in de schoning. Ook hier willen we vanuit de NFU graag over meedenken.

Contractering

De NFU deelt de zorgen van de NZa of de eis van een budgetneutrale overgang met de invoering van budgetbekostiging waargemaakt kan worden.
Daar waar de NZa spreekt over het punt dat de contractafspraken niet mogen leiden tot een stijging van de inkomsten vanwege de invoering van budgetbekostiging, merkt de NFU op dat dit aan de andere kant ook niet mag leiden tot een daling van de inkomsten. Budgetbekostiging lijkt met name voordelig voor de kleinere SEH's en zeker niet voor de grote SEH's waar een grote verscheidenheid aan acute zorgvragen worden behandeld.

Scenario's
De scenario's zijn herkenbaar, waarbij het scenario dat uitgaat van de aansluiting op de visie van het toekomstbestendig zorglandschap de veruit voorkeur heeft. Dit scenario is echter in het advies nog niet getoetst aan de beoordelingscriteria. Scenario's 1 en 2 zijn beiden zeer ongewenst, waarbij scenario 2 nog iets meer tegemoetkomt aan de visie van de NFU dat er sprake is van differentiatie in de SEH's en dit dus ook moet terugkomen in de bekostiging.

Beoordelingscriteria
Een belangrijk beoordelingscriterium is of het scenario bijdraagt aan het doel: optimaal beschikbaar houden van de spoedeisende zorg voor alle inwoners van Nederland.
Er bestaat al een instrument dat kan worden ingezet voor streekziekenhuizen: de genoemde beschikbaarheidsbijdrage voor een vaste basisinfrastructuur. Die is er voor (kleine) SEH's, kan worden geëvalueerd en wellicht worden aangepast waar nodig. De noodzaak van een model met vaste bekostiging voor alle ziekenhuizen wordt onvoldoende onderbouwd

Een ander aanvullend criterium is de energie en inspanning die nodig zal zijn voor de uitvoering. De invoering van budgetbekostiging vraagt grote inspanningen van ziekenhuizen (dit kost veel tijd van bestuurders, strategisch adviseurs, financiële afdelingen, medewerkers sales) en van zorgverzekeraars. Ook veroorzaakt het extra administratieve lasten, ook bij zorgprofessionals. Deze inspanningen gaan mogelijk ten koste van andere grote opgaven zoals de transformatie naar passende zorg en samenwerking in de regio. Het is essentieel dat de inspanning die dit alles gaat kosten wordt afgewogen tegen de positieve verwachte effecten ervan.
Naast het criterium van risico op dubbele bekostiging zien we ook een risico op onderbekostiging. Ook dit moet als afweging van de scenario's worden meegewogen.

Beoordeling van de scenario's
- In beide scenario's is er geen sprake van financiële zekerheid, maar vooral van financiële voorspelbaarheid en dan ook alleen voor de bekostiging van de SEH. Van financiële zekerheid is sprake als de ziekenhuizen weten dat alle kosten worden betaald, dat is in beide scenario's niet het geval. Wel is van tevoren duidelijk hoe hoog de bekostiging van specifiek de SEH is.
- De NFU is het ermee eens dat een optimale inzet niet wordt bevorderd in beide scenario's.
- De NFU wil graag een toelichting hoe de NZa komt tot het oordeel dat 'financiële zekerheid meer ruimte geeft om met andere ziekenhuizen/ketenpartners samen te werken'
- Het risico voor dubbele bekostiging geldt omgekeerd ook voor te lage bekostiging.
- De beoordeling van het effect op de ontwikkeling van de macrokosten staat op gespannen voet met de budgetneutraliteit. Alle SEH's en AV openhouden leidt in principe tot een groter beslag op de financiële middelen (en menskracht).

Hoe kijken jullie aan tegen het parallel laten lopen van een korte termijn scenario en het groeipad volgen?
Wij zijn voorstander van de fasering van het groeipad zonder eerst op korte termijn grote wijzigingen door te voeren. We voorzien veel benodigde extra inspanningen vanuit zorgaanbieders en verzekeraars en pleiten daarom om enkel te focussen op het groeipad. Bij dit groeipad achten wij een passende visie op het zorg landschap en een integrale visie wat dit betekent voor de bekostiging van groot belang

Zien jullie nog andere scenario's voor hoofdstuk 4?
Gezien de korte reactietermijn hebben we niet uitgebreid stil kunnen staan bij deze vraag.

Kunnen jullie aangeven wat jullie standpunt is op de verschillende bestuurlijke opties die we schetsen in hoofdstuk 5?
Wat betreft de vier bestuurlijke opties die worden genoemd (I, IIa, IIb en III) is optie III verreweg de meest laagdrempelige en haalbare optie. Dit sluit aan bij een belangrijk uitgangspunt dat er geen onomkeerbare stappen worden gezet zo lang visie, kwaliteitskader, afbakening etc. nog niet helder zijn. Opties I, IIa, IIb en hebben impact op de lokale afspraken die er nu zijn in de contractering. Naar mening van de NFU is er momenteel al veel mogelijk binnen de bestaande bekostiging, maar dat daar nog niet overal gebruik van wordt gemaakt.

Zien jullie nog andere opties voor hoofdstuk 5?
Gezien de korte reactietermijn zijn wij niet tot alternatieve opties gekomen.

Kunnen jullie aangeven of en waar we per abuis geen onderscheid maken tussen seh en av, als dit er volgens jullie wel degelijk is?
Omgekeerd zien we juist meer parallellen tussen de AV en de SEH. Ook bij de SEH/acute zorg zou sprake moeten zijn van een integrale keten (met HAP, thuiszorg, ambulanceposten, triage). Ook de afbakening van de SEH is zeer complex: waar ligt de grens tussen de acute en de electieve fase, zoals valt het OK-traject onder de SEH of niet.
Daarin verschilt de acute verloskunde niet van de SEH. Ook daar is het de vraag wanneer er sprake is van acute verloskunde en wanneer van reguliere verloskunde. Welke differentiatie is nodig? Kijk hierbij niet alleen naar de NICU maar bijvoorbeeld ook naar de obstetrische high care.

Zien we grote uitwerkingsvraagstukken over het hoofd die aandacht verdienen in deel 1 van ons advies?
Zie hierboven.

Staan er feitelijke onjuistheden in?
Wij hebben op dit moment geen onjuistheden geconstateerd.

Nederlandse
Vereniging van
Ziekenhuizen

Datum
24 januari 2025

Uw referentie

Onze referentie

Behandeld door

De voorzitter van de raad van bestuur
van de NZa,
mevrouw drs. G.J.C.M. Engwirda
per email: gengwirda@nza.nl

1/1

Onderwerp
Reactie NVZ conceptrapportage uitvoeringsadvies budgetbekostiging SEH en AV

Geachte mevrouw Engwirda, beste Geranne,

Bijgaand ontvangt u de reactie van de NVZ op de conceptrapportage uitvoeringsadvies budgetbekostiging SEH en AV. In bijlage 1 bij deze brief geven we eerst onze algemene reactie op het rapport en gaan vervolgens nader in op enkele specifieke aandachtspunten bij het inrichten van budgetbekostiging. In bijlage 2 treft u tevens een gezamenlijke reactie van ZN, NFU en NVZ aan op basis van het bestuurlijk overleg dat op 22 januari jl. over het conceptrapport heeft plaatsgevonden.

We stellen het zeer op prijs dat we in de mogelijkheid zijn gesteld om op het conceptrapport te reageren. Onze reactie mag worden opgenomen in het definitieve uitvoeringsadvies van de NZa c.q. met het ministerie van VWS worden gedeeld. De NVZ blijft ook in het vervolgtraject graag betrokken om tot een goede invulling van de opdracht van de minister te komen.

Mocht u naar aanleiding van bijgevoegde reacties nog vragen hebben, laat dit dan gerust weten.

Met vriendelijke groet,

Veronique Esman
directeur

Bijlagen:
1. Bestuurlijke reactie NVZ
2. Gezamenlijke reactie ZN, NFU en NVZ

Winthontlaan 1
3526 KV Utrecht

Postbus 434
3500 AK Utrecht

info@nvz-ziekenhuizen.nl
www.nvz-ziekenhuizen.nl

KvK Utrecht 40482194
T 030 273 98 83

Nederlandse
Vereniging van
Ziekenhuizen

Bijlage 1: Bestuurlijke reactie NVZ conceptrapportage uitvoeringsadvies budgetbekostiging SEH en AV

Onderstaand treft u de reactie van de NVZ op de conceptrapportage uitvoeringsadvies budgetbekostiging SEH en AV. We geven eerst onze algemene reactie op het document en gaan vervolgens in gedetailleerdere aandachtspunten ten aanzien van het inrichten van budgetbekostiging.

Algemeen

De NVZ ondersteunt de wens van de minister om de acute zorg uit de marktwerking te halen en te bekostigen middels budgetbekostiging. De acute zorg kent namelijk een belangrijke beschikbaarheidscomponent. Bekostiging op basis van beschikbaarheid is voor dit type zorg daarom beter passend dan een bekostiging die op productie gebaseerd is. Het is immers van belang dat patiënten 24/7 een beroep kunnen doen op acute zorg-voorzieningen in de nabijheid, óók op momenten of op locaties waar minder productie wordt gedraaid. Door de acute zorg op basis van beschikbaarheid in plaats van productie te bekostigen, worden (met name kleine ziekenhuizen) beter in staat gesteld om hun acute zorgvoorzieningen kostendekkend te organiseren. Dit draagt bij aan de continuïteit van zorg. Er ontstaat bovendien meer financiële zekerheid en rust, waardoor het voor ziekenhuizen eenvoudiger wordt om de acute zorg passend te organiseren en hierin te investeren. Op deze manier worden ziekenhuizen ook beter in staat gesteld om te voldoen aan de nu geldende kwaliteitscriteria. Het laten aansluiten van de beschikbaarheids-bekostiging aan bestaande kwaliteitskaders kan hieraan extra bijdragen.

Aanvullend ziet de NVZ dat de organisatie van de acute zorg op dit moment in beweging is. Er is een trend naar meer samenwerking, met name met de eerste lijn, bijvoorbeeld door HAP en SEH te integreren. Het inrichten van budgetbekostiging zorgt voor meer uniformiteit in de bekostiging van de acute zorg over de verschillende financierings-domeinen heen en ondersteunt daarmee de trends om de acute zorg in de regio meer integraal te organiseren. Dit draagt uiteindelijk bij aan het inrichten van een toekomstbestendiger acute-zorglandschap.

Naast de voordelen die de NVZ ziet in het invoeren van budgetbekostiging, is het belangrijk om te benoemen dat de acute zorg op dit moment veel uitdagingen kent. De toenemende zorgvraag in combinatie met personeelstekort maakt dat het voor ziekenhuizen lastig is om de acute zorg 24/7 met het juiste personeel te bemensen. Het invoeren van budgetbekostiging lost niet al deze knelpunten op.

Ook moet worden opgemerkt dat het – ondanks de voordelen van budgetbekostiging – belangrijk is het proces om tot budgetbekostiging te komen zorgvuldig uit te voeren. De meerwaarde van budgetbekostiging valt of staat met het definiëren van een juiste afbakening, context en scope. Dat heeft o.a. te maken met de grote verwevenheid van de

verschillende soorten zorg die ziekenhuizen leveren. Dat komt ook omdat ziekenhuizen de acute zorg op dit moment verschillend organiseren, afhankelijk van de context van het individuele ziekenhuis (zoals bijvoorbeeld de omvang en het adherentiegebied) alsmede de context van de regio waarin het ziekenhuis opereert (zoals bijvoorbeeld de ligging en het aantal omliggende ziekenhuizen). Bij het definiëren van de afbakening, context en scope dient aandacht te zijn voor deze diversiteit. Uiteindelijk moet volstrekt duidelijk zijn welke activiteiten in de acute as wel en niet onder de beschikbaarheidsbekostiging vallen en welke kosten daar wel en niet aan kunnen worden toegerekend. De NVZ beschouwt het voorgestelde proces zoals in de rapportage genoemd onder scenario 1 dan ook als onrealistisch en daarmee onwenselijk.

Bovendien is de scope die in scenario 1 wordt gedefinieerd dermate smal dat dit scenario voor ziekenhuizen nauwelijks meerwaarde biedt. Hiermee wordt namelijk maar een fractie van de kosten die samenhangen met de SEH en de Acute verloskunde via een budget bekostigd. En dus het overgrote deel van de kosten nog steeds niet. De NVZ ziet daarom meer in het proces van scenario 2, namelijk focussen op het zorgvuldig definiëren van afbakening en scope, waarbij ruimte is voor differentiatie. Halve tussenstappen zijn wegens de complexiteit en ingrijpende gevolgen volgens de NVZ onwenselijk.

Het is volgens de NVZ niet per se noodzakelijk om te starten met de ontwikkeling van een nieuw normenkader. De focus zou als eerste stap moeten liggen op het definiëren van de afbakening en scope van de budgetbekostiging, waarbij bestaande kwaliteitscriteria en het huidige aantal SEH-locaties als uitgangspunt kunnen worden genomen.

Onderstaand schetsen wij de gedetailleerdere aandachtspunten voor het inrichten van de budgetbekostiging.

Normenkader

Het is volgens de NVZ niet wenselijk om een nieuw normenkader te ontwikkelen voor de organisatie van de acute zorg. Het opstellen van een nieuw normenkader voor acute zorg – en met name de vraag wie waar welke zorg moet organiseren – leidt tot complexe vraagstukken over de organisatie van acute zorg en de inrichting van het zorglandschap, terwijl het regionale acute-zorglandschap op dit moment al volop in ontwikkeling is. Een nieuwe landelijke discussie hierover leidt af van de noodzaak om op korte termijn een budgetbekostiging in te voeren die het onder andere mogelijk maakt om de acute zorg kostendekkend te organiseren en om verdere samenwerking tussen HAP en SEH te bevorderen.

De NVZ stelt voor om het normenkader te baseren op bestaande normen, kwaliteits-richtlijnen en wet- en regelgeving. Daarbij kan worden uitgegaan van de huidige capaciteit en bijbehorende huidige SEH-locaties met het Kwaliteitskader spoedzorgketen als uitgangspunt.

Aanbieders behouden de verantwoordelijkheid voor het organiseren van een passend acuut zorgaanbod en kunnen daarin ook keuzes maken. Daarbij is het uitgangspunt dat het normenkader met geldende kwaliteitseisen uniform kan worden toegepast, terwijl differentiatie mogelijk is in de wijze waarop aanbieders hieraan invulling geven en in hoe de acute zorg per aanbieder of per regio is georganiseerd. De budgetbekostiging dient goed bij deze differentiatie aan te sluiten, zodat ziekenhuizen een vergoeding ontvangen waarmee zij de verschillende onderdelen van acute zorg kostendekkend kunnen organiseren. Door de budgetbekostiging tevens goed te laten aansluiten op het normenkader ontstaan voor het ziekenhuis bovendien meer mogelijkheden om de acute zorg te organiseren op een manier waarop aan de geldende kwaliteitseisen wordt voldaan. Mocht blijken dat het om differentiatie en/of om nieuwe organisatievormen van acute zorg te kunnen toepassen nodig is om hierop ook (onderdelen van) de kwaliteitseisen gedifferentieerd toe te passen, dan dient daarvoor ruimte te zijn. Om dit te kunnen bepalen, blijft het definiëren van een afbakening en scope met ruimte voor differentiatie een belangrijke eerste stap, zoals ook onderstaand verder toegelicht.

Aanvullend bezoekt de IGJ op korte termijn een aantal ziekenhuizen waar nieuwe organisatievormen van acute zorg zijn ontstaan. Deze afdelingen voldoen niet allemaal aan een deel van de normen voor een afdeling SEH. Tegelijkertijd merkt de IGJ op dat de introductie van deze nieuwe vormen, onder voorwaarde dat de zorg goed en veilig kan worden geleverd, mogelijk een oplossingsrichting biedt voor knelpunten op het gebied van toegankelijkheid. Indien de IGJ dat vaststelt, zouden deze nieuwe organisatievormen wat de NVZ betreft ook aanspraak moeten kunnen maken op budgetbekostiging

Eerste stap: Definiëren van afbakening en scope

De NVZ acht het van groot belang dat er zo snel mogelijk wordt gestart met het definiëren van afbakening en scope van de budgetbekostiging. Ziekenhuizen onderschrijven de meerwaarde van budgetbekostiging, maar hebben op dit moment nog geen eenduidig beeld van wat er wel en niet onder de scope dient te vallen. Dit komt onder andere door de verscheidenheid waarop de acute zorg op dit moment georganiseerd is. De te kiezen afbakening en scope heeft veel impact op de organisatie van acute zorg en de bedrijfs-voering binnen het ziekenhuis en is daarmee bepalend voor de mate waarin budget-bekostiging meerwaarde kan bieden.

De afbakening en scope heeft ook effect op de uitwerking van het verdere proces, waaronder het schonen van bestaande tarieven. NVZ ziet het definiëren van de afbakening en scope als een complexe, maar belangrijke stap om tot budgetbekostiging te komen. Het dient duidelijk te worden waar we middels de budgetbekostiging voor gaan betalen. De NVZ vindt het belangrijk om de afbakening en scope zorgvuldig vanuit de inhoud te definiëren waarbij ruimte is om de differentiatie in de organisatie van zorg mee te nemen. De NVZ kan zich vinden in het voorstel van de NZa om hiervoor een werkgroep in te richten. De NVZ en haar leden leveren hieraan graag een bijdrage.

Op basis van de afbakening en scope kunnen uiteindelijk budgetparameters worden vastgesteld. Doordat er is gekozen voor een afbakening en scope waarin rekening wordt gehouden met praktijkvariatie en de verschillende organisatievormen, is het mogelijk om de budgetparameters goed te laten aansluiten op hoe de acute zorg door aanbieders wordt georganiseerd. Het is vervolgens belangrijk dat aanbieders een kostendekkende vergoeding ontvangen voor de elementen van de acute zorg die zij beschikbaar houden. Dit biedt met name voor kleinere ziekenhuizen voordelen ten opzichte van het huidige bekostigingssysteem, omdat zij de acute zorg op dit moment vaak niet kostendekkend kunnen organiseren.

Scenario's

Zoals hierboven omschreven ziet de NVZ het ontwikkelen van de afbakening en scope als een belangrijke eerste stap om te komen tot budgetbekostiging. De NVZ volgt daartoe graag het proces van scenario 2, namelijk als eerste stap de afbakening en scope bepalen die recht doen aan de huidige kosten en praktijkvariatie van de afdelingen SEH en AV in Nederland. Deze afbakening kent differentiatie om aan te sluiten bij deze praktijkvariatie.

De NVZ deelt de conclusie van de NZa dat inzet op scenario 1 op dit moment nauwelijks meerwaarde biedt. Vanwege de beperkte scope is het budget dat in dit scenario onder de budgetbekostiging zou komen te vallen, slechts een zeer beperkt deel van de ziekenhuis-begroting. De positieve effecten van deze vorm van budgetbekostiging (scenario 1) zijn daardoor niet noemenswaardig. Bijkomend nadeel is dat er zeer veel moeite moet worden gestoken in de schoning, terwijl dat nog een keer zal moeten gebeuren als de definitieve budgetbekostiging wordt ingevoerd. De NVZ beschouwt scenario 1 daarom dan ook als ongewenst.

Bovendien is het volgens de NVZ niet wenselijk om parallel een korte termijn scenario en lange termijn insteek naast elkaar te laten lopen. Het invoeren van budgetbekostiging is complex en heeft veel impact voor ziekenhuizen. Het is niet wenselijk een dergelijke grote wijziging twee keer door te voeren. Het is voor ziekenhuizen belangrijk om eerst het complete plaatje helder te hebben, alvorens kan worden bepaald hoe de nieuwe bekostigingsvorm te implementeren en wat daarin eventueel eerste betekenisvolle stappen zijn.

Bestuurlijke afspraken en tussentijdse stappen

De NVZ ziet om bovenstaande redenen ook geen meerwaarde in het maken van tussentijdse bestuurlijke afspraken of het inrichten van een separaat proces om op de korte termijn een eerste betekenisvolle stap richting budgetbekostiging te zetten. De ervaring leert dat complexe vraagstukken zich niet goed lenen voor het maken van lokale afspraken in de contractering. De NVZ beschouwt de bestuurlijke opties 2 en 3 die in hoofdstuk 5 van het rapport worden geschetst dan ook als onwenselijk. Op deze manier worden vraagstukken over scope en afbakening en mogelijk ook over budgetparameters

verplaatst naar de lokale onderhandeltafel. Dit dient uniform op landelijk niveau te gebeuren en niet afhankelijk te zijn van lokale onderhandelmacht en of onderhandel-strategie.

De NVZ deelt wel het uitgangspunt dat geen enkel ziekenhuis zijn SEH/AV dient te sluiten wegens een gebrek aan financiële middelen. Het kan van meerwaarde zijn om hierover een bestuurlijke afspraak te maken. De afspraak dient er dan op toe te zien dat het sluiten van een SEH wegens financiële problemen wordt voorkomen.

Aanvullend kan op de korte termijn worden overwogen worden om in regio's die daarvoor open staan te starten met een experiment met (een vorm van) budgetbekostiging. Lessen daaruit kunnen gebruikt worden bij het ontwikkelen van de nieuwe bekostigingsvorm op landelijk niveau.

Budgetneutraliteit

De minister heeft in de brief aan de NZa aangegeven dat de budgetbekostiging budget-neutraal ingevoerd moet worden. Uit de conceptrapportage van de NZa blijkt niet duidelijk wat precies onder budgetneutraliteit wordt verstaan, of het hierbij gaat om budget-neutraliteit op instellingsniveau of op macroniveau en hoe hieraan invulling gegeven kan worden.

De NVZ heeft grote zorgen of de budgetneutraliteit haalbaar is gezien het feit dat een aantal ziekenhuizen de acute zorg op dit moment niet kostendekkend kan organiseren. Ervan uitgaande dat de tarieven gekoppeld aan de budgetparameters voor de budget-bekostiging minimaal kostendekkend moeten zijn, is het realistisch om te veronderstellen dat de budgetneutraliteit op instellingsniveau niet gerealiseerd kan worden. De NZa stelt in H3 van het conceptrapport bovendien dat "*zorgaanbieders en verzekeraars in contractafspraken overeenkomen dat de totale inkomsten van het ziekenhuis niet stijgen door de invoering van de budgetbekostiging*". Dit is volgens de NVZ een principieel onjuist uitgangspunt.

De NVZ wil de NZa vragen om nader te duiden wat onder budgetneutraliteit wordt verstaan, hoe aan dit uitgangspunt voldaan kan worden en welke kansen en uitdagingen dit met zich meebrengt. De NVZ vraagt de NZa om in deze analyse bovenbeschreven aandachtspunten mee te nemen.

Juridische grondslag

De NZa lijkt er in haar advies vanuit te gaan dat de budgetbekostiging binnen het stelsel van gereguleerde marktwerking en binnen de kaders van de Zorgverzekeringswet ingevoerd kan worden. De budgetparameters zullen (deels) toezien op beschikbaarheid/ toegankelijkheid en niet alleen op productie. Vergoedingen die zorgverzekeraars moeten gaan betalen zijn daardoor niet altijd één op één te koppelen aan daadwerkelijk geleverde

zorg uit de Zvw en hiermee aan verzekerden. Dit levert mogelijk knelpunten op, ook gelet op de risicoverevening.

De NVZ ziet in een volgende versie van het rapport graag nader uitgewerkt of, en op welke manier, de budgetbekostiging binnen de kaders van de Zorgverzekeringswet ingevoerd kan worden. Daarbij dient ook nader uitgewerkt te worden wat concreet de rol is van de individuele verzekeraar dan wel het collectief van verzekeraars en hoe de budgetbekostiging meegenomen dient te worden in de zorginkoop. Het is volgens de NVZ wenselijk dat de budgetparameters uniform worden vastgesteld en dat de daaraan gekoppelde tarieven niet meer onderhandelbaar zijn in de lokale contractering.

Tariefdifferentiatie van de electieve zorg

Aanvullend op de invoering van de budgetbekostiging voor de SEH en de Acute verloskunde, is het van belang dat de bekostiging van de overige acute zorgvoorzieningen in het ziekenhuis, in het bijzonder de 24/7 beschikbaarheid van klinische functies, veel explicieter tot uiting komt in de wijze waarop ziekenhuizen worden bekostigd. Het gaat dan onder andere om voorzieningen en infrastructuur die niet onder de scope van de traditionele SEH vallen, maar die het ziekenhuis wel in staat stelt om patiënten met een acute zorgvraag te behandelen.

Deze voorzieningen worden nu – en ook straks na de invoering van budgetbekostiging – gefinancierd uit de opbrengsten van electieve zorg. Zelfstandige behandelcentra hebben deze functies niet. De NVZ acht het daarom noodzakelijk om naast het invoeren van budgetbekostiging voor de acute zorg, óók te verkennen op welke manier tariefdifferentiatie voor electieve zorg kan worden toegepast. Op deze manier worden ziekenhuizen beter in staat gesteld om hun brandweerfunctie op zorgonderdelen te vervullen. Tegelijkertijd wordt daarmee ook een gelijker en eerlijker speelveld met zbc's gecreëerd.

Nederlandse Zorgautoriteit
T.a.v. mevrouw G. Engwirda, voorzitter RvB
via mail: gengwirda@nza.nl

Onderwerp	Reactie ZN op NZa-advies uitvoeringstoets budgetbekostiging seh / av
Datum	27 januari 2025
Uw kenmerk	-
Ons kenmerk	ZN-25-001967

Sparrenheuvel 16
Postbus 520
3700 AM Zeist
030 6988911
info@zn.nl
www.zn.nl

Geachte mevrouw Engwirda,

Hierbij ontvangt u de reactie van Zorgverzekeraars Nederland op het NZa-advies uitvoeringstoets budgetbekostiging seh/ av. Deze reactie bestaat uit een gezamenlijke reactie vanuit NVZ, NFU en ZN, met daarbij een aanvullende reactie vanuit ZN.

Vanuit Zorgverzekeraars Nederland zien wij zowel inhoudelijk als procesmatig nog veel risico's ten aanzien van budgetbekostiging seh en acute verloskunde. Deze hebben we beschreven in onze reactie. Daarbij doen wij een voorstel voor een tweesporenaanpak.

Wij gaan naar aanleiding van deze reactie en uw advies graag met NVZ, NFU, VWS en NZa in gesprek om constructief bij te dragen aan een toekomstbestendige acute zorg in elke regio van Nederland.

Wij hopen u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd en wachten uw definitief advies af.

Met vriendelijke groet,

Wout Adema
Directeur Zorg

Gezamenlijke reactie ZN, NFU en NVZ op conceptadvies budgetbekostiging NZa

De minister heeft de NZa gevraagd om een uitvoeringstoets te doen voor de invoering van budgetbekostiging voor de seh en av. Als eerste stap hierin zal de NZa een uitvoeringsadvies geven; een uitvoeringtoets volgt later dit jaar. Als onderdeel van zijn advies heeft de NZa de NVZ, NFU en ZN geconsulteerd en partijen hebben hierover uitgebreid met elkaar gesproken in een bestuurlijk overleg. In aanvulling hierop heeft de NZa ons de mogelijkheid geboden om schriftelijk input te geven. Wij maken daarvan graag gebruik. Onze reactie bestaat uit de gezamenlijke conclusies van het overleg. Aanvullend geeft iedere partij een eigen reactie.

Gezamenlijke conclusies NVZ, NFU en ZN

De NVZ, NFU en ZN onderschrijven de doelstelling van de minister om de toegankelijkheid van goede acute zorg te borgen voor iedereen in Nederland. Op de meeste plekken is deze goed geregeld, maar een aantal ziekenhuizen heeft moeite om aan de minimale kwaliteitseisen te voldoen en/of het dienstenrooster in te vullen. De belangrijkste knelpunten zijn de toenemende zorgvraag in combinatie met personeelstekort en dat het voor een aantal ziekenhuizen lastig is om invulling te geven aan alle kwaliteitseisen voor de seh en acute verloskunde.

Een gebrek aan financiële middelen leidend tot sluiting van seh en/of acute verloskunde is over het algemeen niet aan de orde; daarvoor zijn seh en av ook te fundamenteel voor het ziekenhuis als geheel. Wel zien we in de praktijk dat de acute, 24/7 voorzieningen van ziekenhuizen niet altijd kostendekkend zijn, waardoor deze deels moeten worden gefinancierd met de opbrengsten van electieve zorg. Dit zet de financiële en concurrentiepositie van met name kleinere ziekenhuizen onder druk.

Op basis van het bestuurlijk overleg kan het volgende worden geconcludeerd:

- **Eensgezind over doel, maar verschil van inzicht over meerwaarde budgetbekostiging:**
  De NVZ, NFU en ZN voelen urgentie, net als de minister en zijn gemotiveerd om samen met VWS, NZa en andere betrokken partijen op de korte én lange termijn betekenisvolle stappen te zetten om de toegankelijkheid tot goede acute zorg voor iedereen in Nederland te borgen. De NVZ ziet meerwaarde in budgetbekostiging, terwijl NFU en ZN vinden dat er nog teveel onduidelijkheden zijn om te bepalen of budgetbekostiging een effectieve en passende oplossing is voor de knelpunten in de acute zorg. Wel delen alle drie de partijen het uitgangspunt dat een gebrek aan financiële middelen geen aanleiding mag zijn voor het sluiten van seh en/of av locaties. Het kan daarom wenselijk zijn om hierover een bestuurlijke afspraak te maken.
- **Behoefte aan duidelijk eindplaatje, geen tijdelijke scenario's:**
  De voorgestelde bekostiging is complex en heeft potentieel vergaande consequenties en risico's in zich. NVZ, NFU en ZN vinden het daarom belangrijk om toe te werken naar "een duidelijk eindplaatje". Onze voorkeur heeft het om het in één keer goed te doen. Dit voorkomt veel administratieve lasten die gepaard gaan met invoering van andere vormen van bekostiging. Tijdelijke scenario's voor het invoeren van budgetbekostiging zijn wat ons betreft niet geschikt als tussenstap richting het groeipad.
- **Zorgvuldig proces noodzakelijk, geschetst tijdspad niet realistisch en onhaalbaar:**
  NVZ, NFU en ZN zijn het erover eens dat een verreikend besluit als invoering van budgetbekostiging voor een deel van de medisch specialistische zorg een zorgvuldig proces doorlopen moet worden. Om tot een goede uitwerking van "het eindplaatje" te komen is vanwege de complexiteit en bijbehorende consequenties meer tijd nodig. Daarom is het invoeren van budgetbekostiging via scenario 1 (invoeren per 2027) en/of het invoeren van tussentijdse stappen in 2026 onrealistisch en niet haalbaar.

Aanvullende reactie van ZN

ZN vindt het goed dat de NZa in zijn advies kiest voor zorgvuldigheid en vasthoudt aan de insteek van zijn eerdere advies dat eerst afspraken moeten worden gemaakt voor het optimaal inrichten van het acute zorglandschap voordat de stap naar de bekostiging wordt gezet.

Effect en proportionaliteit budgetbekostiging

In het advies zijn door de NZa twee scenario's uitgewerkt. In beide scenario's ziet ZN niet of en in hoeverre deze de geschetste problemen oplossen. Sterker nog, we maken ons zorgen dat deze mogelijk zelfs verergeren. De impact van deze scenario's op de herverdeling van financiële middelen binnen en tussen ziekenhuizen en de gevolgen op de inzet van schaars personeel zijn op dit moment niet te overzien, maar deze laatsten is vanuit logica wel deels te voorspellen. De opdracht voor de uitvoeringstoets en dientengevolge het advies van de NZa stoelen op aannames en argumentatie die (nog) niet dan wel onvoldoende getoetst zijn. Voor beide scenario's is ZN van mening dat de negatieve consequenties voor de uitvoering (afbakening, schoning, risicoverevening, administratieve lasten etc.) disproportioneel zullen zijn ten opzichte van de mate waarin budgetbekostiging bijdraagt aan het realiseren van de doelstellingen. Wij vrezen dat de scenario's contraproductief uitpakken ten opzichte van het Kabinetsbeleid om de kosten te beheersen, schaars personeel optimaal in te zetten en administratieve lasten te verminderen.

Risico's

ZN ziet een aantal risico's. Wij denken dat deze risico's groter zijn in scenario 2 ten opzichte van scenario 1. Het betreft de volgende punten:

- **Budgetbekostiging levert voor ziekenhuizen niet meer financiële middelen op, wel meer administratieve lasten:**
  In de opdracht van VWS voor de uitvoeringstoets staat nadrukkelijk vermeld dat invoering budgetneutraal moet plaatsvinden; er komen dus niet meer financiële middelen beschikbaar voor de bekostiging van de acute basisinfrastructuur. Invoering van budgetbekostiging is daarentegen wel zeer complex omdat het leidt tot afbakenings- en schoningsvraagstukken, met extra administratieve lasten en een bemoeilijkt contracteerproces als gevolg. Daarnaast betekent budgetbekostiging ook dat jaarlijks verrekend moet worden tegenover de werkelijke kosten (de zogenaamde opbrengstverrekening zoals we die ook kennen bij de ambulancezorg). Binnen een ziekenhuis ontstaan op deze manier twee budgetterings- en verantwoordingssystemen, wat de systematiek vele malen complexer maakt dan nu.
- **Onzekerheid voor ziekenhuizen over herverdeling financiële middelen:**
  In scenario 1 en 2 wordt tegelijkertijd een vorm van beschikbaarheidsbekostiging middels budgettering geïntroduceerd en de beschikbaarheidsbijdrage afgeschaft. Dit betekent dubbele onzekerheid voor ziekenhuizen hoe dit financieel zal uitpakken. Hoe dan ook zal deze stap leiden tot herverdeling tussen ziekenhuizen, waarbij sommige ziekenhuizen meer geld gaan krijgen en andere ziekenhuizen minder. Voor invoering moet consensus zijn over hoe deze herverdeling eruit zou moeten zien en vervolgens moet worden doorgerekend of de gewenste herverdeling ook daadwerkelijk de uitkomst is van de maatregelen.
- **De kosten van seh en av zullen stijgen ten koste van de rest van het ziekenhuis:**
  Onze ervaring (bijvoorbeeld bij de GMAP) is dat invoering van dergelijke budgetbekostiging en de daarmee gepaard gaande afbakenings- en schoningsvraagstukken en ongewenste prikkels altijd resulteren in hogere kosten. Bij een gelijkblijvend macrokader MSZ betekent dit dat de acute as van het

ziekenhuizen geld wegtrekt van andere onderdelen van het ziekenhuis. Deze effecten zijn sterker voor kleinere ziekenhuizen waarbij de acute as relatief groot is ten opzichte van de rest van het ziekenhuis.

- **Kleine ziekenhuizen gaan in scenario 2 er financieel op achteruit:**
  In scenario 2 geldt als uitgangspunt dat budgettering in verhouding zal moeten staan tot de normen waar ziekenhuizen aan moeten voldoen. Zodra die verschillen zal ook het budget moeten meebewegen. Grote ziekenhuizen (level 1 en 2 traumacentra) met veel casuïstiek kunnen makkelijker voldoen aan een generiek normenkader en kunnen personeel optimaler inzetten dan kleinere ziekenhuizen. Bij een differentiatie zoals beschreven in scenario 2 krijgen de grote ziekenhuizen/UMC's extra geld, terwijl het probleem om kosteneffectief acute zorgvoorzieningen in de lucht te houden voor de toegankelijkheid in de regio juist zit bij de kleinere ziekenhuizen. De vraag is echter of de behoefte niet juist andersom was (meer zekerheid juist voor de kleinere ziekenhuizen). Of budgettering in die omgekeerde vorm voor elkaar zou kunnen komen lijkt ons onzeker.
- **De vrijheid van ziekenhuizen om profielkeuzes te maken wordt beperkt:**
  Budgetbekostiging zal worden gekoppeld aan bepaalde prestaties. Daarmee wordt de handelingsruimte van ziekenhuizen inperkt (meer dan die van zorgverzekeraars). Als een ziekenhuis wil afschalen of de acute zorg op een locatie anders wil inrichten (bijvoorbeeld een spoedpost) waardoor niet meer wordt voldaan aan de eisen / prestaties voor budgetbekostiging, valt de financiering weg.
- **Personeel komt vast te zitten in de acute as ten koste van de rest van het ziekenhuis:**
  Indien budgetbekostiging wordt gekoppeld aan beschikbaarheidseisen heeft dit een negatief effect op optimale inzet schaars personeel binnen het ziekenhuis en daarmee op de capaciteit voor andere zorg (en daarmee de wachtlijsten voor electieve zorg), de concurrentiepositie van het ziekenhuis ten opzichte van zelfstandige klinieken zonder acute as en uiteindelijk ook de toegankelijkheid.
- **Het personeelstekort kan worden versterkt door alles open te houden:**
  Het koste wat kost openhouden van alle bestaande seh's en av in de huidige setting, met de huidige ongedifferentieerde kwaliteitseisen lost het personeelsprobleem niet op. Sterker nog, voorzieningen openhouden terwijl door personeelstekort de kwaliteit en veiligheid op bepaalde locaties niet kunnen worden geborgd en/of de werkdruk voor de bestaande professionals onacceptabel hoog wordt, zal daar juist leiden tot een verder verlies aan personeel. Hierdoor komt de toegankelijkheid uiteindelijk verder in het gedrang.

<u>Alternatief: bestuurlijke afspraken</u>

Om tunnelvisie te voorkomen, dient wat ZN betreft te worden gekeken naar het alternatief van enkel bestuurlijke afspraken (in lijn met variant I). ZN denkt dat deze volstaan om de doelen van de minister te bereiken, zonder de uitvoeringsknelpunten van budgetbekostiging. Daarbij zet ZN net als de andere partijen in op het groeipad in combinatie met bestuurlijke afspraken, omdat dit de meeste kansen biedt op een zorgvuldig proces met daadwerkelijk positieve impact.

<u>Zorgvuldig traject met realistische tijdslijnen noodzakelijk</u>

ZN vindt dat een zorgvuldige en door partijen gedragen analyse van onder meer bovengenoemde risico's noodzakelijk is voordat definitieve besluiten worden genomen. Dat is niet mogelijk binnen de geschetste tijdslijnen. Randvoorwaarden die eerst uitgewerkt moeten worden, zijn o.a. het scherp formuleren van het probleem en vraagstukken over afbakening en schoning, risicoverevening, herverdeling van financiële middelen binnen en tussen ziekenhuizen en de gevolgen op de inzet van schaars personeel, capaciteit en wachtlijsten en daarmee de impact op de hele bekostiging van MSZ en de integrale bekostiging van de geboortezorg. De NZa geeft aan dat vereveningsconsequenties moeten worden uitgewerkt.

Zonder dat deze zijn uitgewerkt en eventuele noodzakelijke aanpassingen zijn aangebracht is, de geschetste beweging in welk scenario of variant dan ook financieel erg ongewis.

Al starten met uitvoering voordat de NZa zijn onderzoeken heeft afgerond zal leiden tot problemen in de implementatie. Daarmee is het niet mogelijk om thans te overzien wat de gevolgen zijn en wordt van ons feitelijk gevraagd een stap in het duister te zetten zonder de precieze consequenties, die naar verwachting groot en heftig zijn, te kennen. Deze organisatorische en financiële risico's kunnen we met het oog op een zorgvuldige en betaalbare premie niet nemen.

Concluderend betekent dit dat wij invoering van budgetbekostiging per 1 januari 2027 volgens het tijdspad zoals geschetst in het advies van de NZa als onuitvoerbaar en onrealistisch achten.

Alleen bestuurlijke afspraken variant I acceptabel als tussentijdse mogelijkheid:

Een combinatie van het groeipad met scenario 1 of 2 als tijdelijke maatregel en/of bestuurlijke afspraken in afwachting van de uitkomsten van het groeipad, is wat betreft ZN geen optie door alle risico's en onzekerheden en omdat stappen worden gezet die toekomstige regelingen nog lastiger maken. In geval wordt gekozen voor scenario 2 is ZN dan ook niet bereid om bestuurlijke afspraken te maken voor de tussenliggende periode.

Bestuurlijke afspraken als tussenstap bij het groeipad zien we wel als mogelijkheid om snel een betekenisvolle stap te zetten, omdat deze veel eenvoudiger en sneller zijn te implementeren. Dit geldt echter uitsluitend voor variant I, met daarbij de voorwaarde dat ziekenhuizen wel de ruimte moeten blijven om noodzakelijke profielkeuzes te maken.

Varianten II en III zijn voor ZN niet werkbaar. De voorgestelde bekostiging heeft potentieel vergaande consequenties en risico's in zich. Een dergelijke transitie twee keer uitvoeren, waarbij we door de tijdelijke afbakening zonder noodzakelijke analyse het veld nog diverser maken en de complexiteit van de transitie verder vergroten, geeft op dit moment juist onrust in het veld en extra financiële risico's voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Bovendien leidt dit tot dubbel werk omdat de NZa dit allemaal nog een keer over gaat doen als onderdeel van zijn uitwerking. Daarbij hebben deze varianten niet te voorspellen vereveningsconsequenties, waarbij verzekeraars voor hun resultaat volledig afhankelijk zijn van andere verzekeraars en hun inkoop. Dat is een risico wat we niet kunnen en willen lopen. Daarom acht ZN ook deze tijdelijke oplossingen onzorgvuldig en onverantwoord.

Acute verloskunde behoeft een apart traject

ZN steunt de NZa dat voor acute verloskunde echt een apart traject moet worden gevoerd. De argumentatie van de NZa spreekt voor zich; eerst moeten de knelpunten rondom de acute verloskunde scherp worden geïdentificeerd en vervolgens gekeken of budgetbekostiging een mogelijke passende oplossing biedt en wat dit betekent voor de integrale geboortezorgketen.

Bovendien is onze inschatting dat sluiting van acute verloskunde geen probleem is dat speelt in Nederland. Alle ziekenhuizen in Nederland bieden verloskunde. De afgelopen jaren zijn alleen afdelingen verloskunde gesloten in ziekenhuizen waar op meerdere locaties verloskunde werd geboden. Op dit moment zijn er nog maar twee ziekenhuizen waar dit het geval; Haga (waar net lange termijn afspraken zijn gemaakt om deze voorziening op beide locaties open te houden) en Noordwest Ziekenhuisgroep.

Kortom, de NZa mag wat ZN betreft de onvermijdelijke conclusie trekken dat invoering budgetbekostiging voor av nog niet aan de orde is en dat de scope van het advies zich in dit stadium dient te beperken tot de seh.

Voorstel ZN voor tweesporenaanpak:

Zoals in het bovenstaande naar voren komt, vindt ZN dat er nog teveel onduidelijkheden en risico's zijn om te bepalen of budgetbekostiging een effectieve en passende oplossing is voor de knelpunten in de acute zorg. Daarom wil ZN, in het verlengde van het advies van de NZa, een tweesporenaanpak voorstellen:

1. Bestuurlijke afspraken: Deze vormen de eerste betekenisvolle stap; een stap die bovendien vóór 1 januari 2026 kan worden gezet. Hierbij wordt voortgebouwd op de reeds geldende "basis op orde afspraken" voor het bieden van gerichte steun indien sprake is acute dreiging van continuïteitsproblemen. Het is mogelijk dit te verruimen voor ziekenhuizen die (tijdelijk) kwetsbaar zijn in context zoals hierboven verwoord.
2. Groeipad: Dit zien wij als de beste manier om structureel invulling te geven aan het doel dat we met de minister delen om het acute zorglandschap toekomstbestendig te organiseren. In dit groeipad gaan veldpartijen en overheid samen op een doortastende doch zorgvuldige manier aan de slag met identificatie van de belangrijkste knelpunten en uitwerking van effectieve, passende maatregelen. Belangrijke elementen hierbij zijn de verbinding met de ROAZ-plannen, het Kwaliteitskader Spoedzorgketen, het optimaliseren van de gehele acute zorgketen en initiatieven rond integratie van hap en seh. Ook bekostiging is een belangrijk element; de meest passende vorm van bekostiging, de huidige dan wel een andere, moet wel volgen uit de inhoudelijke analyse en maatregelen in de eerste fase van dit proces met als doel de in die fase geïdentificeerde knelpunten op te lossen. Dit geldt ook voor eventueel noodzakelijke aanpassingen in de verevening, zodat ook die ondersteunend zijn aan de doelstelling.