

Uitvoeringsadvies budgetbekostiging intensive care (ic)

11 november 2025



Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	4
1 Inleiding	9
1.1 Aanleiding	9
1.2 Opdracht aan de NZa	10
1.3 Uitgangspunten	11
1.4 Invulling NZa van de opdracht	11
1.5 Leeswijzer	13
1.6 Geconsulteerde partijen	13
2 Huidig ic-landschap	14
2.1 Kerncijfers ic	14
2.2 Omschrijving van de ic-zorg	17
2.3 Huidige bekostiging	20
2.4 Conclusie	22
3 Probleemanalyse	23
3.1 Inleiding	23
3.2 Ic-capaciteit staat onder druk	23
3.3 Bekostiging sluit niet aan bij gewenste beweging	25
3.4 Weinig inhoudelijke ic-afspraken in contractering	25
3.5 Weinig beweging in het ic-landschap	26
3.6 Conclusie	28
4 Hoe kan budgetbekostiging vorm krijgen voor ic?	29
4.1 Inleiding	29
4.2 Stappenplan	29
4.3 Bijdrage aan toekomstbestendige ic-zorg	30
4.4 Afbakening budgetbekostiging ic	31
4.5 Vormgeving wet- en regelgeving	33
4.6 Methode voor totstandkoming budget	34
4.7 Financiering van het budget	34
4.8 Uitkomsten	36
4.9 Schoning	37
4.10 Inrichten technische systemen	37

4.11	Inkoop in representatie	37
4.12	Effect op risicoverevening	38
4.13	Effect op eigen risico	38
4.14	Tijdpad	38
4.15	Conclusie	39
5	Overwegingen bij invoering budgetbekostiging	40
5.1	Inleiding	40
5.2	Beoordelingscriteria bij budgetbekostiging	40
5.3	Realisatie beoordelingscriteria	42
5.4	Samenvatting en conclusie	48
6	Alternatieve oplossingsrichtingen	51
6.1	Inleiding	51
6.2	Bekostiging, contractering en interne verdeling	51
6.3	Bekostiging	52
6.4	Contractering	53
6.5	Kostentoerekening en interne verdeling	54
6.6	Werkagenda Toekomstbestendig IC-landschap	55
6.7	Conclusie	56
7	Conclusie	57
Bijlagen		60
	Bijlage A. Budgetbekostiging: verschillen tussen seh en ic	61
	Bijlage B. Alternatieve zorgvormen naast de ic	64
	Bijlage C. Verdieping huidige ic-landschap	65
	Bijlage D. Nicu en picu	70
	Bijlage E. Consultatiereacties partijen	74

Managementsamenvatting

Kernboodschap

Budgetbekostiging voor ic is ingrijpend en bevordert niet de transitie naar een toekomstbestendig msz-landschap. Daarnaast biedt budgetbekostiging geen oplossing voor de grootste uitdaging van de ic-zorg. Namelijk de spanning tussen enerzijds een afnemende vraag naar ic-zorg en een tekort aan ic-verpleegkundigen, en anderzijds het moeten voldoen aan de minimale omvang, formatie en kwaliteitseisen om als ic (op termijn) operationeel te kunnen blijven.

De NZa vindt budgetbekostiging dus geen passende oplossing voor de ic-zorg. Tegelijkertijd constateren we knelpunten die opvolging verdienen. Zo geeft bovenstaande capaciteitsuitdaging als risico dat kleine ic's op termijn mogelijk niet meer houdbaar zijn en is het van belang dat de schaarse arbeidskracht zo effectief mogelijk wordt ingezet. Daarnaast past de huidige bekostiging - op basis van productie van de ic-afdeling - niet goed bij de ontwikkeling van steeds meer inzet van ic-personeel buiten de muren van de ic-afdeling, om zo ic-opnamen te voorkomen. Ook geeft de bekostiging een risico op verdere afschaling (efficiëntieprikkel) van ic-capaciteit.

Op dit moment maken veldpartijen gezamenlijk een werkagenda voor een toekomstbestendig ic-landschap. De knelpunten van de ic-zorg worden opgepakt binnen de werkagenda, dat is positief. Ook is dit een belangrijke eerste stap bij het vormgeven van passende bekostiging. Daarnaast biedt de huidige contractering mogelijkheden om de transitie van het ic-landschap te ondersteunen. De NZa blijft de ic-zorg kritisch volgen, omdat het essentieel is om voldoende oplossingen te bieden voor de uitdagingen in de ic-zorg en de toekomstige toegankelijkheid van ic-zorg te borgen. Ook is de NZa bereid om waar nodig aanpassingen in de bekostiging te maken.

Aanleiding

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft in maart 2025 van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een adviesaanvraag ontvangen. Deze aanvraag bestaat uit het verzoek om te adviseren over budgetbekostiging voor de intensive care (ic)-afdelingen. De aanleiding voor deze vraag van de minister van VWS (hierna: minister) is de volgende afspraak uit het regeerprogramma van het demissionaire 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 toegankelijker zorg in de regio.”

De minister formuleert daarbij in de opdracht aan ons de volgende doelen:

- De toegankelijkheid van IC-zorg te garanderen door ziekenhuizen financiële zekerheid te bieden;
- De flexibiliteit en robuustheid van IC-zorg te versterken, met name voor situaties van een tijdelijke verhoging van de zorgvraag (pandemische paraatheid / crisisopschaling is daarbij expliciet buiten scope).

In dit advies verkennen wij hoe budgetbekostiging voor ic met inkoop in representatie door zorgverzekeraars zo snel mogelijk vorm kan krijgen, en in hoeverre hiermee de beoogde doelen worden gerealiseerd.

Huidig ic-landschap

Er zijn op dit moment 71 ziekenhuislocaties met een ic. De kosten van de ic bedroegen in 2023 in totaal 870 miljoen euro. Daarbij beslaan de ic-kosten per ziekenhuis gemiddeld zo'n vijf procent van de totale omzet, waarvan 75% personele kosten bedragen. Deze 71 locaties hebben gezamenlijk momenteel zo'n 800-850 operationele ic-bedden. Het aantal ic-bedden varieert sterk per ic-afdeling, tussen minimaal 4 en maximaal 50 bedden per ic (77% van de ic-afdelingen heeft minder dan 20 operationele bedden). Niet alle ic-bedden zijn altijd bezet; de landelijke bezettingsgraad is ongeveer 80%. Dit komt omdat de ic-zorg voor een groot deel spoedzorg en in mindere mate planbare zorg is, met ook een variatie door het jaar heen (bijvoorbeeld meer infectieziekten in de winter). De patiënten op de ic zijn ook erg divers in ziektebeelden: zij kunnen (theoretisch) vanuit elk specialisme worden opgenomen. De zorgvraag is daarnaast ook sterk afhankelijk van het type ziekenhuis: grotere ic-afdelingen (vaak grote stz ziekenhuizen of umc's) zien een stuk meer postoperatieve ic-patiënten (zowel acuut als planbaar), terwijl kleinere ic-afdelingen relatief meer acute niet-chirurgische patiënten zien (zoals longontsteking). De kleinere ic's hebben daardoor een lagere bezettingsgraad dan grotere ic-afdelingen, omdat zij gevoeliger zijn voor schommelingen in de zorgvraag. Dit maakt hen kwetsbaar.

Ontwikkelingen ic-landschap: de reguliere ic-zorgvraag en aanbod nemen af

De vraag naar ic-zorg neemt af. Dit komt door positieve ontwikkelingen. Het lukt namelijk steeds beter om een ic-zorgvraag te voorkomen, door onder andere (1) verbeteringen in de kwaliteit van zorg, zoals betere operatietechnieken zodat postoperatieve monitoring op ic minder/korter nodig is, (2) de startende beweging van ic-zorg leveren buiten de muren van de ic, (3) kritischere beoordeling of een ic-opname wenselijk is en (4) meer passende zorg. Ook komen er meer tussenvormen van intensievere zorg, zoals de medium care of de Post Anesthesia Care Unit (pacu). De afgenomen vraag naar ic-zorg leidt tot een daling van de ic-omzet, en er zijn signalen dat ic's zelfs verlieslatend kunnen zijn.

Logischerwijs kiezen ziekenhuizen er met de teruglopende zorgvraag voor om de operationele ic-capaciteit af te schalen (efficiëntieprikkel). Aanvankelijk is het afschalen ook wenselijk vanuit het oogpunt van kwaliteit en doelmatigheid. Echter, uiteindelijk wordt (op termijn) mogelijk een ondergrens bereikt om als ic te voldoen aan de minimale omvang en kwaliteitseisen om operationeel te kunnen blijven. Daarnaast is er een tekort aan ic-verpleegkundigen, dat, zonder ingrijpen, alleen maar zal toenemen. Op dit moment wordt de norm van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) voor personele bezetting per bed al niet behaald. Daartegenover staat dat er weinig regionale samenwerking is om bij onder- of overcapaciteit, van zowel bedden als personeel, patiënten uit te wisselen.

De huidige bekostiging sluit niet aan bij de ontwikkelingen in het ic-landschap

De huidige bekostiging van ic-zorg bestaat uit twee overige zorgproducten (ozp's) die als add-on gedeclareerd kunnen worden per ic-ligdag (ic-ligdag type 1 en type 2). De huidige bekostiging is dus gericht op productie; er is alleen een vergoeding per ic-ligdag. Een lagere bedbezetting van ic-bedden leidt dan direct tot minder omzet op een ic-afdeling. We constateren dat de huidige bekostiging daardoor een risico bevat op te veel afschaling van ic-capaciteit, namelijk door een interne efficiëntieprikkel om lege ic-bedden af te schalen. Daarnaast past de huidige bekostiging niet goed past bij de ontwikkeling van steeds meer inzet van ic-personeel buiten de muren van de ic-afdeling. Het loont namelijk om zoveel mogelijk ic-ligdagen te declareren en het voorkomen van ic-zorg is financieel ongunstig. Vanuit de instellingen wordt momenteel de inzet van het ic-personeel buiten de ic-afdelingen voornamelijk geboekt op de ic-afdeling, terwijl dit een foutieve kostentoe rekening is. Er is vooralsnog geen inzicht in deze ic-inzet en de bijbehorende kosten. Dit inzicht is nodig om meer recht te doen aan een juiste vergoeding van deze geleverde zorg buiten de ic-muren. Er zijn daarnaast ook geen bekostigingsmogelijkheden voor andere tussenvormen van zorg zoals medium care en pacu. Desalniettemin kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars hier samen wel (vergoedings)afspraken over maken in de contractering.

Politieke wens van 1150 bedden is niet realistisch, partijen maken een werkagenda als alternatief

Er is een wens vanuit de politiek om in Nederland een basiscapaciteit van 1150 ic-bedden te hebben. Dit is fors meer dan de 800-850 bedden die momenteel operationeel zijn. Alle veldpartijen geven aan dat een basiscapaciteit van 1150 ic-bedden niet wenselijk en haalbaar is, ook is het daarvoor noodzakelijke personeel niet (op korte termijn) voorhanden. Daarbij is er op dit moment geen gedragen landelijk beeld over hoe het toekomstige ic-zorglandschap er uit zou moeten zien. Dat is een belangrijke eerste stap. Veldpartijen zijn recent begonnen met het maken van een werkagenda 'Toekomstbestendige IC-zorg', met daarbij uitwerkingen op o.a. het gebied van de inzet van personeel buiten de ic, toegankelijkheid van zorg, minimale eisen aan ic-zorg en regionale samenwerkingen. Zij zetten ook in op een organisatiemodel waarin het mogelijk is om flexibel ic-bedden op te kunnen schalen bij crises of pandemieën.

Budgetbekostiging voor de ic

Budgetbekostiging is een heel algemeen en breed instrument. Om budgetbekostiging van meerwaarde te laten zijn is het nodig om de vormgeving te koppelen aan de doelen en gewenste verandering voor de ic-zorg. Voor het slagen van budgetbekostiging is het dus essentieel dat er inzicht komt hoe het (toekomstig) ic-landschap eruit zou moeten zien.

Afbakening budget

Bij de vormgeving van de budgetbekostiging is een strakke en eenduidige afbakening van het budget cruciaal, zodat de budgetbekostiging uitvoerbaar en werkbaar is voor alle partijen. Om aan te sluiten bij de grote variatie tussen ic-afdelingen in zowel omvang als inhoud, is differentiatie in de afbakening van het budget nodig. Op basis van de gestelde doelen voor de ic-zorg van de minister en input van alle betrokken veldpartijen, concluderen we dat de afbakening van het ic-budget moet voldoen aan:

- 1 De budgetbekostiging gaat voor alle huidige ic-afdelingen gelden (uitgangspunt minister en conform Wmg);
- 2 De afbakening moet de volledige ic-afdeling dekken;
- 3 De afbakening moet differentiëren naar omvang van de ic-afdeling;
- 4 De afbakening moet differentiëren naar de inhoud van de ic-afdeling.

Het is praktisch enorm complex om een budgetbekostiging voor de ic vorm te geven die goed recht doet aan alle verschillen in omvang en in functie. Deze dubbele differentiatie maakt de budgetbekostiging een complex systeem.

Financiering en implementatie

De financiering van het budget kan worden vormgegeven met zorgprestaties (ozp's) of lumpsum. Met ozp's blijft het mogelijk om het budget toe te rekenen aan individuele patiënten: dit is niet het geval bij lumpsum. Door het gebruik van ozp's sluit de financiering ook aan bij de werking van het eigen risico en de risicoverevening. Invoering van budgetbekostiging voor de ic is (onder bepaalde voorwaarden) op z'n vroegst mogelijk per 2028.

Overwegingen bij invoering budgetbekostiging voor ic

Budgetbekostiging biedt meer ruimte voor de gewenste beweging om ic-zorg buiten de ic-afdeling te leveren. Ook kan budgetbekostiging financiële zekerheid bieden, met name voor de kleinere ic's. Door de dalende vraag naar ic-zorg is het voor deze kleinere ic's nu namelijk moeilijker om voldoende bedbezetting te realiseren. Met een budgetbekostiging voor ic-zorg vervalt deze noodzaak tot productie. Echter staat de toegankelijkheid van de ic-zorg niet zozeer onder druk vanwege financiële onzekerheid,

maar juist vanwege een capaciteitsprobleem. De grootste uitdaging in de ic-zorg is namelijk de spanning tussen enerzijds steeds minder ic-opnamen - omdat de vraag naar ic-zorg afneemt - en anderzijds het moeten voldoen aan de minimale formatie, omvang en kwaliteitseisen om als ic (op termijn) operationeel te kunnen blijven. Dit staat los van de wijze van bekostigen. Een budgetbekostiging voor ic voorkomt niet dat ic's afschalen of zelfs sluiten; dit kan nog steeds omwille van de afnemende vraag naar ic-zorg in combinatie met het tekort aan verpleegkundig ic-personeel. Daarbij wordt een budgetbekostiging soms ten onrechte gezien 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.

De NZa vindt het inzetten van zo'n ingrijpend instrument niet proportioneel, gezien de beperkte druk op de toegankelijkheid en continuïteit van de ic-zorg (er zijn alleen enkele sluitingen als gevolg van fusies of faillissementen van algehele instellingen). Het belangrijkste negatieve effect is dat budgetbekostiging niet bijdraagt aan het transformeren naar een toekomstbestendig msz-landschap en zelfs contraproductief is zonder duidelijke landelijke kaders (deze ontbreken). Dit omdat budgetbekostiging de huidige inrichting van het ic-landschap vastzet. Dit beperkt de ruimte om keuzes te maken over de toekomstige organisatie van het ziekenhuislandschap. Dit is onwenselijk, omdat het msz-landschap juist in beweging is door de ontwikkeling van Spreiding & Concentratie. Bovendien beperkt het de mogelijkheden voor zorgverzekeraars en ziekenhuizen om integrale afspraken te maken over het ziekenhuis, wat leidt tot twee gescheiden gesprekken over inhoudelijk sterk verweven zorg. Bij het seh-advies hebben we destijds een andere afweging gemaakt over budgetbekostiging, zie het groene kader op de volgende pagina.

Alternatieve oplossingsrichtingen

De NZa vindt budgetbekostiging geen passende oplossing voor de ic-zorg. Tegelijkertijd constateren we in dit advies urgente knelpunten die opvolging verdienen. Op dit moment maken veldpartijen een werkagenda met landelijke kaders voor een toekomstbestendig ic-landschap. Dit is een belangrijke eerste stap. De NZa ziet dat de knelpunten van de ic-zorg opgepakt worden binnen de werkagenda, dat is positief. Wij blijven de daadwerkelijke uitvoering van de werkagenda kritisch volgen. Dit aangezien het essentieel is dat de werkagenda voldoende antwoord biedt op de uitdagingen van de ic-zorg en het borgen van de toekomstige toegankelijkheid van de ic-zorg.

De NZa is bereid om waar nodig aanpassingen in de bekostiging te maken, maar op dit moment zien wij niet direct een oplossing voorhanden. Meer betaaltitels doen de administratieve last toenemen en houden de productieprikkel in stand. Een andere mogelijkheid binnen de bekostiging is de maximumtarieven voor de ic-ligdag ozp's loslaten, echter zien wij dat momenteel de contractprijzen veelal lager dan de NZa max-tarieven zijn. De NZa denkt mee over de bekostigingswensen die volgen uit de werkagenda van partijen.

Het meeste potentieel vanuit het huidige systeem ziet de NZa binnen de contractering. De contractering biedt voldoende mogelijkheden om de transitie van het ic-landschap te ondersteunen met inhoudelijke afspraken, maar deze ruimte wordt op dit moment onvoldoende benut. Dit wijst op een tekort aan focus of urgentie over ic-zorg bij partijen. Daarom zien wij landelijke, bestuurlijke afspraken tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars als belangrijk en randvoorwaardelijk voor meer inhoudelijke afspraken over de ic in de contractering, en zal dit onderdeel moeten worden van de Werkagenda van partijen.

Conclusie

De NZa dringt aan op landelijke afspraken om de ic-zorg toekomstbestendig te maken. Om deze punten beter te ondervangen en te werken aan toekomstbestendige ic-zorg adviseren wij drie acties binnen het huidige systeem:

- 1 Creëer inzicht in de inzet en bijbehorende kosten van ic-personeel buiten de ic-afdeling. Zonder dit inzicht is het niet goed mogelijk om tot een passende vergoeding hiervan te komen.
- 2 Maak een gezamenlijke werkagenda 'Toekomstbestendige IC-zorg'. Alle betrokken veldpartijen zijn hier gezamenlijk volop mee aan de slag.
- 3 Vertaal de punten uit de werkagenda naar concrete afspraken over ic in de contractering.

Budgetbekostiging: verschillen tussen seh en ic

In het regeerakkoord heeft het demissionaire Kabinet-Schoof het voornemen opgenomen om budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp, acute verloskunde en de ic-afdelingen in te voeren. De NZa adviseert in dit advies negatief over budgetbekostiging voor ic. Ook hebben wij negatief geadviseerd over budgetbekostiging voor de acute verloskunde. Bij seh adviseren wij juist positief over budgetbekostiging. De NZa kijkt per adviesaanvraag naar de context van de desbetreffende zorgsoort om zo te beoordelen of budgetbekostiging passend is.

Ondanks dat de seh, acute verloskunde en ic de nodige overeenkomsten hebben, zijn er ook duidelijke verschillen, waardoor de NZa tot een ander advies komt dan bij seh. In bijlage A van het advies lichten we dit uitgebreid toe, hieronder een korte samenvatting. Daarbij merken we op dat dit specifiek gaat om de verschillen tussen seh en ic, en geen integraal afwegingskader is voor toekomstige adviezen over passende bekostiging.

De belangrijkste verschillen tussen de seh en ic hebben betrekking op de volgende onderdelen:

- **Mate van 'brandweergefunctie':** seh is een zuivere beschikbaarheidsfunctie, terwijl ic deels planbare zorg is.
- **Samenwerking en gelijksoortige bekostiging:** bij seh is de belangrijkste samenwerking met de ketenpartners ambulancezorg, huisartsenzorg en acute ggz. Zij worden allen (deels) bekostigd middels budgetbekostiging. Bij ic is er vooral samenwerking binnen het ziekenhuis. Budgetbekostiging voor de ic zou de integraliteit en samenhang in de bekostiging met de rest van het ziekenhuis doorbreken, dat is onwenselijk.
- **Ontwikkeling zorginhoud:** de ic-zorg is erg verweven met de rest van de ziekenhuiszorg, dit neemt in de toekomst alsmaar toe. Daarbij zijn het communicerende vaten. Het is onlogisch om middels budgetbekostiging een aparte bekostigingsstroom voor ic te ontwikkelen.
- **Variatie in omvang en functie zorgaanbod:** tussen seh's is er minder variatie dan tussen ic's. Ic-afdelingen lopen sterk uiteen in grootte (tussen de 4 en 50 ic-bedden) en ook de functie en patiëntenpopulatie van de ic varieert sterk afhankelijk van het type ziekenhuis. Dit maakt het voor de ic zeer complex om een budgetbekostiging vorm te geven die goed recht doet aan alle verschillen in omvang en functie. Daarbij staat bij ic-zorg de hoeveelheid geleverde zorg centraal bij de kosten en omvang van de ic-afdeling. Dit past van nature minder goed bij een budgetbekostiging op basis van beschikbaarheid.
- **Flexibiliteit in de bekostiging:** seh heeft een zuivere beschikbaarheidsfunctie ongeacht de zorgvraag. Bij ic varieert de vraag naar ic-zorg gedurende het jaar en is het belangrijk om flexibel te kunnen op- en afschalen in capaciteit. De huidige bekostiging beweegt hier automatisch in mee.
- **Landschap en ontwikkelingen:** Bij de seh loopt al vele jaren een discussie over het landschap en is het onvoldoende gelukt om hier in de contractering afspraken over te maken. Terwijl veldpartijen voor ic op dit moment samen werken aan een werkagenda met kaders voor een toekomstig ic-landschap.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft in maart 2025 van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een adviesaanvraag ontvangen. Deze aanvraag bestaat uit het verzoek om te adviseren over budgetbekostiging voor de intensive care (ic) in de ziekenhuiszorg. 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 het demissionaire 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 toegankelijker 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

In dit rapport kijken we naar een budgetbekostiging voor de ic. Als het gaat om budgetbekostiging zien we dat de verschillende begrippen en terminologie soms tot verwarring leiden. Daarom hier een omschrijving van drie kernbegrippen: beschikbaarheidsbekostiging, (a) budgetbekostiging en (b) de beschikbaarheidsbijdrage.

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 volgsbeleid moeten de andere zorgverzekeraars de gemaakte afspraken volgen. Dit beperkt de vrijheid van individuele zorgverzekeraars aanzienlijk, maar 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 Beschikbaarheidsbijdrage (overheidssubsidie)

De beschikbaarheidsbijdrage 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 marktverstoring werkt, en die niet op andere manier bekostigd kan worden (art. 56a Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg)). In dit advies hebben wij het niet over een beschikbaarheidsbijdrage.

Dit advies

De Minister vraagt ons om advies over een budgetbekostiging voor de ic, met inkoop in representatie door zorgverzekeraars. Budgetbekostiging houdt in dit rapport per definitie dan ook inkoop via representatie in.

1.2 Opdracht aan de NZa

In de brief van 17 maart 2025 (kenmerk 4072482-1079884-PZo) verzoekt de Minister van VWS de NZa om een uitvoerbaarheids- en handhaafbaarheidstoets uit te brengen inzake een toekomstige budgetbekostiging voor de ic, met inkoop in representatie door zorgverzekeraars.

- De Minister verzoekt ons om te adviseren hoe budgetbekostiging voor ic zo snel mogelijk vorm kan krijgen en in hoeverre hiermee de beoogde doelen worden gerealiseerd én te adviseren over een concreet tijdspad. Dit advies ontvangt de Minister graag uiterlijk 1 november 2025.

De minister formuleert daarbij in de opdracht aan ons de volgende doelen:

- De toegankelijkheid van IC-zorg te garanderen door ziekenhuizen financiële zekerheid te bieden.
- De flexibiliteit en robuustheid van IC-zorg te versterken, met name voor situaties van een tijdelijke verhoging van de zorgvraag (pandemische paraatheid / crisisopschaling is daarbij buiten scope).

Daarbij stelt de Minister ons specifiek de volgende vragen:

Vragen opdracht VWS

1 *Hoe kan budgetbekostiging met inkoop in representatie voor de IC zo snel mogelijk vorm krijgen en in hoeverre worden daarmee de beoogde doelen gerealiseerd?*

- a *Bij de variant dat voor de organisatie van de IC wordt uitgegaan van de onderstaande beschrijving, in combinatie met het stroomdiagram Figuur 1 in de Kwaliteitsstandaard Organisatie van Intensive Care: 'Een patiënt met één of meer acuut bedreigde of verstoorde vitale functies, waarbij continue monitoring noodzakelijk is en behandeling van een in potentie omkeerbare aandoening kan leiden tot herstel van vitale functies'.*

b De variant waarbij wordt uitgegaan van de beoogde IC-organisatie die voortkomt uit het traject met het Zorginstituut, indien reeds beschikbaar.

2 Kunt u bij de varianten geschetst bij 1:

- *Onderzoeken wat de effecten zijn van een bredere afbakening van de IC zorg op de hierboven genoemde doelen.*
- *Het benodigde tijdpad te schetsen, al dan niet in verschillende scenario's.*
- *Dit in samenhang bezien met de invoering van budgetbekostiging voor de SEH en acute verloskunde.*
- *Als andere (eventuele) tussenstappen en concrete oplossingen helpend zijn om mijn geschetste doel te bereiken, dan vraag ik u deze mee te nemen in uw advies.*

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
- Zorglevering en gevolgen voor patiënt
- Impact ziekenhuis
- Arbeidsmarkt
- Budgettaire effecten
- Draagvlak en consultatie

1.3 Uitgangspunten

De Minister geeft ons een aantal uitgangspunten mee met betrekking tot de budgetbekostiging voor de ic:

- Uitgangspunt is dat budgetbekostiging voor alle huidige ic-afdelingen gaat gelden;
- De geldende kwaliteitsstandaard Organisatie van Intensive Care¹ is leidend voor wat betreft de kwaliteit van zorg op ic-afdelingen;
- Inkoop vindt plaats door zorgverzekeraars in representatie;
- De invoering van budgetbekostiging is macro budgetneutraal.

1.4 Invulling NZa van de opdracht

De NZa heeft afgelopen jaren niet eerder geadviseerd over de ic-bekostiging. Het laatste NZa Advies Bekostiging van de ic is afkomstig uit 2008 ([Advies bekostiging van de ic 2008](#)). De belangrijkste conclusie destijds was om de ic-bekostiging volledig vorm te geven op basis van declarabele prestatie; de huidige bekostigingsvorm. De Minister heeft ons gevraagd de opdracht met betrekking tot budgetbekostiging voor de ic op te knippen in een adviesdeel dat we uiterlijk 1 november 2025 kunnen opleveren (hierna: deel 1), en een adviesdeel dat we uiterlijk 1 januari 2026 opleveren (hierna: deel 2). Hieronder beschrijven we wat we per deel onderzoeken.

¹ [Kwaliteitsstandaard Organisatie van Intensive Care, Zorginstituut d.d. 7 juli 2016 \(in revisie – concept 2024\)](#)

(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 budgetbesteding voor de ic 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).

Alternatieven

Het ministerie vraagt de NZa naast budgetbesteding ook andere eventuele tussenstappen en oplossingen, die helpend zijn in het licht van de gestelde doelen, mee te nemen in het advies. Vandaar dat we in dit rapport ook nadrukkelijk aandacht besteden aan alternatieve mogelijkheden binnen besteding, contractering en organisatie.

Deel 2: eventueel toekomstig rapport

De globale uitwerking van dit advies is het startpunt zijn voor een eventueel tweede rapport van de NZa. In deel 2 zouden wij dan een nadere uitwerking geven van de uitvoeringsvraagstukken. Deel 2 volgt wanneer de Minister daartoe besluit op basis van dit advies (deel 1).

De nicu en picu hebben andere kenmerken en vallen daarmee buiten dit advies

De nicu, de ic voor pasgeborenen, en de picu, de ic voor kinderen, vallen binnen de reikwijdte van de opdracht gegeven vanuit het ministerie van VWS. Echter hebben de nicu en picu een sterk afwijkend karakter ten opzichte van de volwassen ic. Dit maakt het onwenselijk om één uniforme bestedingsoptie voor te stellen die voor elke afdeling werkt. De reden hiervoor is dat het aantal zorgaanbieders die een nicu en/of picu beschikbaar stellen vele malen kleiner is, er sprake is van een hoge concentratiegraad en nicu en picu een groot adherentiegebied en andere problematiek kennen. We richten ons daarom in dit advies van budgetbesteding alleen op de volwassen ic. In bijlage D van dit advies geven wij een uitgebreidere toelichting op de verschillen tussen picu/nicu en de volwassen ic en beschrijven we de belangrijkste kerncijfers en uitdagingen van de nicu en picu.

Alternatieve vormen van ic niet in scope van dit advies

Andere afdelingen leveren ook intensieve(re) zorg, maar niet in dezelfde mate als een volwaardige ic-afdeling. Voorbeelden hiervan zijn een Medium Care Unit, Coronary Care Unit, Stroke Unit of Post Anesthesia Care Unit (zie voor verdere toelichting Hoofdstuk 2.1). Voor verdere omschrijvingen verwijzen we naar bijlage B.

Methode

Dit advies hebben we tot stand laten komen door drie methoden:

1. Interviews en overleggen met betrokken branche/-organisaties/-vertegenwoordigers;
2. Werkbezoeken bij vier zorgaanbieders met een ic-afdeling, en
3. Data-analyse op basis van beschikbare of beschikbaar gestelde bronnen.

1.5 Leeswijzer

- In hoofdstuk 2 beschrijven we het ic-landschap inclusief de bekostigingssystematiek.
- In hoofdstuk 3 beschrijven we de probleemanalyse en de gewenste beweging voor ic.
- In hoofdstuk 4 en 5 beschrijven en toetsen wij het middel budgetbekostiging voor de ic.
- In hoofdstuk 6 beschrijven we de alternatieve oplossingsrichtingen voor de ic kijkend naar de beoogde doelen.
- Hoofdstuk 7 bevat de conclusie.

1.6 Geconsulteerde partijen

Gedurende het adviestraject hebben wij een reeks bureau-overleggen gevoerd met de betrokken veldpartijen Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), umc's Nederland (UMCNL), Nederlandse Vereniging voor IC (NVIC), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland-IC (V&VN-IC), Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Hierin hebben wij input opgehaald en de verschillende onderdelen van het advies getoetst. Ook hebben er interviews plaatsgevonden met bovenstaande partijen en de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK). Daarnaast is het conceptadvies geconsulteerd bij deze veldpartijen, alsmede ook bij de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en de Patiëntenfederatie.

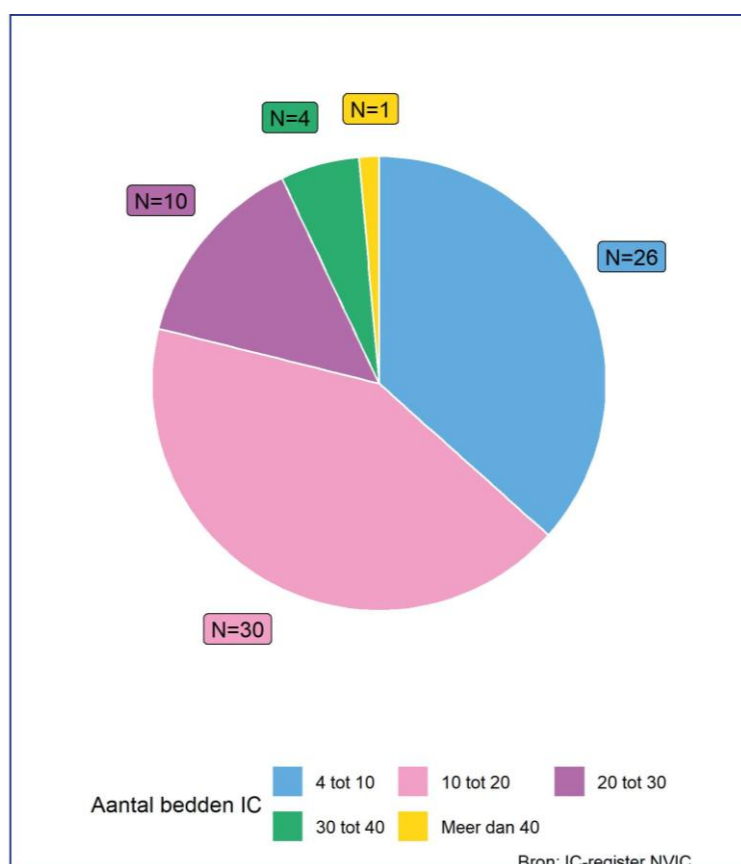
2 Huidig ic-landschap

2.1 Kerncijfers ic

Capaciteit

Er zijn op dit moment 71 ziekenhuislocaties met een ic. Bijna alle ziekenhuisorganisaties hebben één of meerdere ic-afdelingen. Vijf ziekenhuisorganisaties hebben elk twee ic-locaties. Terugkijkend naar de afgelopen tien jaar zien we dat er alleen ic instellingen gesloten zijn als gevolg van faillissement van de instelling (namelijk het MC Slotervaart en het MC Zuiderzee) of fusievorming (namelijk de fusie van AMC met Vumc en de fusie van Langeland ziekenhuis met het Haga ziekenhuis). Daarnaast zijn er instellingen die de keuze hebben gemaakt om binnen één instelling met meerdere locaties één ic te sluiten (zoals HMC Bronovo). In de bijlage (C.6) staat een specificatie van het aantal instellingen met een ic en het aantal sluitingen van ic-instellingen (niet ic-locaties).

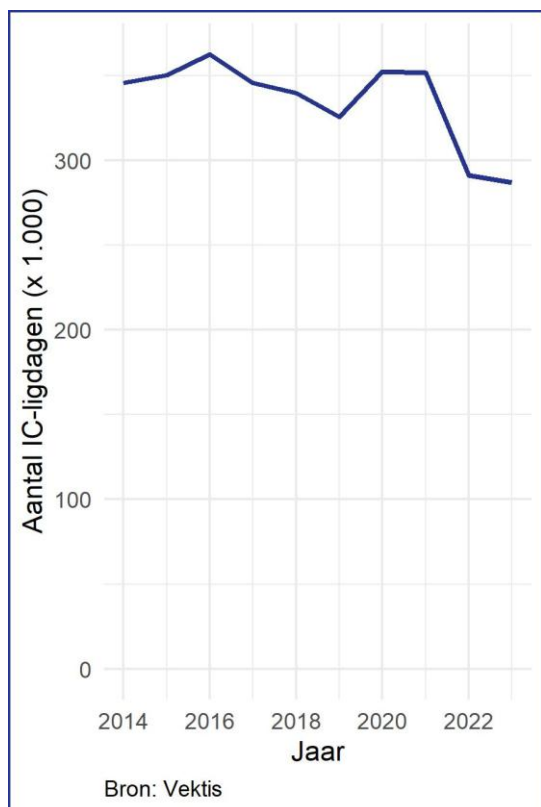
In deze academische, topklinische en algemene ziekenhuizen stonden in juni 2024 in totaal 850 operationele ic-bedden (Bron= NVIC-bestuur). Op basis van deze registratie is er variatie tussen minimaal 4 en maximaal 50 bedden. De recent gepubliceerde leidraad 'Organisatie van Intensive Care in Nederland' van de NVIC stelt dat elke ic uit minimaal 4 operationele ic-bedden per instelling. Als een ic uit meerdere locaties bestaat, mag het aantal operationele bedden per locatie kleiner zijn dan 4. Het huidige ic-landschap voldoet dus aan deze norm. 77% van de instellingen die over een ic beschikken heeft minder dan 20 operationele bedden (zie figuur 2.1). De grotere ic-afdelingen bevinden zich in de academische centra, waarbij het Erasmus MC met 50 bedden de grootste ic-afdeling van Nederland is. In de bijlage C staat de omvang van ic-afdelingen per type instelling.



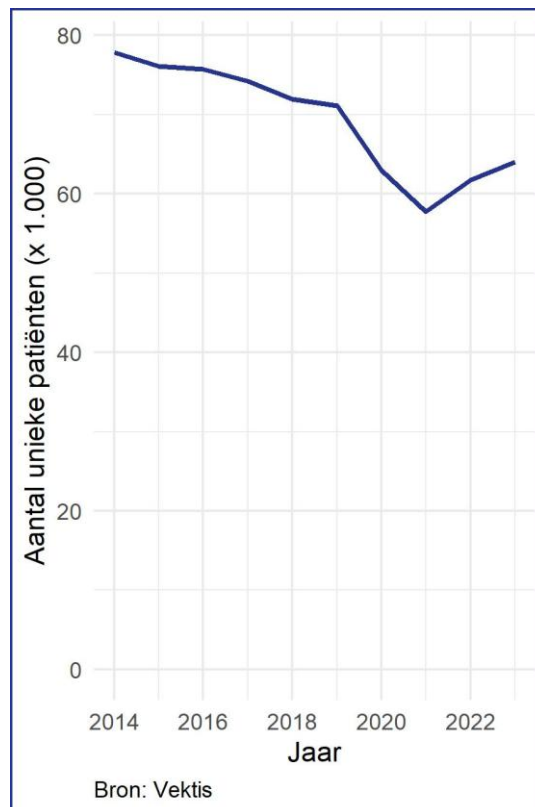
Figuur 2.1: Aantal instellingen met verdeling naar het aantal bedden in 2023

Doordat de ic-zorg gedeeltelijk planbare zorg en gedeeltelijk spoedzorg is (zie 'Inhoud van ic-zorg' verderop in dit hoofdstuk), zijn niet altijd alle ic-bedden bezet. Dit omdat er niet altijd genoeg zorgvraag is en dit ook niet altijd goed te voorspellen is. De leidraad geeft aan dat een bedbezetting van 80% tot 90% kan worden gezien als optimaal. Naarmate het aantal operationele ic-bedden kleiner is, stelt de leidraad dat het raadzaam is om te streven naar een lager maximaal bezettingspercentage (wel binnen deze bandbreedte). Deze niet goed te voorspellen zorgvraag maakt met name kleinere ic-afdelingen kwetsbaar. Op basis van het van Berkel rapport Kostprijsonderzoek naar beschikbaar houden schaalbare IC-capaciteit in Nederland was de gemiddelde bezettingsgraad voor de onderzochte ziekenhuizen uit de steekproef 74% in 2023 en 78% in de periode van januari tot april 2024 (niet gecorrigeerd voor seizoensinvloeden). Instellingen met meer dan 20 ic-bedden hebben een hogere bezettingsgraad (83% in 2023, 85% in 2024 t/m april) dan instellingen met 20 ic-bedden of minder (66% in 2023, 72% in 2024 t/m april). Op basis van het aantal declaraties uit Vektis en het aantal ic-bedden volgens het NVIC register komt een gemiddelde landelijke bezetting van 78,8%. Verdere informatie over het aantal bezette ic-bedden en het aantal ingekochte ic-bedden per jaar is niet beschikbaar.

Uit de Nationale IC Evaluatie (NICE) blijkt dat er elke jaar zijn zo'n 75.000 ic-opnamen zijn. In de declaratiedata is te zien dat in 2023 bijna 287.000 ic-ligdagen zijn gedeclareerd. Een ic-ligdag is een dag waarop een patiënt medisch behandeld wordt op de ic. Zoals te zien is in figuur 2.2, is vanaf 2016 een dalende trend zichtbaar in het aantal ic-ligdagen op een ic, met een tijdelijke stijging gedurende de corona epidemie (2020-2021). Vanaf 2016 was er ook een dalende trend zichtbaar in het aantal unieke patiënten op een ic. Sinds de corona epidemie was er weer een stijging van het aantal unieke patiënten op een ic. In 2023 waren er zo'n 64.000 unieke patiënten met een ic-opname (zie figuur 2.3). Aangezien het aantal ic-ligdagen daalt, terwijl het aantal unieke patiënten toeneemt, betekent dit dat de gemiddelde ligduur afneemt. Dit wordt bevestigd door de NVIC, die daarbij aangeeft dat de helft van de ic-patiënten maar één dag op de ic ligt.



Figuur 2.2: Aantal ic-ligdagen per jaar



Figuur 2.3: Aantal unieke patiënten per jaar

Uit verschillende interviews en bureau-overleggen komt een beeld naar voren van een steeds verder daling van het aantal operationele ic-bedden. Er wordt een neerwaartse trend geschetst, veelal door positieve ontwikkelingen zoals kritischer beoordeling of er sprake is van een patiënt die op de ic moet worden opgenomen, het voorkomen van opnames door betere (secundaire) preventie, verbeterde operatietechnieken. Dit leidt tot een lagere bedbezetting, en dus ook een daling in ic-ligdagen, en efficiëntieprikkels voor afschaling. Uit het van Berkel advies blijkt dat bij de helft van de onderzochte ziekenhuizen de ic-basiscapaciteit in 2024 is veranderd ten opzichte van het opschalingsplan (2023): vier ziekenhuizen hebben een hogere capaciteit en zes een lagere. Redenen voor uitbreiding zijn het borgen van voldoende regionale beschikbaarheid en inspelen op de zorgvraag, zoals vergrijzing. Redenen voor een lagere capaciteit zijn voornamelijk een (lokaal) lagere zorgvraag en/of verminderde beschikbaarheid van ic-personeel door krapte op de arbeidsmarkt, wat met name speelt bij relatief grote ic-ziekenhuizen (> 20 ic-bedden) in de Randstad.

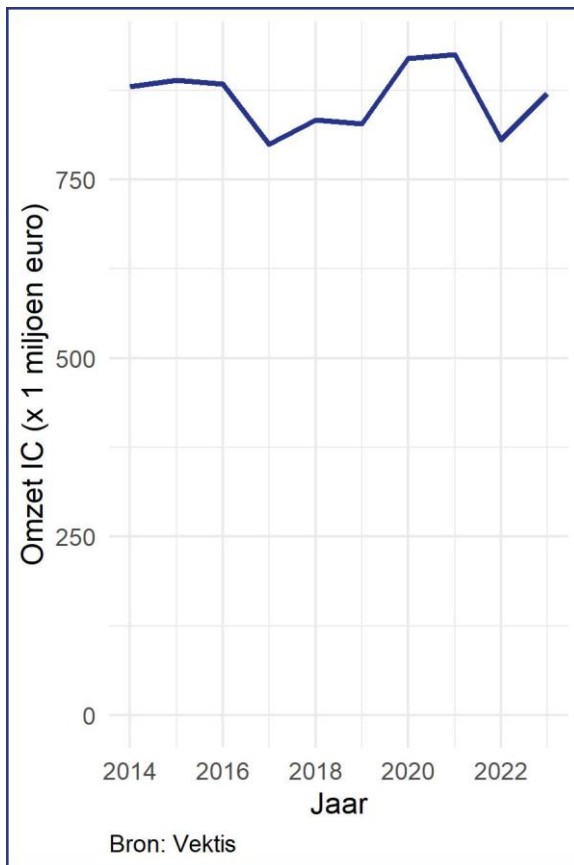
Ic-personeel

De NVIC-norm hanteert 3,5 fte ic-verpleegkundige per 24 uur per operationeel ic-bed als minimale formatie. In ditzelfde normendocument wordt al aangegeven dat dit niet wordt behaald. Dit signaal hoorden wij ook bij de werkbezoeken. In de praktijk is er vaak sprake is van één ic-verpleegkundige op 2 bedden per dienst van 8 uur, met een minimale bezetting van drie ic-verpleegkundigen en één medisch specialist intensivist. In de NICE-data wordt daarbij een personele bezetting genoemd van gemiddeld 8 intensivisten en 50 ic-verpleegkundigen per unit (2024). In de recente leidraad wordt gesteld dat de minimaal beoogde formatie per operationeel bed kan stijgen tot 4,2 fte ic-verpleegkundige, wanneer er aanvullende taken zijn/komen waar extra formatie voor noodzakelijk is. Voorbeelden van deze taken zijn: reanimatorieteam, nazorg, micu-transport en regio- en/of ziekenhuisactiviteiten.

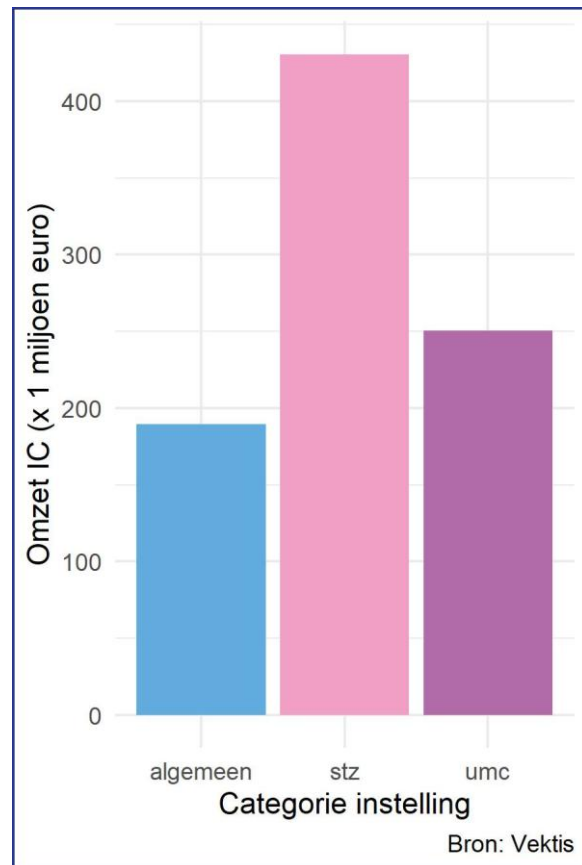
De daadwerkelijk instroom van ic-verpleegkundigen was van 2020-24 gemiddeld 450 personen, met een advies vanuit het Capaciteitsorgaan van 780 personen. Voor 2024-25 is het advies verlaagd naar 545 ic-verpleegkundigen. Dit signaal, dat er onvoldoende ic-personeel beschikbaar is, wordt ook bevestigd door het veld. Als ziekenhuizen extra ic-personeel aannemen, zijn er weinig mogelijkheden om dat personeel doelmatig in te zetten in rustigere periodes, wat weer kan leiden tot vertrek van personeel. Vanwege tekorten aan ic-verpleegkundigen vinden initiatieven plaats voor taakverschuiving en differentiatie binnen de zorgverleners, inclusief het verbreden van competenties van verpleegkundigen op reguliere afdelingen om daar ic-zorg te kunnen leveren. Aangegeven wordt dat het werkplezier van (een deel van) het ic-personeel toeneemt wanneer zij gevarieerd werk doen. Naast de reguliere werkzaamheden van verpleegkundigen tijdens ic-opnames worden ic-werkzaamheden buiten de ic en regionale uitwisseling als positief effect op werkplezier en personeelsbehoud genoemd.

Kosten ic-zorg

De kosten van de ic waren in 2023 870 miljoen euro. Dit is redelijk constant over de afgelopen 10 jaar met een toename in de coronajaren 2020-2021 (zie figuur 2.4). Dit is per ziekenhuis gemiddeld zo'n 5 procent van de omzet. Dit percentage is redelijk constant; tijdens de coronajaren was er een uitschieter en betrof de ic-kosten zo'n 6% van de totale medisch specialistische zorg-omzet van instellingen met een ic-afdeling. De meeste kosten van ic's worden gemaakt in de topklinische ziekenhuizen (ruim 430 miljoen, zie figuur 2.5): deze hebben vaker een (grotere) ic-afdeling dan algemene ziekenhuizen en zijn groter in aantal dan umc's (27 topklinische ziekenhuizen versus 7 umc's). De personele kosten bedragen 75% van de totale kosten van een ic (in de bijlage C.4 staat een verdieping op de kostprijsgegevens van de NZa). De personele invulling van ic-units omvat met name intensivisten en verpleegkundigen, die het leeuwendeel van de kosten bepalen.



Figuur 2.4. Totale omzet ic (x miljoen euro) per jaar



Figuur 2.5: Totale omzet ic (x miljoen euro) uitgesplitst naar algemene ziekenhuizen, stz-ziekenhuizen en umc's in 2023

2.2 Omschrijving van de ic-zorg

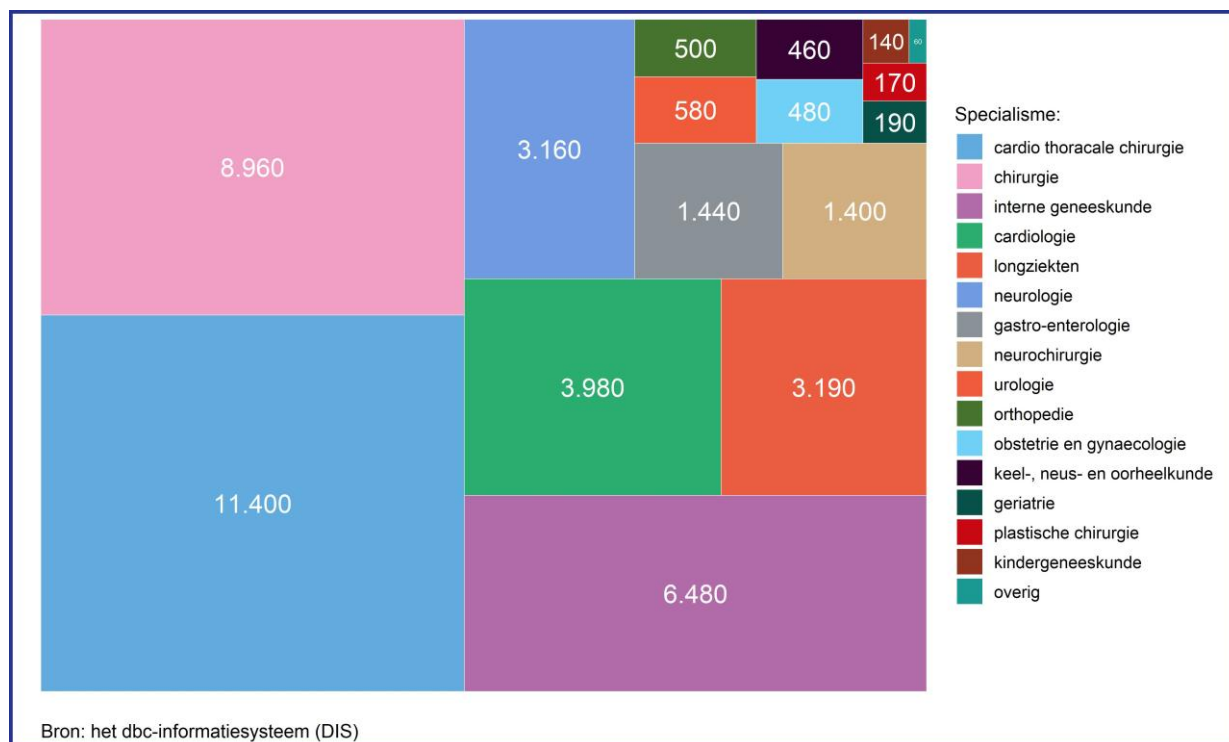
Inhoud van ic-zorg en verwevenheid met specialismen

Op de ic worden patiënten met bedreigde vitale functies opgenomen. Onder vitale functies verstaan we de belangrijkste functies van het lichaam, bijvoorbeeld ademhaling, hartslag en bewustzijn. De definitie van een ic-patiënt is volgens de Kwaliteitsstandaard 'een patiënt met één of meer acuut bedreigde of verstoorde functies, waarbij continue monitoring noodzakelijk is en behandeling van een in potentie omkeerbare aandoening kan leiden tot herstel van vitale functies'.

Op de ic kunnen dus patiënten met veel verschillende ziektebeelden liggen, en kunnen (theoretisch) vanuit elk specialisme worden opgenomen. Dit kan zowel via de Spoedeisende Hulp, de operatiekamer als vanaf de verpleegafdelingen. Daardoor is er ook een grote verwevenheid met deze specialismen, zoals zichtbaar in figuur 2.6. Dit kan zowel in acute situaties, bijvoorbeeld bij een ernstige longontsteking waarbij ondersteuning noodzakelijk is voor de ademhaling, of als planbare zorg, bijvoorbeeld een tijdelijke opname op de ic na een openhartoperatie. Ongeveer een derde van de ic-zorg is planbare zorg en twee derde is acute zorg (zie bijlage C.2), op basis van de NICE dataset (Data in beeld).

Er is een grote variatie tussen de instellingen in de verhouding tussen welke soorten patiënten er op de ic-afdeling worden opgenomen, vaak ook gerelateerd aan het type ziekenhuis (algemeen ziekenhuis, stz of umc). In ziekenhuizen met meer dan 20 ic-bedden, wat vaker de umc's en grotere stz zijn, zijn de vijf diagnoses die het vaakste voorkomen op een ic-afdeling gerelateerd aan hartoperaties, trauma-opvang en intoxicaties. In de ziekenhuizen met tussen de 12 en 20 bedden zijn dit de bypassoperaties van het

hart, longontstekingen, intoxicaties, hartklepvervangende en sepsis (bloedvergiftiging). Op de kleinere ic-afdelingen (<12 bedden) wordt de top vijf diagnoses op een ic gevuld met longontstekingen, intoxicaties, sepsis, opname na halsslagaderoperatie en een herseninfarct (zie bijlage C.3). De populatie van een ic is dus sterk afhankelijk van de populatie die wordt behandeld door het ziekenhuis.



Figuur 2.6: Schematische weergave van specialismen van waaruit de patiënt doorverwezen wordt naar de ic of waar de patiënt na ic naar wordt verwezen (gebaseerd op onderliggende diagnose).

Seizoensfluctuaties ic-zorg

Gedurende het jaar varieert de vraag naar ic-zorg. In de herfst- en wintermaanden zijn er gemiddeld meer opnames i.v.m. luchtweginfecties, terwijl er in de zomer gemiddeld minder opnames zijn. Dit is enerzijds omdat er dus minder luchtweginfecties zijn, meer mensen in het buitenland zijn en er minder operaties worden ingepland en dus ook minder patiënten na zware operaties ter controle op de ic worden opgenomen (zie bijlage C.5).

Alternatieve vormen van ic-zorg

Steeds meer intensievere zorg kan ook buiten de ic op de afdelingen worden gegeven, waardoor een patiënt niet meer, anders dan vroeger, per se op een ic moet worden opgenomen om voldoende zorg te ontvangen. Hierdoor is ook minder vraag naar opnames op de ic. Daarnaast kan een patiënt, afhankelijk van de ernst van de ziekte en het onderliggend ziektebeeld, ook worden opgenomen op andere afdelingen, waar intensievere zorg kan worden geleverd dan op een verpleegafdeling, maar welke niet dienst doen als een volwaardige ic-afdeling. Voorbeelden hiervan zijn de Medium Care Unit, Coronary Care Unit (ofwel hartbewaking, voor patiënten met hartproblemen), Stroke Unit (voor patiënten met een herseninfarct of hersenbloeding) of Post Anesthesia Care Unit (ofwel pacu, voor (kortdurende) monitoring na operaties), zie bijlage B. Tussen instellingen is er een grote differentiatie van alternatieven van lichtere ic-zorg. Niet ieder ziekenhuis heeft deze afdelingen, waardoor soms een patiënt daardoor toch op de ic-afdeling komt te liggen. Daarbij worden Medium Care Units soms ook vermengd met een ic-afdeling.

Ic-zorg buiten de muren van de ic

Het ETZ (Elizabeth TweeSteden Ziekenhuis) is enige jaren geleden gestart met o.a. het initiatief IC zonder muren (ICZM). ICZM kenmerkt zich door de inzet van ic-zorgverleners (veelal verpleegkundigen) buiten de afdeling ic. Deze zorgverleners ondersteunen verpleegkundigen op afdelingen (vaak opname-afdelingen) in de beoordeling van resultaten en geven advies aan verpleegkundigen. Het doel hiervan is het vroegtijdig signaleren van ic-zorgbehoefte en het toepassen van passende zorg door ic-opnames waar mogelijk te voorkomen. Ook heeft er binnen ICZM een zorgverschuiving plaatsgevonden van patiëntenpopulaties die werden geïdentificeerd als relatief laag risico, dus die eerst postoperatief bijvoorbeeld standaard naar de ic gingen, maar nu naar de verpleegafdeling met intensievere monitoring/betrokkenheid ic-verpleegkundigen.

Dit vraagt veel van het innoverend vermogen van de zorgaanbieder, maar ook een ander gesprek op de contracteertafel. Alhoewel deze beweging passende zorg sterk ondersteunt, staat het voor het ziekenhuis haaks op de huidige bekostigingsmethodiek van de ic; de verlaging van het aantal opnames op de ic vertaalt zich direct in een verminderd aantal declaraties. In dat kader heeft het ETZ een meerjarenafspraken met zorgverzekeraars gemaakt, zodat deze beweging kon worden ingezet en gestimuleerd, zonder direct negatief financieel effect. Ook Bernhoven heeft zo'n soortgelijke afspraak met zorgverzekeraars gemaakt. Andere instellingen proberen in meer of mindere mate dit concept en de ontwikkeling naar passende zorg te volgen.

Nazorg ic-opname

In meerdere centra wordt een nazorgpolikliniek ic aangeboden voor patiënten die langere tijd op de ic hebben verbleven. Deze patiënten hebben meer kans op lichamelijke klachten, klachten met het geheugen of psychische klachten; ofwel omdat ze zo ziek zijn geweest dan wel als gevolg van behandeling tijdens de ic-opname. Dit wordt ook wel het post-ic syndroom genoemd. Voor patiënten met dit syndroom, wat dus kan leiden tot beperkingen bij patiënten, is toenemend aandacht bij ic-afdelingen en hier wordt dus ook aanvullende zorg op ingezet.

Spoedinterventie Team (SIT)

Ic-intensivisten en ic-verpleegkundigen zijn vaak onderdeel van het Spoedinterventie Team (SIT). Het SIT is er om patiënten die zijn opgenomen op een verpleegafdeling in het geval van plotseling ontstane (klinische achteruitgang te ondersteunen (bijvoorbeeld bij reanimatie bij hartstilstand). De richtlijn Vitaal bedreigde patiënt vereist niet dat dit een ic-arts of -verpleegkundige moet zijn, maar in praktijk komt dit regelmatig voor.

Deze inzet is cruciaal voor de patiëntveiligheid en een goede doorstroom van patiënten. Omdat deze activiteiten momenteel niet apart bekostigd worden, is de continuïteit ervan vaak afhankelijk van interne kruissubsidiëring. Deze kruissubsidie betreft de inzet van ic-personeel buiten de ic (bv. SIT, acute opvang (reanimaties / trauma) maar ook zaken als non-invasieve beademing (niv), achterwacht (voor Long of ccu), civ etc.). De kosten van tijd en middelen worden door de ic gedragen, maar de opbrengsten vallen grotendeels elders.

Kwaliteit en samenwerking

De huidige kwaliteitsstandaard van de NVIC is de 'Kwaliteitsstandaard Organisatie van Intensive Care' uit 2016. Hierin wordt gedefinieerd welke zorgprofessionals er nodig zijn om goede ic-zorg te leveren en aan welke kwaliteitseisen zou moeten voldoen. Recentelijk op 16 oktober 2025 is de leidraad 'Organisatie van Intensive Care in Nederland' gepubliceerd. In deze leidraad wordt ook ingegaan op welke kwaliteitseisen een ic zou moeten voldoen, echter omdat deze niet tripartiet is vastgelegd, heeft deze niet de status van een kwaliteitsstandaard.

Om op landelijk niveau inzichten te krijgen op de kwaliteit van ic-zorg, is er een kwaliteitsregistratie van alle patiënten die opgenomen worden op de ic; de Nationale IC Evaluatie (NICE). Sinds 2016 doen alle ic's hieraan mee. Hierin worden patiëntkenmerken, informatie over de behandelingen en uitkomsten geregistreerd (bijvoorbeeld het aantal complicaties of het sterftecijfer). Deze kwaliteitsregistratie heeft drie doelen: het monitoren en optimaliseren van de kwaliteit van zorg, het inzichtelijk maken van uitkomstinformatie om ook zo samen met de patiënt de voor de patiënt juiste keuze in de behandeling te maken, en het doen van wetenschappelijk onderzoek op het gebied van evaluatie en innovatie.

Daarnaast is er toenemende aandacht voor het patiëntstelsel, waarbij families actiever worden betrokken. Het verkorten van de ic-ligduur is een belangrijk aandachtspunt vanuit patiëntperspectief en kwaliteitsverbetering. Er wordt bewuster en spaarzamer omgegaan met ic-gebruik, mede door het besef van de schadelijke complicaties zoals post-ic syndroom.

Sinds COVID-19 is het belang van regionale netwerken en samenwerking voor efficiënte en beschikbare ic-zorg duidelijker geworden. Ook wordt complexere ic-zorg geconcentreerd, zoals extra corporeale membraan oxygenatie (ecmo), waarbij de functie van het hart en de longen door een machine tijdelijk wordt overgenomen, naar gespecialiseerde centra.

2.3 Huidige bekostiging

De huidige bekostiging van de ic-zorg voor patiënten die zijn opgenomen op de ic is in de basis geregeld met twee dbc-zorgproducten die als add-on worden gedeclareerd. Dat wil zeggen dat er twee codes zijn die vastgelegd kunnen worden en per dag gedeclareerd kunnen worden. Het betreft ic-dag type 1 of 2 (190157 of 190158).

190157	ic-dag, type 1.	Een dag waarop een ic patiënt medisch behandeld is op de ic, type 1.
190158	ic-dag, type 2.	Een dag waarop een ic patiënt medisch behandeld is op de ic type 2.

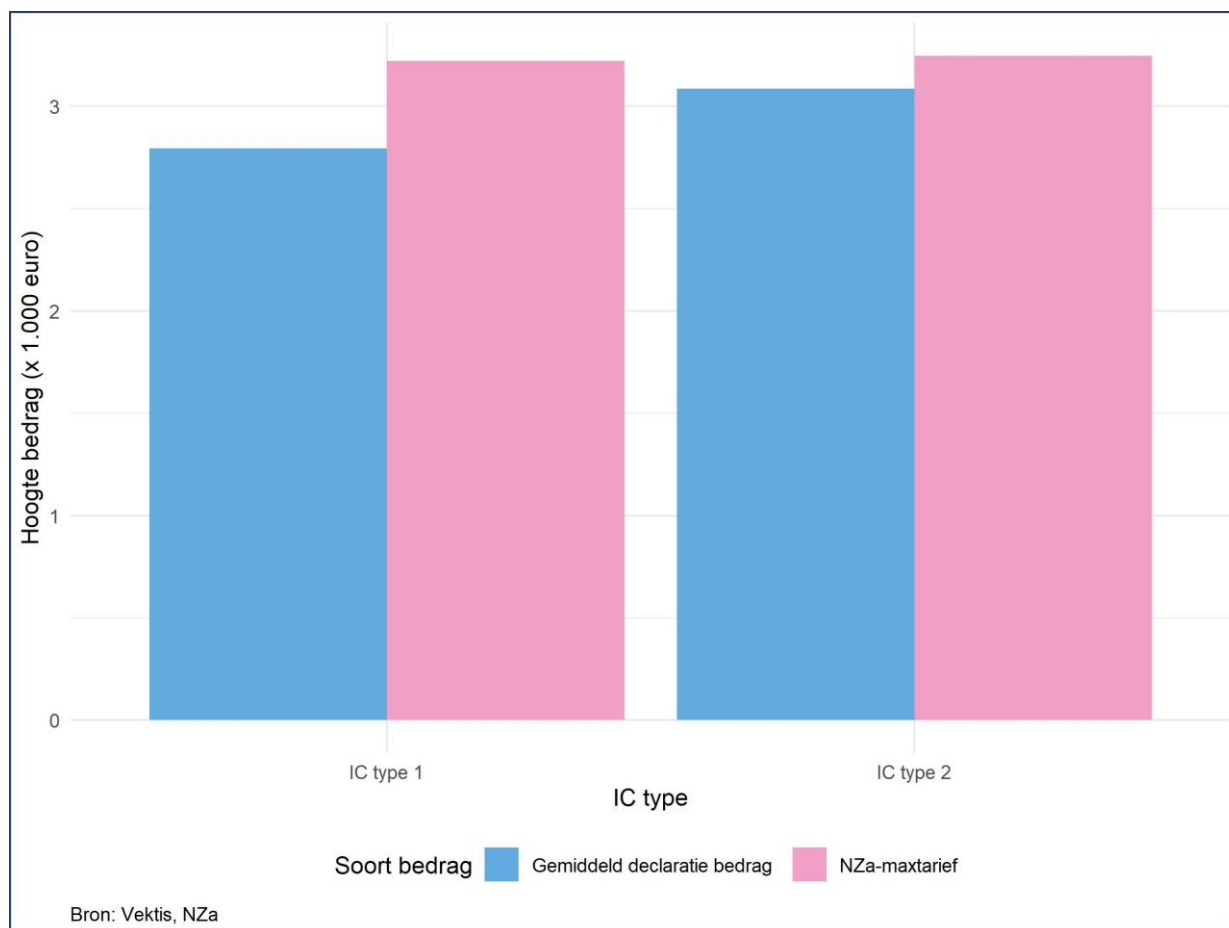
Tabel 2.7: declaratiecodes ic-ligdagen

De zorgaanbieder kan afspraken maken met de zorgverzekeraar over de situaties wanneer welke code wordt vastgelegd voor de patiënt. Bij het ontbreken van contractafspraken mag alleen ic-dag type 1 in rekening worden gebracht. Type 1 verwijst naar de kleine ic-locaties (< 12 ic-bedden), die samenwerken met de grote ic-locaties. Type 2 verwijst naar de grote ic-locaties, die binnen het netwerk hun uitgebreide ervaring, kennis en expertise van de ziekenhuisinstelling delen met andere ic's (≥ 12 ic-bedden). 37 instellingen declareren type 1-ligdagen en 43 instellingen declareren type-2 ligdagen.

Deze ic-dagen worden gedeclareerd in een subtraject in combinatie met het dbc-traject voor het onderliggend lijden bij een ander specialisme, via een zorgtype 51. Wanneer een dergelijk traject ontbreekt, bijvoorbeeld bij een acute opname op de ic, wordt het product voor de declaratie gekoppeld aan een traject met zorgtype 52. In beide gevallen kunnen in datzelfde subtraject ook alle andere zorgactiviteiten worden geregistreerd. Hierdoor is goed te onderscheiden welke zorg er op de ic is geleverd. Daarbij is er een zorgproduct 'Dialysetoeslag' voor patiënten die dialyse ondergaan op de ic, wat aanvullend kan worden gedeclareerd.

Verdere definities en/of vereisten die aan deze dbc-zorgproducten zijn verbonden zijn terug te vinden in de regeling medisch-specialistische zorg van de NZa. Hierin is bijvoorbeeld geregeld dat van één patiënt een verpleegdag op een afdeling niet op dezelfde dag mag worden gedeclareerd als een dag op de ic.

De tarieven voor de ic-zorgproducten bevinden zich in het gereguleerde (A-)segment. Dit betekent dat de NZa het maximumtarief vaststelt en periodiek herijkt op basis van kostprijsonderzoeken. Het maximumtarief voor een ic-dag type 1 is €3.735,44 (2026) en voor ic-dag type 2 €3.765,98 (2026). Het tarief voor de ic-dag is inclusief kosten voor opname en beademing en is alleen van toepassing op ic-patiënten die behandeld worden op de ic. In figuur 2.7 worden deze verschillen tussen het gemiddelde declaratiebedrag en maximumtarief getoond. Opvallend is dat in 2023 voor zowel type 1 als type 2 ic-ligdagen het gemiddeld declaratiebedrag onder het maximumtarief ligt, met een groter verschil bij type 1 ic-ligdagen (gemiddeld declaratiebedrag €2795 tegenover €3221 NZa-maxtarief) dan type 2 ic-dagen (gemiddeld declaratiebedrag €3.086 tegenover NZa-maxtarief €3.247). Dit lijkt aan te tonen dat er in de contractafspraken, indien nodig, nog ruimte zit om een hoger tarief af te spreken.



Figuur 2.8: Verschillen tussen gemiddeld declaratiebedrag (Vektis) en maximum tarief (vastgesteld door de NZa) voor de verschillende typen ic-ligdagen in 2023

Daarnaast is er ook een apart DBC-zorgproduct voor een consult van de ic-arts buiten de ic, namelijk 'Intercollegiaal consult buiten de ic, spoed en niet-spoed (190129)'. Dit kan worden aangevraagd door andere specialisten (die dan hoofdbehandelaar zijn), en dit wordt ook dan geregistreerd in het zorgtraject van de hoofdbehandelaar. We zien dat het consult van de ic-arts verwaarloosbaar wordt gedeclareerd. Dit lijkt dus niet als reguliere bekostigingsmogelijkheid te worden gezien. (Eveneens zou het verhogen van het tarief van deze prestatie een perverse prikkel tot "handjes schudden" kunnen doen ontstaan.)

Er zijn andere vormen van ic- of aanverwante ic-zorg bekend, waaronder pacu. Voor deze hybride of unieke zorgvormen is nu geen aparte bekostiging ontwikkeld, omdat de pacu-opname gezien kan worden als verpleegdag en verrekend wordt in de kostprijzen van de DBC's die specialisten openen. De

kosten, en opbrengsten, van deze zorgvormen wordt middels kostprijsonderzoeken wel gemeten, maar zit versleuteld in de zorgproducten en tarieven/contractafspraken van andere zorg. Het direct vergoeden van deze zorg komt vaak neer op afspraken over interne verdeling (door middel van opbrengsten van andere zorgproducten) of bilaterale contractering (N.B. Voor de pacu is er een wijzigingsverzoek voor een aparte betaaltitel in behandeling). Uitzondering hierop is het mobiele ic unit (micu)-vervoer, waar aparte betaaltitels voor zijn (190132, 190133). Dit is vervoer met een ambulance, speciaal ingericht op het vervoeren van (kritische) ic-patiënten. Deze zijn vaak verbonden met academische ziekenhuizen. Hierbij gaat ook een ic-arts mee met de patiënt.

2.4 Conclusie

- Op de ic-afdeling wordt intensieve zorg geleverd voor vitaal bedreigde patiënten. Het betreft grotendeels acute zorg, maar ook planbare zorg; deze verhouding verschilt per ziekenhuis. Gedurende het jaar varieert de zorgvraag en daarmee het zorgaanbod. De ic-afdeling heeft een grote verwevenheid met (bijna) alle specialismen en de SEH en de ic heeft hierbij een brandweerfunctie. De bekostiging van de ic-afdeling is gebaseerd op het vergoeden van het aantal ligdagen.
- Er is een terugloop van het aantal ic-ligdagen. Echter is er een toename van het aantal (unieke) patiënten. Deze liggen dus korter op de ic
- Er is een beweging gaande om ic-personeel ook steeds meer buiten de ic in te zetten om zo de zorg te ondersteunen met hun expertise.

3 Probleemanalyse

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk lichten we de knelpunten van de ic-zorg toe. Daarnaast beschrijven we de gewenste beweging voor de ic-zorg en het ic-landschap. De basis voor deze analyse zijn de bevindingen uit het vorige hoofdstuk en de input uit het veld en de bureau-overleggen. We hebben voor de probleemanalyse breed gekeken naar de knelpunten en uitdagingen voor toekomstbestendige ic-zorg. Dit is dus breder dan alleen de knelpunten op het gebied van bekostiging.

3.2 Ic-capaciteit staat onder druk

Inkomsten van ic's dalen als gevolg van afnemende ic-zorgvraag

De ic-zorgvraag neemt af (zie figuur 2.2 en 2.3) als gevolg van positieve effecten. Het lukt namelijk steeds beter om ic-zorgvraag te voorkomen, door onder andere (1) verbeteringen in de kwaliteit van zorg, zoals betere operatietechnieken, (2) de startende beweging van ic-zorg leveren buiten de muren van de ic, (3) kritischer kijken naar het ic-gebruik en (4) meer passende zorg. Dit vertaalt zich in een beperkter beroep op de beschikbare ic-capaciteit en een lagere gemiddelde bezettingsgraad van de ic-bedden. De huidige bekostiging is gericht op productie; er is alleen een vergoeding per ic-ligdag. Daardoor leidt een lagere bedbezetting van ic-bedden direct tot minder omzet op een ic-afdeling, waarmee bij gelijkblijvende kosten de ic relatief duurder wordt: de interne kostprijs per ic-ligdag wordt hoger.

Benodigde formatie van ic-verpleegkundigen is inefficiënt bij lage bedbezetting

Het ic-personeel is een van de grootste kostenposten van een ic. De NVIC-norm hanteert 3,5 fte ic-verpleegkundige per 24 uur per operationeel ic-bed als minimale formatie. Dit is bij een verminderde bedbezetting relatief inefficiënt. Doelmatigheid en schaalvoordeel zijn hiermee niet mogelijk. Tegelijkertijd is er ook een tekort aan ic-verpleegkundigen. De NVIC-norm wordt momenteel niet behaald, wat al aangeeft dat deze norm op de ic-capaciteit drukt. Doordat de ic-zorgvraag flexibel is door het wisselende acute zorgvraag is niet altijd voorspelbaar hoeveel bedbezetting er is. Hierdoor is er bij lagere bedbezetting terughoudendheid in het inzetten van ic-personeel op andere afdelingen of een ic-afdeling elders. Dit komt een optimale en flexibele inzet van de totale personele capaciteit niet ten goede.

Zorgen om te laag opleidingspeil van ic-verpleegkundigen

Door de afname van de ic-zorgvraag en het aantal ic-bedden wordt er door instellingen ook minder geïnvesteerd in het opleiden van nieuwe ic-verpleegkundigen. De opleiding, en ook het behoud van deskundig personeel, vraagt om een ic met voldoende personele capaciteit én patiënten met verschillende aandoeningen, zodat er voldoende brede kennis blijft bestaan. In grotere ic's kan het opleiden van nieuw ic-personeel dan ook gemakkelijker georganiseerd worden, maar in kleinere ic's is dit moeilijker. Op dit moment wordt er ook minder opgeleid dan het Capaciteitsorgaan aanraadt, vanwege de beperkte beschikbaarheid en instroom van kandidaten. Er is al een nieuwere vorm van opleiden van ic-verpleegkundigen, namelijk het modulair opleiden. Hierbij wordt de opleiding uit losse modules aangeboden en kunnen deze los worden behaald. Dit leidt ertoe dat deze verpleegkundigen (in opleiding) sneller zelfstandig beroepsactiviteiten kunnen uitvoeren en flexibeler kunnen worden ingezet. Overigens benadrukken wij dat de opleiding buiten scope is van dit advies. De opleiding heeft een andere bekostigingsstroom die los staat van dit advies over budgetbekostiging voor de ic.

Ic's met lage bedbezettingsgraad mogelijk intern verlieslatend

Doordat ic-zorg deels acute gespecialiseerde zorg betreft, is het afhankelijk van het (deels onvoorspelbare) zorgaanbod of er genoeg bedbezetting plaatsvindt om niet verlieslatend te zijn. Er zijn signalen dat, voornamelijk bij kleinere ic-afdelingen, het verlieslatende zorg is. Dit kan voor ziekenhuizen problemen opleveren met de interne kostenverdeling: dit geld moet dan namelijk ergens anders vandaan komen. NVZ geeft het signaal dat, voornamelijk bij kleinere ic-afdelingen, de ic-zorg mogelijk verlieslatende zorg is. Een feitelijke onderbouwing en/of casuïstiek ontbreekt hierbij. Voor de NZa is dit via declaratiedata ook niet te achterhalen, omdat dit de interne bedrijfsvoering betreft van de instellingen zelf. Desalniettemin is het voorstelbaar. Dit aangezien bij de tariefstelling van ic-ligdagen wordt uitgegaan van een 80% bezettingsgraad.

Indien de bezettingsgraad op een ic substantieel lager is, dan is het voorstelbaar dat de ic vanuit het bekostigingssysteem verlieslatend is. Het kan dus dat hoge 'vaste' kosten en onzekere (en teruglopende) 'variabele' opbrengsten voor ziekenhuizen opgelost worden middels de interne kostenverdeling van een instelling. De ic is dan mogelijk op zichzelf wel verlieslatend, maar is zo'n noodzakelijk onderdeel van het zorgaanbod dat deze gedekt kan worden door opbrengsten uit andere delen van het ziekenhuis (interne kruissubsidiëring). Overigens wordt aangegeven dat de interne kostentoekening niet in lijn is met de zorg die ic-personeel buiten de ic levert, omdat kosten vaak worden geboekt op de ic-afdeling. Inzicht over inzet en bijbehorende kosten van outreachend personeel ontbreekt bij instellingen. Met als gevolg dat ic's verlieslatend zijn in de boekhouding, omdat deze inzet niet terug te beredeneren is op een ic-ligdag. Daarnaast lijkt dit knelpunt van de bekostiging ook ondervangen in de contractering door afdoende financiële (totaal)afspraken te maken (zie 3.4).

Kleine ic's (op termijn) mogelijk niet operationeel houdbaar

Logischerwijs kiezen ziekenhuizen er met de teruglopende zorgvraag voor om de operationele ic-capaciteit af te schalen, aangezien personeelsinzet voor relatief minder zorgvraag duurder is. Hiermee verdwijnen structureel ic-bedden. Aanvankelijk is het afschalen vanuit kwaliteits- en doelmatigheids oogpunt ook wenselijk; ic-zorg is duur, vraagt veel personeelsinzet en is geen gezonde omgeving voor patiënten. Echter, uiteindelijk wordt een ondergrens bereikt om als ic te voldoen aan de minimale omvang en kwaliteitseisen om operationeel te kunnen blijven. Dit risico speelt voornamelijk bij kleinere ic's, die relatief minder planbare ic-zorgvraag hebben. Voor hen is het moeilijk hun bezettingsgraad op peil te houden, waardoor steeds meer ic-bedden worden afgeschaald. Ook dreigt vanwege de reeds beperkte omvang van de kleinere ic-afdeling, sneller een kritische ondergrens.

Cascade-effecten bij eventuele sluiting ic

De ic vervult een cruciale rol binnen het ziekenhuis en is onlosmakelijk verbonden met andere vormen van medisch-specialistische zorg. Er is een minimale basiscapaciteit nodig om een ic operationeel en kwalitatief hoogwaardig te houden. Bij het eventuele op termijn verdwijnen van een ic ontstaan cascade-effecten: bepaalde acute en electieve zorg, zoals complexe operaties en cardiologische interventies die ic-observatie vereisen, kunnen dan niet langer worden uitgevoerd. Dit kan grote consequenties hebben voor het ziekenhuis als geheel.

De ic fungeert bovendien als belangrijke achterwacht voor de acute zorg, waaronder de SEH, die direct patiënten kan overdragen of ondersteuning nodig heeft bij vitaal bedreigde patiënten. Ook omgekeerd geldt dat wanneer complexe interventies verdwijnen of geconcentreerd worden, de vraag naar ic-bedden afneemt, wat invloed heeft op de benodigde capaciteit en expertise. Daarbij is voldoende blootstelling aan diverse ziektebeelden essentieel om hoogwaardige ic-zorg te kunnen blijven leveren. Kortom: de discussie over toekomstbestendige ic-capaciteit kan niet los worden gezien van de bredere ziekenhuiszorg – beide zijn nauw met elkaar verweven en beïnvloeden elkaar.

3.3 Bekostiging sluit niet aan bij gewenste beweging

Huidige bekostiging prikkelt tot productie, niet tot ic-inzet buiten een ic-afdeling

De huidige bekostigingssystematiek van ic stimuleert ziekenhuizen om zo veel mogelijk patiënten op de beschikbare ic-bedden op te nemen (desalniettemin dalen de ic-ligdagen de laatste jaren). Dit kan ook leiden tot het plaatsen van patiënten op de ic, die strikt genomen geen ic-indicatie hebben (zie een voorbeeld hiervan in de bijlage C.3). Ook stimuleert de huidige bekostiging niet om ic-personeel buiten de ic-afdeling werkzaamheden te laten verrichten. Terwijl dat juist wel de gewenste beweging is. Opnamedagen op de ic leveren namelijk een directe declaratiemogelijkheid op, terwijl het effect van werk buiten de ic-afdeling – wat zelfs opnames op de ic kan voorkomen – niet afdoende vanuit de huidige bekostiging vergoed wordt. Hiermee wordt de inzet van ic-personeel buiten de ic, ook wel 'outreaching' genoemd, vaak niet direct of passend bekostigd. Outreaching personeel zorgt enerzijds voor een lagere bedbezetting op de ic (en declaratie van ic dagen), maar zorgt anderzijds voor (personeels)kosten, waar geen directe declaratiemogelijkheid tegenover staat. Weliswaar bestaat er een declarabele zorgprestatie voor intensivisten ('Intercollegiaal consult buiten de ic, spoed en niet-spoed (190129)'), maar veel van de overige outreachende activiteiten, bijvoorbeeld door ic-verpleegkundigen, kennen geen declaratiemogelijkheid.

Noodzakelijk inzicht over de 'outreaching' activiteiten van het ic-personeel ontbreekt

Naast het probleem van de dekking, is er op dit moment geen registratie in de bekostigingssystematiek voor zorg geleverd buiten de ic-opnames. Dit maakt het moeizaam inzicht te krijgen over welke zorgaanbieders reeds initiatieven ontplooiën rond ic-zorg buiten de ic. We zien dat de kosten van ic-personeel voornamelijk nog aan de add-on zorgproducten voor de ic worden toegerekend, ook wanneer zij zorg op andere afdelingen leveren. Het registreren van geleverde zorg buiten de ic én het anders toewijzen van kosten aan zorgproducten kan beter inzicht geven in de verweven kostenposten van de ic-zorg. Daarmee zou ook een eventueel verlieslatend karakter van ic-afdelingen beter kunnen worden onderbouwd. Of misschien zelfs ondervangen, met een andere tariefstelling en/of interne verdeling van de opbrengsten uit productie (in plaats van kruissubsidiëring) of passendere afspraken in de contractering.

Ic-afdeling lijkt gericht op behoud van eigen ic-capaciteit

Het huidige bekostigingssysteem staat ook uitwisseling van patiënten en personeel in de weg, omdat ziekenhuizen er financieel baat bij hebben om hun eigen ic-bedden voldoende te bezetten. Tegelijkertijd voorkomt dit dat er een prikkel is om patiënten (te) snel over te plaatsen. Op basis van werkbezoeken en interviews ontstaat het beeld dat zorginstellingen voornamelijk gericht zijn op de eigen ic-capaciteit en het behoud van de ic. Overigens kunnen er naast de prikkels vanuit de bekostiging ook andere prikkels een rol spelen om patiënten op te nemen op de ic; bijvoorbeeld om te voorkomen dat de ic door de bovengenoemde ondergrens zakt en de kosteneffectiviteit, opleiding en kwaliteit onder druk komen te staan.

3.4 Weinig inhoudelijke ic-afspraken in contractering

Het omzetprobleem vanuit de bekostiging wordt in de contractering opgelost

Bekostiging en contractering gaan hand in hand: afspraken op de contracteertafel hebben een effect op de bekostiging van zorg, en andersom heeft de bekostigingssystematiek invloed op hoe zorg ingekocht wordt. Het probleem vanuit de bekostiging - afnemende inkomsten als gevolg van afnemende ic-zorgvraag – lijkt in de contractering te worden opgelost. Zo kan een financiële totaalafpraak voldoende compenseren (i.e. plafondafspraken). Er worden namelijk totaalafspraken tussen de instelling en

zorgverzekeraars gemaakt, waarna de instelling een interne verdeling per specialisme maakt. Deze interne verdeling kan afwijkend zijn van de kavelafspraken met de zorgverzekeraar. De financiële totaalafpraak op instellingsniveau fungeert dan als vangnet voor een ontoereikende vergoeding vanuit de bekostiging voor een bepaald specialisme. In dit geval wordt de beperkte vergoeding vanuit de bekostiging voor de ic-afdeling gecompenseerd door de financiële totaalafpraak op instellingsniveau.

Toegankelijkheid van de ic-zorg staat niet onder druk als gevolg van financiële onzekerheid

Eveneens merken we op dat bij een groot aantal zorgaanbieders een lager bedrag dan het maximumtarief wordt gecontracteerd (zie figuur 2.8). Dit lijkt aan te tonen dat er in de contractafspraken, indien nodig, nog ruimte zit om een hoger tarief af te spreken. Daarnaast geven zorgverzekeraars aan dat er maatwerkafspraken gemaakt kunnen worden indien ic's in een kritieke toestand belanden. Vanuit ons Toezicht hebben wij afgelopen jaren geen signalen ontvangen over de contractering van ic-zorg. Daarbij zien we dat er afgelopen tien jaar alleen ic's gesloten zijn als gevolg van fusies of faillissement. Feitelijk zien we dus dat de toegankelijkheid van de ic-zorg beperkt onder druk staat als gevolg van financiële onzekerheid.

Ic is een beperkt inhoudelijk gespreksonderwerp in de contractering

Binnen het huidige stelsel maken zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken over de prijs, het volume en de kwaliteit van de zorglevering. In de praktijk blijkt dat het merendeel van de zorgverzekeraar en het ziekenhuis de ic niet als apart gespreksonderwerp op de contracteertafel bespreken. Ook geven zorgverzekeraars aan dat ic-zorg in de contracteringsgesprekken over het algemeen niet naar voren komt als een knelpunt. Kortom, ic is een beperkt inhoudelijk gespreksonderwerp tijdens de onderhandelingsgesprekken. De ic-zorg wordt hierbij 'ondergesneeuwd' door andere urgentere problemen tijdens contractering en/of het gesprek gaat over het totaalniveau van de afspraak. Dit geldt voor meer onderdelen van de contractering en is niet exclusief voor de ic. Wanneer men wel afspraken over ic maakt, dan is gelijkgerichtheid tussen zorgverzekeraars gewenst. Zodat de ontwikkeling, naar bijvoorbeeld passende zorg op de juiste plek in het ziekenhuis of de regio, minder afhankelijk is van de aandacht hiervoor binnen het inkoopbeleid van een individuele verzekeraar. NVZ geeft aan dat gelijkgerichtheid een groot probleem is in de contractering. ZN herkent dit niet als zodanig voor de ic-zorg, mogelijk doordat het zo beperkt onderwerp is van het gesprek.

Contractering heeft voldoende ruimte voor inhoudelijke afspraken, maar blijft onbenut

Het is voor zorgverzekeraars en ziekenhuizen mogelijk om in de contractering diverse inhoudelijke afspraken te maken over de beschikbare capaciteit op de ic, verwachte patiëntaantal en de gewenste beweging van ic-zorg. Zo is het ook mogelijk om een transformatiecommitment voor de ic-zorg vervolgens te vertalen in een aanneemsom met meerjarenafpraak (zie twee initiatieven van ETZ en Bernhoven in hoofdstuk 2). Maar in de praktijk wordt de ruimte om inhoudelijke afspraken te maken in de contractering maar beperkt benut. Dit wijst op een tekort aan focus of urgentie bij partijen. Terwijl de contractering wel degelijk ruimte biedt om de belangrijkste problemen en uitdagingen voor de ic-zorg te ondervangen. Ook is deze route veel eenvoudiger, effectiever en minder administratief belastend dan een budgetbekostiging, en biedt het meer ruimte voor lokaal maatwerk.

3.5 Weinig beweging in het ic-landschap

Weinig beweging op landelijk niveau; meer regionale samenwerking gewenst

Er verandert weinig in de organisatie van de ic's in Nederland, ook wel het ic-landschap genoemd. Er zijn geen regionale netwerken en slechts enkele zorgaanbieders hebben structurele afspraken over het uitwisselen van (voornamelijk) patiënten, vaak in verband met een specialistische functie of exclusieve

deskundigheid. Regionale samenwerking en gedeelde zorgpaden kunnen een deel van de oplossing zijn voor aanhoudende capaciteitsproblemen bij regionale, voornamelijk kleine, ziekenhuizen. Hierdoor zou een ic in de regio een achterwachtfunctie voor het ziekenhuis kunnen (blijven) vervullen, met behoud van deskundigheid en toegankelijkheid. Dit vraagt om (1) een bekostiging die aansluit bij het regionaal uitwisselen van patiënten én personeel en (2) duidelijke kaders voor ic's die een dergelijke achterwachtfunctie vervullen.

Ic kent veel verwevenheid met overige msz, dit neemt alsmaar toe

De ic is een integraal onderdeel van de medisch-specialistische zorg in ziekenhuizen, en is nauw verweven met electieve chirurgische zorg, acute zorg en andere vormen van medisch-specialistische zorg. De verwevenheid tussen ic-zorg en de rest van de ziekenhuiszorg zal in de toekomst alleen maar verder toenemen: ic-zorg wordt steeds vaker ook buiten de ic-afdeling geleverd, terwijl de totale ziekenhuiszorg complexer wordt en laagcomplexere zorg steeds vaker buiten het ziekenhuis plaatsvindt.

Politieke wens van 1150 ic-bedden als basiscapaciteit is niet haalbaar

Vanuit de politiek bestaat er de wens om ten minste 1.150 beschikbare operationele ic-bedden in Nederland te hebben, dus fors meer dan de nagenoeg 800-850 bedden die nu beschikbaar zijn. Bij deze politieke wens van 1.150 bedden is er een grote discrepantie tussen de reguliere zorgvraag, welke tot stand komt op basis van vraag en aanbod, en eventuele pandemische paraatheid (buiten scope van dit advies). Alle veldpartijen (NVIC, NVZ, UMCNL, ZN, Family and Patient Centered Intensive Care (FCIC) en V&VN-IC) geven aan dat een basiscapaciteit van 1.150 ic-bedden wenselijk noch haalbaar is. Dit is namelijk een grotere capaciteit dan het huidige aantal bedden, wat zou betekenen dat zorgaanbieders fors moeten investeren in de uitbreiding van hun afdelingen. Het opschalen van de bedden zou betekenen dat personeel minder te doen krijgt en daardoor ook minder exposure krijgt, wat de kwaliteit van de zorg en het werkplezier niet ten goede komt. Wat er ook toe kan leiden dat personeel de ic weer verlaat door een gebrek aan uitdaging. Bovendien gaat deze extra capaciteit ten koste van de rest van de zorg, waar ook sprake is van een personeelstekort. Daarnaast is het noodzakelijke personeel ook niet (op korte termijn) voorhanden; er wordt momenteel ook minder opgeleid dan de ramingen die het Capaciteitsorgaan adviseert. In het IZA was er 35 miljoen euro gereserveerd voor de opschaling naar 1150 ic-bedden. Tot op heden is er nog geen aanspraak gemaakt op deze gelden en is de besteding hiervan nog een lopende discussie.

Veldpartijen willen invulling geven aan capaciteitsvraagstuk van ic

Recentelijk heeft het Zorginstituut de opdracht van VWS teruggegeven om meer inzicht te geven over de benodigde basiscapaciteit van ic, of deze te onderzoeken. Branchepartijen en organisaties missen duidelijkheid over de invulling en organisatie van een (landelijke) ic-basiscapaciteit. Op dit moment zetten veldpartijen hier samen stappen in. Zij hebben gezamenlijk een brief aan de minister gestuurd waarin zij hun commitment uitspreken om samen aan de slag te gaan met een werkagenda om te komen tot kaders voor een toekomstbestendig ic-landschap. Hierin proberen zij gezamenlijk de discussie te beslechten over de benodigde basiscapaciteit ten behoeve van reguliere zorgvraag, maar ook weerbaarheid bijvoorbeeld ten tijde van een pandemie. De veldpartijen zijn het erover eens dat de complexiteit van het vraagstuk rondom ic-beschikbaarheid om meer vraagt dan het vaststellen van een bepaald aantal ic-bedden. Dit vraagt om een 'harmonicamodel' waarin het mogelijk is om flexibel ic-bedden op te schalen wanneer de situatie daarom vraagt. Voorwaarde hiervoor is tenminste de beschikbaarheid van voldoende en goed opgeleid personeel, dat het reguliere ic-personeel kan ondersteunen wanneer dat nodig is.

Discussie over volwaardigheid en (regionale) functie van ic's van belang

Het is belangrijk dat er op korte termijn meer duidelijkheid komt over het capaciteitsvraagstuk van ic's. Dit vanwege de grote invloed die het heeft op de organisatie van toekomstbestendige ic-zorg. Op dit

moment zien we nog maar beperkt beweging in het ic-landschap. Terwijl het nog een open vraag is of alle ic's (in hun huidige vorm) ook in de toekomst volwaardig moeten blijven bestaan. Een discussie over het al dan niet verdwijnen van ic-locaties dient ook in samenhang bezien te worden met de regionale functie van een instelling en een toekomstbestendig zorgaanbod in de regio. Het openhouden van iedere ic is hierbij geen doel op zichzelf. Uiteraard moet daarbij rekening worden gehouden met het borgen van voldoende reguliere basiscapaciteit, toegankelijkheid, kwaliteit, expertise en opleidingspotentieel. Daarbovenop is het msz-landschap in beweging door de ontwikkeling richting Spreiding & Concentratie. Hierbij ontstaat er meer differentiatie in type instellingen. Kijkend naar de (toekomstige) functie van verschillende type ziekenhuizen in de regio en welke vorm daar passend bij is, is het nog een vraag in hoeverre iedere ic in de toekomst als een (volwaardige) ic zal blijven bestaan, Een veranderend msz-landschap zou kunnen betekenen dat niet elke zorgaanbieder in de toekomst een volwaardige afdeling ic meer heeft.

3.6 Conclusie

De grootste uitdaging in de ic-zorg is de spanning tussen enerzijds steeds minder ic-opnamen omdat de ic-zorgvraag afneemt en anderzijds het moeten voldoen aan de minimale formatie, omvang en kwaliteitseisen om als ic operationeel te kunnen blijven. De afgenomen zorgvraag, samen met het tekort aan verpleegkundig ic-personeel en de huidige bekostiging op basis van productie, leidt er namelijk toe dat bij een te lage bezettingsgraad ic-bedden structureel verdwijnen. Vooral bij kleinere ic-afdelingen leidt dit tot problemen in doelmatigheid en kwaliteit. De positieve ontwikkeling van het voorkomen van de ic-zorgvraag staat daarmee op gespannen voet met het risico dat ic-afdelingen op termijn niet meer operationeel houdbaar zijn.

De huidige bekostiging van ic past niet goed bij de gewenste ontwikkeling van de ic-zorg, waarbij er minder productiegericht wordt gewerkt en meer wordt ingezet op het voorkomen van een ic-opname door zorg te leveren buiten de muren van de ic. Ook geeft de bekostiging een risico op te veel afschaling van de ic-capaciteit en is de ic-zorg mogelijk intern verlieslatend voor instellingen. Dit knelpunt vanuit de bekostiging wordt ondervangen in de contractering door afdoende financiële (totaal)afspraken op instellingsniveau te maken. Daarentegen worden er in de contractering weinig inhoudelijke afspraken over de ic-zorg gemaakt.

Verder zien we nog weinig beweging in het ic-landschap, ook wordt er regionaal te beperkt samengewerkt.

De ic is een integraal en verweven onderdeel van de medisch specialistische zorg in ziekenhuizen. Een discussie over toekomstbestendige ic-zorg kan dan ook niet los worden gezien van de aanpalende zorg van het ziekenhuis. Het openhouden van iedere ic is hierbij geen doel op zichzelf, maar voldoende reguliere basiscapaciteit, toegankelijkheid, kwaliteit en opleidingspotentieel moeten geborgd blijven. Veldpartijen missen duidelijkheid en besluitvorming over de invulling en organisatie van een (landelijke) ic basiscapaciteit. Ze zijn een werkagenda gestart, gericht op een toekomstbestendig ic-landschap. Hierbij is het belangrijk dat toegankelijkheid van ic-zorg is geborgd, de outreachtende functie en (regionale) samenwerking wordt gestimuleerd, in samenhang met ontwikkelingen in het msz-landschap.

Doelen voor de ic-zorg en het ic-landschap:

In dit kader zien wij een viertal doelen voor de toekomst van de ic-zorg in Nederland:

1. Het borgen van de toegankelijkheid van ic-zorg;
2. Het stimuleren van de inzet van ic-zorg buiten de muren van de ic;
3. Het verbeteren van de regionale samenwerking en optimale inzet van personeel;
4. Ic-zorg in samenhang met ontwikkelingen in het msz-landschap te beschouwen.

4 Hoe kan budgetbekostiging vorm krijgen voor ic?

4.1 Inleiding

Zoals beschreven in hoofdstuk 1 heeft de NZa op basis van het regeerprogramma kabinet-Schoof opdracht gekregen om advies uit te brengen over budgetbekostiging voor de seh, acute verloskunde en ic. Inmiddels zijn de uitvoeringsadviezen over budgetbekostiging seh en acute verloskunde uitgebracht en gepubliceerd:

- [Uitvoeringsadvies budgetbekostiging spoedeisende hulp en acute verloskunde deel 1](#) (februari 2025)
- [Uitvoeringsadvies budgetbekostiging spoedeisende hulp deel 2](#) (juli 2025)
- [Uitvoeringsadvies budgetbekostiging acute verloskunde deel 2](#) (oktober 2025)

Dit advies voor de ic maakt gebruik van dezelfde theoretische basis over budgetbekostiging als de adviezen over seh en acute verloskunde, maar dan uiteraard specifiek toegespitst op ic. Daar waar dit leidt tot een andere aanpak, andere stappen of uitgangspunten proberen wij dit zo duidelijk mogelijk aan te geven, zodat zowel de samenhang als de verschillen tussen seh, acute verloskunde en ic goed te volgen zijn.

Algemene insteek budgetbekostiging: capaciteit staat centraal (niet de geleverde zorg)

Budgetbekostiging is een vorm van beschikbaarheidsbekostiging en kan worden ingezet om een bepaalde soort zorg en de daarbij behorende ondersteunende structuur en activiteiten te bekostigen. In tegenstelling tot prestatiebekostiging staat hierbij niet de hoeveelheid geleverde zorg centraal, maar wordt een bepaalde capaciteit vergoed en toegankelijk gehouden ongeacht de zorgvraag. Daarbij schaalt het vaste budget dus niet direct mee met een stijging of daling van de geleverde zorg, maar is de insteek dat het budget de capaciteit bekostigt die nodig is om de zorgvraag te kunnen opvangen. Op die manier geeft een budgetbekostiging zorgaanbieders financiële zekerheid. Dit maakt de bekostiging tegelijkertijd wel minder flexibel om mee te bewegen met ontwikkelingen in de zorgvraag, bij de huidige prestatiebekostiging op basis van ic-ligdagen gebeurt dit automatisch.

4.2 Stappenplan

In het uitvoeringsadvies voor budgetbekostiging seh en acute verloskunde (deel 1) hebben we een stappenplan geschetst voor de invoering van budgetbekostiging. Dit geeft de randvoorwaardelijke processen en verschillende keuzes weer die gemaakt moeten worden voordat een budgetbekostiging kan worden ingevoerd. Een wenselijke eerste stap om budgetbekostiging in te voeren die zoveel mogelijk maatschappelijke meerwaarde geeft, is een inhoudelijk en zorg gedreven discussie en koppeling van de budgetbekostiging aan de doelen en gewenste verandering van de ic-zorg.

Hieronder is het stappenplan weergegeven voor invoering van budgetbekostiging voor ic. Qua stappen is dit identiek aan het stappenplan voor seh en acute verloskunde, alleen de eerste stap kent een iets andere invulling. De insteek van deze eerste stap is wel hetzelfde als bij seh en acute verloskunde, namelijk dat een budgetbekostiging zo wordt vormgegeven dat het bijdraagt aan toekomstbestendige zorg. Bij seh hebben we hierbij specifiek geadviseerd over een normenkader voor de beschikbaarheid van seh's, voor de ic is deze invulling anders, dit lichten we in paragraaf 4.3 toe.



Figuur 4.1: Stappen om budgetbekostiging voor ic in te voeren

4.3 Bijdrage aan toekomstbestendige ic-zorg

Een belangrijke eerste stap om budgetbekostiging van zoveel mogelijk maatschappelijke meerwaarde te laten zijn, is de koppeling van budgetbekostiging aan de doelen en gewenste verandering voor de ic-zorg.

Invoering van budgetbekostiging is op zichzelf een heel algemeen en breed instrument. Het instrument geeft ruimte voor allerlei mogelijkheden in de praktische invulling. Bijvoorbeeld budgetbekostiging voor een hele kleine of juist grote afbakening, uniforme budgetten of gedifferentieerd naar type aanbieders, volume of inhoud, etc. Daarom is het essentieel om vanuit een goede inhoudelijke en zorg gedreven discussie de budgetbekostiging zoveel mogelijk te richten op het bijdragen aan de gewenste verandering en doelen. Zodat een budgetbekostiging een toekomstbestendige organisatie van de zorgvorm ondersteunt.

Een budgetbekostiging invoeren zonder dat te verbinden aan een doel zal in de meeste gevallen geen meerwaarde hebben. Sterker nog, een risico van invoering van een budgetbekostiging zonder deze essentiële stap is dat een budgetbekostiging dan juist de gewenste beweging in de weg kan zitten door de status quo vast te zetten. Een budgetbekostiging op basis van de huidige situatie zonder duidelijke koppeling met toekomstbestendige zorg is daarom onwenselijk.

Toekomstbestendige ic-zorg

Voor dit advies over de ic-zorg hebben wij een aantal doelen meegekregen van de Minister. Via interviews, werkbezoeken, verdiepende bureau-overleggen met de branchepartijen en eigen onderzoek hebben we informatie opgehaald welke knelpunten er nu spelen en wat de gewenste beweging en

doelen zijn voor de ic-zorg (zie hoofdstuk 3). In hoofdstuk 5 gaan we hier nader op in en toetsen we hoe een budgetbekostiging voor ic zou kunnen bijdragen aan deze doelen.

Leeswijzer rest hoofdstuk 4

De rest van dit hoofdstuk richt zich op de technische en juridische kant van de vormgeving van de budgetbekostiging, dit zijn stappen 2 t/m 4 uit het stappenplan. Hierbij kijken we achtereenvolgens naar de volgende punten:

Vormgeving budgetbekostiging ic	Paragraaf
1. Afbakening budget	4.4
2. Vormgeving wet- en regelgeving	4.5
3. Bekostigingsmodellen	4.6
4. Financiering van het budget	4.7
5. Uitkomsten	4.8
6. Schoning van het budget	4.9
7. Inrichting technische systemen	4.10
8. Inkoop in representatie	4.11
9. Effect op risicoverevening	4.12
10. Effect op eigen risico	4.13
11. Tijdpad	4.14

4.4 Afbakening budgetbekostiging ic

In deze paragraaf gaan we in op de afbakening van de budgetbekostiging voor de ic. Hierbij kijken we naar twee stappen:

- 1 Wie komt er in aanmerking voor een budget (**wie**)
- 2 Zorginhoudelijke afbakening budget (**wat**)

4.4.1 Wie komt in aanmerking voor een budget?

Het is van belang dat duidelijk is voor wie de budgetbekostiging geldt. Net zoals we voor de seh en acute verloskunde adviseerden, is voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars en voor de NZa van belang dat voorafgaand aan het jaar duidelijk is wie aanspraak maakt op het budget. De minister heeft als uitgangspunt meegegeven dat de budgetbekostiging voor alle huidige ic-afdelingen gaat gelden.

Voor zowel zorgaanbieders en zorgverzekeraars, als voor de NZa, is het van belang dat er uiterlijk 1 juli van jaar t-1 duidelijkheid is welke ic-afdelingen in jaar t in aanmerking komen voor de budgetbekostiging. Er zal dan ook een lijst moeten komen die jaarlijks tijdig wordt bijgewerkt zodat er geen discussies ontstaan over welke ic-afdelingen wel of niet onder de budgetbekostiging vallen. Het is ook van belang om te weten onder welke voorwaarden en door welke partij er ic-afdelingen aan deze lijst kunnen worden toegevoegd en afgehaald. We merken daarbij op dat een budgetbekostiging ic voor alleen bepaalde ic-afdelingen, zoals bijvoorbeeld de kleinere ic's, juridisch niet mogelijk is (conform Wmg kan een aanwijzing niet voor een individuele zorgaanbieder gelden). Als budgetbekostiging voor de ic wordt ingevoerd gaat dit gelden voor alle ic-afdelingen die voldoen aan de voorwaarden.

4.4.2 Zorginhoudelijke afbakening budget

Voor uitvoering van een budgetbekostiging voor ic 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/of welke bemensing/middelen (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. De kostendekkendheid van het budget is ook van belang, zodat voldaan kan worden aan het doel van de Minister om met budgetbekostiging de toegankelijkheid van ic-zorg te garanderen door financiële zekerheid te bieden.

Voor deze afbakeningsstap is de volgende vraag relevant:

Vraag afbakening:

Welke afbakening van de ic moet straks worden bekostigd via de in te voeren budgetbekostiging voor de ic?

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

4.4.3 Algemene richting voor de afbakening

In de opdracht voor dit advies vraagt de Minister ons om te onderzoeken hoe een budgetbekostiging voor de ic zo snel mogelijk vorm kan krijgen. Zoals beschreven in 1.2 heeft de minister daarmee twee doelen:

- De toegankelijkheid van IC-zorg te garanderen door ziekenhuizen financiële zekerheid te bieden
- De flexibiliteit en robuustheid van IC-zorg te versterken, met name voor situaties van een tijdelijke verhoging van de zorgvraag (niet-pandemisch).

De minister vraagt ons om daarbij uit te gaan van twee varianten voor de organisatie van de ic:

Variante 1: De variant dat voor de organisatie van de ic wordt uitgegaan van de onderstaande beschrijving, in combinatie met het 'stroomdiagram Figuur 1' in de 'Kwaliteitsstandaard Organisatie van Intensive Care': *'Een patiënt met één of meer acuut bedreigde of verstoorde vitale functies, waarbij continue monitoring noodzakelijk is en behandeling van een in potentie omkeerbare aandoening kan leiden tot herstel van vitale functies'*

Variante 2: De variant waarbij wordt uitgegaan van de beoogde ic-organisatie die voortkomt uit het traject met het Zorginstituut, indien reeds beschikbaar.

Uit het traject met het Zorginstituut is geen richting gekomen voor de beoogde ic-organisatie. Daarom gaan wij in dit advies uit van de organisatie van de ic zoals hierboven beschreven onder de eerste variant. Met deze context in het achterhoofd hebben wij in bureau-overleggen met de betrokken veldpartijen (NVZ, UMCNL, ZN, V&VN-IC en NVIC) de mogelijkheden besproken voor de vormgeving van de budgetbekostiging. We constateren dat de volgende punten bij de totstandkoming van de afbakening van belang zijn:

1. **Volledige ic-afdeling:** bij de afbakening van budgetbekostiging voor ic is het belangrijk dat deze afbakening de volledige ic-afdeling dekt. Dit is ook het uitgangspunt van de opdracht van de minister, zoals hierboven beschreven onder variant 1. Wanneer de afbakening slechts een gedeelte van de ic-afdeling dekt, zoals een minimale ic-voorziening, dan draagt een budgetbekostiging niet tot nauwelijks bij aan het doel van de minister om de toegankelijkheid van de ic-zorg te garanderen door financiële zekerheid te bieden. Immers dekt de budgetbekostiging dan slechts een klein

gedeelte van de ic-capaciteit. Ook voor een bijdrage aan de flexibiliteit en robuustheid van de ic-zorg is het belangrijk dat het budget de hele ic-afdeling dekt, aangezien dit juist gaat om het opvangen van verhoogde zorgvraag. We werken daarom geen afbakeningsscenario voor een minimale ic-voorziening uit in dit advies.

2. **Variatie in omvang:** de organisatie van ic-zorg in Nederland kent grote variatie in omvang. De grootte van ic-afdelingen loopt sterkt uiteen van ic-afdelingen van 4 operationele ic-bedden tot een ic-afdeling met operationele 50 ic-bedden. Om de kosten van de verschillende ic-afdelingen te kunnen dekken via de budgetbekostiging is het noodzakelijk om in de afbakening van het budget te differentiëren naar de omvang van een ic-afdeling.
3. **Variatie in inhoud:** naast de variatie in de omvang van ic-afdelingen zijn er ook grote zorginhoudelijke verschillen tussen de ic-afdelingen in Nederland. Hierin zijn onder andere qua patiëntenpopulatie en functie (zoals traumafunctie in de regio) verschillende typen ic-afdelingen te onderscheiden. Het grootste onderscheid zit hem in het type patiënten dat de op de ic wordt opgenomen. Zoals eerder in Hoofdstuk 2 toegelicht, ligt twee derde van de patiënten vanwege acute zorgbehoefte op de ic. De overige één derde van de patiënten ligt op de ic vanwege monitoring na een geplande grote operatie. De verhouding acuut en planbaar kan per ic verschillen afhankelijk van de functie van het ziekenhuis in de regio en de hoeveelheid zwaardere operaties waarbij tijdelijke opname op de ic nadien noodzakelijk is. Om recht te doen aan de grote inhoudelijke verschillen tussen patiëntpopulaties op de verschillende ic-afdelingen is het belangrijk dat de afbakening van de budgetbekostiging hier voor differentieert.

Vormgeving differentiatie

Zoals we hierboven beschrijven is het belangrijk dat een budgetbekostiging voor de ic differentieert voor de omvang en inhoud van de ic-afdeling. Praktisch zou het voor de ic enorm complex zijn om een budgetbekostiging vorm te geven die goed recht doet aan alle verschillen in omvang en functie. Deze dubbele differentiatie maakt de budgetbekostiging ook een complex systeem en verhoogt de administratieve lasten van ziekenhuizen en verzekeraars.

4.4.4 Conclusie over de afbakening

Samenvattend, zien we dat een afbakening voor de budgetbekostiging ic aan vier punten moet voldoen, om bij te dragen aan de doelen van de minister en om recht te doen aan de ic-zorg in Nederland:

- 1 De budgetbekostiging gaat voor alle huidige ic-afdeling gelden (uitgangspunt minister);
- 2 De afbakening moet de volledige ic-afdeling dekken;
- 3 De afbakening moet differentiëren naar omvang van de ic-afdeling;
- 4 De afbakening moet differentiëren naar de inhoud van de ic-afdeling.

4.5 Vormgeving wet- en regelgeving

De NZa heeft voorafgaand aan de invoering van de budgetbekostiging voor de ic een aanwijzing van het Ministerie van VWS nodig. Wij gaan uit van invoering per 1 januari van een nog nader te bepalen jaar. Met de samenloop met de medisch specialistische zorg-bekostiging en de in te voeren regelgeving, is het niet wenselijk als een budgetbekostiging gedurende het jaar wordt ingevoerd.

4.6 Methode voor totstandkoming budget

Op basis van het geschetste scenario voor de afbakening van het budget is de volgende stap de vormgeving van het bekostigingsmodel. Voor de gedifferentieerde afbakening van de hele ic-afdeling zien wij globaal twee methodes waarmee we de uiteindelijke hoogte van het budget bepalen. Dit kunnen we doen door het ic-budget te bepalen op basis van individuele daadwerkelijke kosten, of we kunnen dit doen via een landelijke budgetmodel met genormeerde parameters.

Invulling methode totstandkoming budget

Optie 1 – Individuele bepaling budget per ic-afdeling (op basis van individuele kostprijsgegevens)

Optie 2 – Landelijk budgetmodel met differentiatie naar omvang en inhoud ic-afdeling

Individuele bepaling budget per ic-afdeling

Bij deze methode bepalen we de hoogte van het ic-budget voor elke individuele ic-afdeling op basis van de huidige inrichting en kosten van de ic-afdeling. Deze methode houdt rekening met de verschillen in omvang en inhoud tussen de verschillende ic-afdelingen. Het individuele budget per ic-afdeling kunnen we baseren op de kostprijsgegevens van de betreffende ic-afdeling. Deze kostprijsgegevens zijn al voorhanden, want deze worden jaarlijks aangeleverd voor de huidige bekostiging via de ic-ligdagen ozp's. Deze individuele bepaling zou dan een startpunt kunnen zijn voor de lokale budgetafpraak tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraars. In deel 1 van het advies nemen wij nog niet een standpunt in over of het wel of niet wenselijk is om onderhandelingsruimte in het budget te houden. Dit is een vraagstuk voor een eventueel deel 2 advies.

Landelijk gedifferentieerd budgetmodel

Bij deze methode hanteren we één gedifferentieerd budgetmodel. Dit budgetmodel bouwen we op aan de hand van budgetparameters met genormeerde bedragen. Hierbij vullen we de budgetparameters per ic-afdeling met de betreffende waarden. Dit kunnen bijvoorbeeld parameters zijn voor de benodigde hoeveelheid personeel, het aantal bedden, bepaalde materiele kosten of kapitaallasten etc.

Door de budgetparameters op deze manier per ic-afdeling in te vullen, differentieert het budgetmodel naar de omvang en inhoud van de ic-afdelingen. De hoogte van het budget hangt dus af van de omvang van de ic-afdeling (bijvoorbeeld de omvang van het benodigde team aan ic-personeel of aantal ic-bedden) en de inhoud van de ic-afdeling (bijv. op basis van verhouding planbare chirurgische patiënten versus acuut opgenomen patiënten).

Nadere uitwerking

In dit advies verkennen wij alleen de mogelijkheden om een budgetbekostiging voor ic in te voeren. Nadere uitwerking en invulling van de methode voor de bepaling van het budget is daarom in dit stadium nog niet aan de orde. Hiervoor is duidelijkheid over de afbakening van het budget nodig. Indien de minister besluit om budgetbekostiging voor de ic in te voeren en ons duidelijkheid geeft over de afbakening van de budgetbekostiging, zullen wij dit verder uitwerken.

4.7 Financiering van het budget

Behalve het vaststellen van het ic-budget op basis van de afbakening en het gekozen bekostigingsmodel, moeten we ook bepalen hoe de zorgaanbieder het budget ontvangt. Dit noemen we

de financiering. De financiering gaat om de geldstroom die ter dekking van het ic-budget dient. Het gaat dus niet om de hoogte of de totstandkoming van de hoogte van het budget, maar om hoe het ziekenhuis de geldstroom (de opbrengsten) ten behoeve van het budget ontvangt van de zorgverzekeraar.

In theorie zijn er twee financieringsopties:

- Financiering via lumpsum
- Financiering op basis van zorgprestaties (overige zorgproducten)

Financiering via Lumpsum

Bij een lumpsum financiering van het ic-budget betalen de zorgverzekeraars het ziekenhuis periodiek een vast bedrag (bijvoorbeeld per maand of kwartaal). Doordat er geen declaratie op de individuele patiënt plaatsvindt, is ook de verrekening met het eigen risico niet mogelijk. Dit is een probleem, omdat ic-zorg immers niet vrijgesteld is van het eigen risico. Door middel van een lumpsum financiering is het dus niet mogelijk om eigen risico in rekening te brengen bij de individuele verzekerde. Om die reden valt een lumpsum financiering als optie af. Bovendien geldt dat een lumpsum financiering ten koste gaat van de verevenende werking van het risicovereveningsmodel, omdat de kosten van het ic-budget op basis van marktaandeel generiek worden toegerekend aan alle verzekerden van de zorgverzekeraars: er wordt geen onderscheid gemaakt naar daadwerkelijk gebruik van ic-zorg.

Financiering op basis van zorgprestaties

We kunnen het ic-budget ook laten 'vullen' met één of meerdere ic-prestaties. Deze prestaties dienen dan ter dekking van het budget. Op die manier worden de kosten van het ic-budget wel specifiek toegerekend aan de verzekerden die daadwerkelijk gebruik maken van de ic-zorg. De zorgverzekeraar ontvangt hiermee direct de juiste informatie waarmee zij de kosten van het ic-budget op patiëntniveau goed kunnen toerekenen en kunnen laten landen in de risicovereeniging.

De huidige bekostiging van de ic-zorg kent twee overige zorg producten (ozp's) voor ic-ligdagen. Via deze ozp's brengen de ziekenhuizen momenteel de kosten van ic-zorg in rekening bij patiënten die ic-zorg ontvangen. Deze ozp's registreert het ziekenhuis voor elke ic-patiënt. Wij kunnen deze ozp's ten behoeve van de financiering van het budget vrij eenvoudig aanpassen. Bij die aanpassing verandert aan de registratiewijze van de ozp's niks, mogelijk veranderen alleen de tarieven van de ozp's. Maar dit vraagt nadere uitwerking in een eventueel deel 2 advies. Uit die uitwerking zou dan ook moeten blijken of landelijke uniforme tarieven of individuele tarieven per ziekenhuis meer passend zijn. De consequentie bij een financiering op basis van ozp's, is dat er na afloop van het jaar opbrengstverschillen kunnen ontstaan die onderling afgerekend dienen te worden tussen zorgverzekeraars en het ziekenhuis. Deze verschillen ontstaan wanneer de omzet die het ziekenhuis genereert met declaraties van de ozp's afwijkt van de hoogte van het budget dat is vastgesteld. Dit is een extra financiële transactie en daarmee een extra administratieve uitvoering.

4.7.1 Conclusie financiering budget: voorkeur voor ozp's

Vooruitlopend op de uitvoeringsvraagstukken, concludeert de NZa dat de financiering via ozp's met (individuele of landelijke) vaste tarieven zou moeten lopen. De argumentatie hiervoor is:

- Momenteel gelden deze ozp's ook al voor ic-zorg;
- De werkwijze voor zorgverzekeraars in de risicovereeniging. Met de ozp's kunnen zij op een eenduidige en uniforme manier kosten opnemen ten behoeve van de risicovereeniging. Net als bij de huidige bekostiging;
- De zorg is toerekenbaar aan de individuele verzekerde, wat van belang is voor het eigen risico;

- De werkwijze komt overeen met andere sectoren met budgetbekostiging, ook zij kennen een financiering met zorgprestaties (ambulancezorg, acute ggz, huisartsendienstenstructuren, ook geadviseerd voor de seh);
- Financiering met prestaties is in lijn met bekostiging en financiering binnen de Zvw;
- We verwachten dat deze informatiestroom tevens belangrijk is om inzichtelijk te houden welke patiënten gebruik maken van de ic-zorg die onder de budgetbekostiging valt.

We verwachten geen extra registratielast voor de zorgverleners door de ozp's. Dit omdat deze ozp's nu ook al door elke ic-afdeling worden geregistreerd voor de declaraties ten behoeven van de huidige ic-bekostiging.

4.8 Uitkomsten

De beschikbaarheid van informatie over uitkomsten van zorg is een randvoorwaarde voor de invoering van een goedwerkende budgetbekostiging. Beschikbaarheid en transparantie van deze informatie stellen zorgaanbieders en zorgverzekeraars in staat om het (zorg)inhoudelijke gesprek aan te gaan over welke zorg, van welke kwaliteit, er wordt geleverd tegen welke vergoeding. Hiervoor is het noodzakelijk dat partijen bij de invoering van de budgetbekostiging afspraken maken over welke uitkomsten er geregistreerd en gedeeld worden. Dit kan zowel gaan over patiënt-uitkomsten als over proces-indicatoren.

Wij adviseren om te komen tot een minimumset van uitkomsten op landelijk niveau, zodat onderling vergelijken mogelijk wordt. Dit kan het leer- en verbeterproces bij zorgaanbieders onderling verbeteren en als spiegelinformatie gebruikt worden ten behoeve van de inkoop door de representerende zorgverzekeraars. Ook zorgt een landelijke set uitkomsten ervoor dat partijen niet lokaal het wiel opnieuw hoeven uit te vinden, het scheidt duidelijkheid over wat er minimaal verwacht wordt en voorkomt vertraging. Het is in eerste instantie aan partijen zelf om te komen tot een dergelijke set. Het ministerie van VWS kan als dat nodig is dit proces faciliteren, bijvoorbeeld door (onafhankelijke) expertise in te schakelen.

Bij het ontwikkelen van deze set is het belangrijk om te voorkomen dat informatie dubbel wordt uitgevraagd en dat deze zoveel als mogelijk uit de systemen en (kwaliteits)registraties gehaald kunnen worden, zoals bijvoorbeeld de huidige NICE data. Hierdoor worden de administratieve lasten geminimaliseerd. Partijen kunnen lokaal besluiten extra afspraken te maken over aanvullende uitkomsten. In algemene zin vinden wij het belangrijk dat informatie over uitkomsten niet alleen toegankelijk is voor zorgaanbieders onderling, maar ook voor andere belanghebbenden zoals de overheid, zorgverzekeraars en de burger.

Op dit moment is het ook al mogelijk om afspraken te maken over de uitkomsten van ic-zorg binnen de reguliere medisch specialistische zorg-bekostiging en contractering, maar dit gebeurt nog maar beperkt. Uit de bureau-overleggen met de betrokken veldpartijen kwam naar voren dat de ic momenteel beperkt onderwerp van gesprek is in de contractering. Wel worden op dit moment uitkomsten van ic-zorg al geregistreerd in de NICE data. Deze data of andere reeds geregistreerde ic-informatie zou mogelijk actiever kunnen worden ingezet, om inhoudelijke afspraken te maken in de contractering.

NICE data

Alle Nederlandse intensive-care afdelingen (ic) leveren patiëntgegevens aan de NICE registratie met als doel de kwaliteit van de geleverde zorg te meten en waar nodig te verbeteren. Op de website van NICE (www.stichting-nice.nl) zijn gegevens te vinden over de capaciteit van de intensieve zorg in Nederland, het type patiënt dat op de ic wordt opgenomen en enkele kwaliteitsindicatoren.

4.9 Schoning

Bij het invoeren van een nieuwe bekostiging, ontstaat vaak het risico op dubbele bekostiging. Om dit risico te mitigeren, dient de NZa hiervoor te corrigeren (ook wel schonen door de NZa genoemd). Bij invoering van een budgetbekostiging voor de ic, dient de NZa de huidige msz-bekostiging dan ook te schonen voor de hoogte (de kosten) van het budget. Deze schoning is nodig ongeacht of het budget wordt gefinancierd met een lumpsum of met prestaties.

Zoals beschreven in 4.4.3 gaan we ervan uit dat we bij de invoering van de budgetbekostiging de kosten van de volledige ic-afdeling worden gedekt door het budget. Dat betekent dat we dan de huidige ic-producten niet langer opnemen in de msz-bekostiging en regelgeving. Op deze manier is het vrij gemakkelijk om de msz-bekostiging te schonen voor ic-zorg.

Van de outreachende inzet van ic-personeel weten we dat die kosten in de praktijk nu niet worden toegerekend aan de betreffende afdelingen, maar volledig worden geboekt op de ic. Voor deze outreachende inzet van ic-personeel hoeft de bekostiging van de afdelingen dus niet te worden geschoond bij invoering van de budgetbekostiging.

4.10 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.

4.11 Inkoop in representatie

Als een budgetbekostiging voor de ic wordt ingevoerd, zullen zorgverzekeraars de ic niet langer concurrentieel inkopen. Zij zullen dan de budgetbekostiging voor de ic inkopen in representatie via een representatiemodel van ZN. Zorgverzekeraars geven daarbij in ZN-verband vorm aan het representatiemodel en kiezen de representerende zorgverzekeraar(s), dit zijn er doorgaans twee. Dit kan eventueel vastgelegd worden in een convenant. Inkoop in representatie staat op dit moment niet als zodanig in de Wmg. De NZa kan middels beleidsregels voorwaarden, voorschriften en beperkingen verbinden aan een aanvraag voor een tarief of prestatiebeschrijving. Hiermee kan de NZa alsnog voorwaarden scheppen voor inkoop in representatie.

Als een representatiemodel voor de inkoop in representatie van de budgetbekostiging ic wordt vormgegeven, heeft de NZa deze informatie ook nodig bij het vormgeven van de jaarlijkse budgetcyclus. Dit is het jaarlijkse proces van aanvragen en vaststellen van budgetten door de NZa. Hierbij heeft de NZa in ieder geval nodig dat per jaar helder is welke zorgverzekeraars representeren bij welke ic-afdelingen.

4.12 Effect op risicoverevening

Welk effect een budgetbekostiging heeft op de risicoverevening hangt integraal samen met de wijze waarop de financiering van het budget wordt vormgegeven. Zoals beschreven in 4.7 gaan we uit van een financiering via ozp's. Financiering via prestaties past goed binnen de werking van de risicoverevening, want met prestaties kunnen de kosten van het ic-budget specifiek worden toegekend aan de patiënten die gebruik maken van de ic.

4.13 Effect op eigen risico

Net als bij de risicoverevening hangt ook het effect op het verplichte eigen risico direct samen met de keuze op welke manier de financiering van de budgetbekostiging wordt vormgegeven. Hieronder schetsen we globaal de effecten op het verplichte eigen risico voor financiering via ozp's.

Financiering via ozp's

- Bij financiering met de ic-ozp's worden de ozp's voor de ic-ligdagen in rekening gebracht bij de individuele patiënten die deze ic-zorg ontvangen. Daarmee ontstaat dezelfde situatie als nu: het ziekenhuis brengt de ozp in rekening bij de patiënt (of diens zorgverzekeraar) en komt ten laste van diens verplichte eigen risico.
- De hoogte van de huidige ic-ozp tarieven hoeft niet per se hetzelfde te zijn als de hoogte van de ozp's als we die gebruiken voor vulling van het budget (dit hangt af van de afbakening en omvang van het budget). Maar aangezien het tarief per ic-ligdag vele malen duurder is dan het verplichte eigen risico (het 2026 ozp max-tarief is nu €3735,44 (ic-dag type 1) en/of €3765,98 (ic-dag type 2)) gaan we ervan uit dat een facturatie van een ic-bezoek het hele eigen risico in een keer opmaakt.
- Het is daarnaast erg waarschijnlijk dat een patiënt die op de ic komt zijn/haar verplicht eigen risico al heeft opgemaakt, vanwege alle andere zorg ten laste van het eigen risico die al geleverd / geopend is voorafgaand aan het ic bezoek.

Wanneer de tranchering van het verplichte eigen risico per 2027 doorgang vindt, heeft dit invloed op de afrekening van het verplichte eigen risico. Door de tranchering van het verplicht eigen risico per 2027, betekent een financiering met ozp van een budgetbekostiging dat 50 euro per zorgproduct ten laste van het verplicht eigen risico komt. Wanneer we het ic-zorgproduct vormgeven per dag, zal de patiënt bij meerdere ligdagen op de ic ook meerdere malen 50 euro verplicht eigen risico verrekend krijgen. Wanneer we een ozp anders vormgeven, bijvoorbeeld door een meer algemene ozp vorm te geven die éénmaal in rekening wordt gebracht, ondanks de ligduur op de ic, zal er sprake zijn van éénmaal een verrekening van 50 euro met het verplichte eigen risico. We gaan er hierbij vanuit dat het nieuwe ozp een tarief kent van meer dan 50 euro.

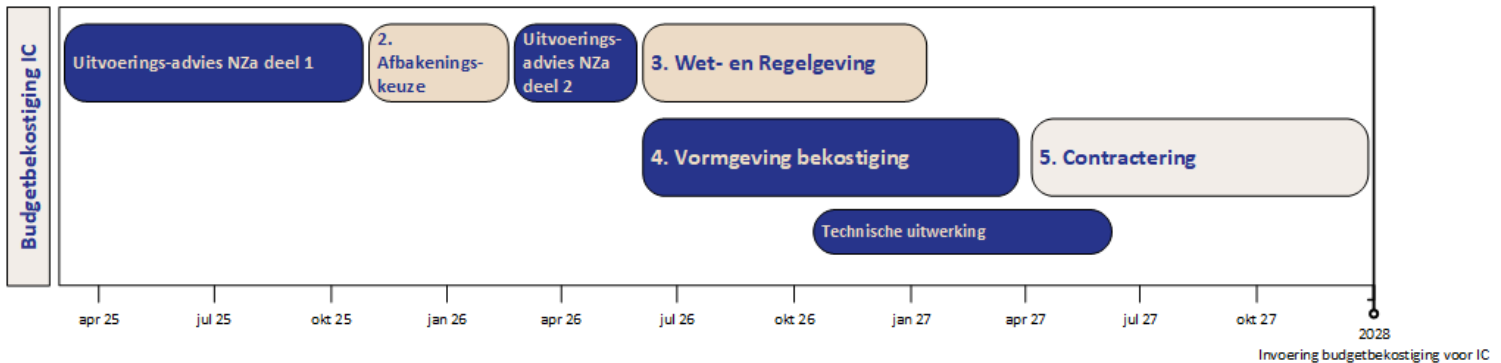
4.14 Tijdpad

We zijn dit hoofdstuk gestart met een aantal wenselijke en vereiste stappen om een budgetbekostiging voor de ic in te voeren. Vervolgens hebben we een richting gegeven voor stap 2 – de afbakening. Op basis van deze richting hebben we geschetst hoe het budget en de financiering eruit kan komen te zien. Daarnaast hebben we de uitvoeringsvraagstukken proberen te beantwoorden op basis van al het voorgaande. In deze sectie maken we de stappen en bijbehorende tijdslijnen zichtbaar. Onderstand figuur ondersteunt hierbij. In deze tijdslijn gaan we uit van het vroegst mogelijke implementatiemoment: 2028. Het jaar 2028 is haalbaar mits aan een aantal voorwaarden wordt voldaan:

- De besluitvorming over een budgetbekostiging voor ic maakt VWS uiterlijk 1 maart 2026 aan ons kenbaar;

- In die besluitvorming geeft VWS de afbakening vorm op basis van de richting die wij hebben beschreven in secties 4.4.3 en 4.4.4;
- De NZa richt de budgetbekostiging in eerste instantie in via werkelijke kosten (optie 1 beschreven onder de methodes uit sectie 4.6), om deze vervolgens uit te breiden naar een landelijk budgetmodel (optie 2 beschreven onder de methodes uit sectie 4.6).

Wanneer niet aan deze bovenstaande voorwaarden wordt voldaan, is implementatie per 1 januari 2028 niet realistisch. Dit betekent dat de tijdslijn langer wordt en dan zal de implementatie op z'n vroegst per 1 januari 2029 zijn.



4.15 Conclusie

Budgetbekostiging is op zichzelf een heel algemeen en breed instrument. Een belangrijke eerste stap om budgetbekostiging van zoveel mogelijk maatschappelijke meerwaarde te laten zijn is de koppeling met de doelen en gewenste verandering voor de ic-zorg. Een risico van invoering van budgetbekostiging zonder deze essentiële stap is dat een budgetbekostiging dan juist de gewenste beweging in de weg kan zitten door de status quo vast te zetten. Daarnaast geldt dat de beschikbaarheid van informatie over uitkomsten van zorg een randvoorwaarde is voor de invoering van een goedwerkende budgetbekostiging.

We concluderen we dat de afbakening van het budget moet voldoen aan:

- 1 De budgetbekostiging gaat voor alle huidige ic-afdeling gelden (uitgangspunt minister);
- 2 De afbakening moet de volledige ic-afdeling dekken;
- 3 De afbakening moet differentiëren naar omvang van de ic-afdeling;
- 4 De afbakening moet differentiëren naar de inhoud van de ic-afdeling.

Voor de financiering van het budget stellen we vast dat dit via zorgprestaties (ozp's) zou moeten lopen. Dit maakt het mogelijk om het budget toe te rekenen aan individuele patiënten. Daarmee sluit de financiering aan bij de werking van het eigen risico en de risicoverevening.

Bij invoering van een budgetbekostiging dient de NZa de huidige bekostiging te schonen voor de kosten van het budget, om dubbele bekostiging te voorkomen. Dit betekent dat de huidige prestaties voor de ic-ligdagen worden geschrapt uit de bekostiging.

Invoering van budgetbekostiging voor de ic is (onder bepaalde voorwaarden) op z'n vroegst mogelijk per 2028.

5 Overwegingen bij invoering budgetbekostiging

5.1 Inleiding

Het vorige hoofdstuk beschreef welke stappen er gezet moeten worden om een budgetbekostiging voor de ic in te voeren en hoe dit kan worden vormgegeven. In hoofdstuk 5 toetsen we onze algemene richting voor de invoering van budgetbekostiging aan de doelstellingen, die met name voortkomen uit de opdracht en uitvoeringsvraagstukken van de minister.

5.2 Beoordelingscriteria bij budgetbekostiging

Uit de opdracht van de minister volgt een aantal criteria waaraan invoering van budgetbekostiging kan worden getoetst. Deze criteria zijn vervolgens getoetst en geoperationaliseerd in de bureau-overleggen met UMCNL, NVZ, NVIC, V&VN, en ZN, waarbij het perspectief van een toekomstbestendig medisch-specialistische zorglandschap is toegevoegd. Op deze wijze zijn de doelen en uitvoeringsvraagstukken geoperationaliseerd tot verschillende beoordelingscriteria bij het invoeren van budgetbekostiging. In tabel 5.1 lichten we deze criteria toe

Tabel 5.1: Beoordelingscriteria budgetbekostiging ic

Losse criteria	
Kwaliteit	In welke mate verwachten we dat er op elke ic-afdeling kwaliteit geleverd kan worden volgens de geldende kwaliteitsstandaard Organisatie van Intensive Care conform de doelstelling van de Minister?
Administratieve lasten beperken	Welk effect verwachten we voor dit scenario op de administratieve lasten?
Betaalbaarheid	
Risico op dubbele bekostiging	In hoeverre zien wij een risico op dubbele bekostiging in dit scenario?
Verschuiving van zorg	In hoeverre leidt de budgetbekostiging tot een verschuiving van zorg waarbij ic-personeel minder ic-zorg gaat leveren en meer overige zorg?
Risico op fouten en fraude	In hoeverre zien wij een risico op fouten en fraude in dit scenario?
Effect op ontwikkeling macro zorgkosten	Welk effect verwachten we voor dit scenario op de ontwikkeling van de macro zorgkosten medisch specialistische zorg?
Financiële zekerheid en toegankelijkheid	
Financiële zekerheid ziekenhuis	In welke mate draagt het scenario bij aan de financiële zekerheid van het ziekenhuis?

Toegankelijkheid ic-zorg	In welke mate draagt het scenario bij aan de toegankelijkheid van ic-zorg en het bewaken van de ondergrens om als kleine ic's operationeel te kunnen blijven?
Flexibiliteit en robuustheid ic-zorg	In welke mate draagt het scenario bij aan de flexibiliteit en robuustheid van ic-zorg, met name bij verhoogde reguliere zorgvraag? (NB: niet bij pandemische paraatheid, dat is buiten beschouwing)
Samenwerking en inzet personeel	
Samenwerking ic en rest ziekenhuis en stimuleren ic als functie	In hoeverre stimuleert de budgetbekostiging de samenwerking tussen de ic en de rest van het ziekenhuis en de inzet van de ic als functie (buiten de muren van de ic-afdeling)?
Samenwerking tussen ziekenhuizen	In hoeverre stimuleert de budgetbekostiging de samenwerking tussen ziekenhuizen onderling op het gebied van ic-zorg?
Impact op capaciteit en continuïteit rest ziekenhuis	Welk effect verwachten we dat de budgetbekostiging heeft op de capaciteit en continuïteit van de overige afdelingen en onderdelen van het ziekenhuis?
Arbeidsmarkt	Welk effect heeft budgetbekostiging op de optimale inzet van zorgprofessionals en het omgaan met / tegengaan van personeelstekorten?
Passende bekostiging	
Past de bekostiging bij de zorglevering	In hoeverre past de bekostiging bij de manier waarop de zorg geleverd wordt? Is de bekostiging kostendekkend, en sluit de bekostiging aan bij de verschillen in inhoud en omvang tussen de verschillende ic-afdelingen?
Ruimte om bij te sturen met de bekostiging	In hoeverre heeft dit scenario invloed op de ruimte om bij te sturen met de bekostiging?
Doelmatigheid en prikkels	Wat is het gevolg van invoering van budgetbekostiging op de doelmatigheid en de financiële prikkels?
Toekomstbestendig msz-landschap	In hoeverre draagt de invoering van budgetbekostiging bij aan een toekomstbestendig msz landschap?
Zorginkoopmarkt	
Integraliteit tussen ic en overige ziekenhuiszorg	Welk effect verwachten we dat de budgetbekostiging met inkoop in representatie heeft op de integraliteit tussen de ic en de overige ziekenhuiszorg?
Marktwerking in de zorg verminderen	In hoeverre draagt de budgetbekostiging met inkoop in representatie bij aan het verminderen van de marktwerking in de zorg?
Overige effecten zorginkoopmarkt	Wat zijn de gevolgen voor het contracteerproces van zorgverzekeraars, ook in relatie tot de rest van het ziekenhuis?

5.3 Realisatie beoordelingscriteria

In onderstaande tabel 5.2 beschrijven we het verwachte effect van de invoering van een vorm van budgetbekostiging voor ic ten opzichte van de huidige situatie.

Tabel 5.2: Beoordeling verwachte effecten budgetbekostiging

Criteria	Beoordeling
Kwaliteit	Wij verwachten dat budgetbekostiging geen direct effect op kwaliteit heeft. Budgetbekostiging is niet expliciet gekoppeld aan andere zorglevering of wijziging in organisatie van zorg. Verder moet de ic-zorg nu ook al aan geldende kwaliteitseisen voldoen.
Administratieve lasten beperken	Voor invoering van een budgetbekostiging verwachten we een tijdelijke toename in administratieve lasten voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Dit komt onder andere door de overgang naar inkoop in representatie, aanpassingen in het contracteerproces en eventuele aanpassingen in de bedrijfsvoering. Voor de structurele administratieve lasten verwachten we een (lichte) stijging vanwege de nieuwe budgetcyclus. De omvang hiervan valt nu nog niet te duiden, aangezien dit afhangt van de nog ontbrekende nadere invulling van de budgetbekostiging. Indien partijen een schaduwboekhouding bijhouden (vanwege bijv. historische vergelijking) betekent dit een toename van de administratieve last.
Risico op dubbele bekostiging	Voor een budgettair neutrale invoering van budgetbekostiging is het van belang om dubbele bekostiging te voorkomen door de kosten van het budget te schonen uit de huidige bekostiging. De huidige ic-bekostiging bestaat uit twee ic-ligdag OZP's, we verwachten daarom dat het goed mogelijk is om de kosten van de budgetbekostiging te schonen. Tegelijkertijd kan een verschuiving van kostenplaatsen, vanuit het door het budget gedekte deel naar het declarabele deel van de ziekenhuiszorg, een risico op dubbele bekostiging opleveren. In dat licht is er aan de andere kant, voorafgaand aan het vaststellen van het budget, een prikkel bij instellingen om de kosten van de ic-afdeling juist zo hoog mogelijk voor te stellen.
Verschuiving van zorg	Met een vast budget voor ic-zorg zijn de kosten van de ic-zorg al gedekt, ongeacht hoeveel ic-zorg het ziekenhuis levert. Dit zou in theorie de prikkel kunnen geven om te proberen minder ic-zorg te leveren (er is immers een budgetgarantie), en die capaciteit in te zetten voor overige zorglevering die wel een stijging geeft van de omzet (i.e. het ondersteunen van zorg op verpleegafdelingen waardoor daar mogelijk zwaardere zorgproducten worden gedeclareerd). Of dit ook zal plaatsvinden is op voorhand niet te zeggen. Het ic-budget wordt uiteindelijk bepaald op basis van de budgetparameters, niet direct op het historische opbrengstenniveau van de ic. Het risico bestaat dat ziekenhuizen andere zorg prioriteren en/of juist sturen op de budgetparameters die het hoogst mogelijke budget opleveren, wat niet per se doelmatige zorgverschuiving tot gevolg heeft. Bij een budgetbekostiging moeten die parameters en eventuele verplichtingen opgenomen worden in de regelgeving, waar dat in een concurrentiële inkoopmarkt door de zorgverzekeraar kan worden gedaan.
Risico op fouten en fraude beperken	Op dit moment is de invulling van de budgetbekostiging nog niet concreet genoeg om te duiden in hoeverre dit risico speelt.
Effect op ontwikkeling macrokosten	Met invoering van een budgetbekostiging wordt de huidige organisatie ic in eerste instantie vastgezet, waarbij elke ic-afdeling een vast budget ontvangt. De hoogte van

	<p>het budget wordt dan niet meer gebaseerd op de vraag naar ic bedden, maar op de kosten van de ic-afdeling. Dit terwijl de ic-ligdagen een trendmatige daling over de jaren heen kennen. De huidige prestatiebekostiging beweegt evenredig mee met een afnemende zorgvraag indien deze trend zich voortzet. Terwijl dit bij een vast budget lastiger is. Dit kan tot hogere macrokosten leiden. Hierbij speelt ook mee in welke mate een verdere daling wenselijk is (indien het 'meebewegen' is met de verminderende ic-zorgvraag) of onwenselijk is (indien een ic op een bepaalde locatie hierdoor niet meer operationeel houdbaar is).</p>
Financiële zekerheid ziekenhuis	<p>Het vaststellen van een budget betekent financiële zekerheid en maakt financiële bedrijfsvoering eenvoudiger. De vergoeding voor ic-zorg is namelijk gegarandeerd en niet meer direct afhankelijk van de hoeveelheid ic-zorg die wordt geleverd. De omvang van dit effect hangt af van de omvang van het ic-budget. Daarbij kan budgetbekostiging ook juist financiële onzekerheid geven als er een hogere zorgvraag is dan dat binnen het budget valt, bijvoorbeeld als gevolg van een herverdeling van complexe zorg vanuit de beweging Spreiding & Concentratie msz.</p>
Toegankelijkheid ic-zorg	<p>Dit hangt samen met criterium financiële zekerheid voor ziekenhuizen. Door ic-afdelingen de financiële zekerheid te geven dat de kosten van hun ic-capaciteit met een vast budget gedekt worden ongeacht de zorglevering, wordt geborgd dat een ic niet omwille van financiële redenen hoeft te sluiten, waardoor de toegankelijkheid van ic-zorg en andere zorg in het gedrang zou kunnen komen. Dit betreft dan met name kleinere, regionale ic-afdelingen. Grotere aanbieders hebben meer buffer om een terugloop op te vangen, en wij zien daar niet zozeer een effect. Met budgetbekostiging wordt effectief een financiële ondergrensbewaking gegarandeerd, want ook als er een lage bezettingsgraad is zijn de kosten van de ic gedekt door het budget. Echter kan budgetbekostiging ic op zichzelf niet zozeer de toegankelijkheid garanderen. Aangezien de toegankelijkheid van de ic niet zozeer onder druk staat vanwege de financiële onzekerheid. De primaire reden waarom het aantal ic-bedden afneemt is vanwege een afnemende vraag naar ic-zorg in combinatie met schaars verpleegkundig ic-personeel.</p>
Flexibiliteit en robuustheid ic-zorg	<p>Met een vast budget zijn de kosten van de ic-capaciteit door het jaar heen gedekt, zowel in tijden van weinig zorgvraag als in tijden van een verhoogde zorgvraag. De insteek is dat het budget de capaciteit bekostigt die nodig is om de zorgvraag te kunnen opvangen. Maar een vast budget schaal niet direct mee met een stijging of daling van de geleverde zorg. Een prestatiegerichte bekostiging past beter bij een flexibele zorgvraag: immers wordt er afgerekend per geleverde prestatie, zonder dat een jaarlijks proces achteraf daarvoor budget moet garanderen. Dit maakt budgetbekostiging minder flexibel om mee te bewegen met ontwikkelingen in de daadwerkelijk geleverde zorgvraag. De huidige prestatiebekostiging schaal namelijk automatisch op- en af in lijn met de zorglevering. Indien de kosten van de ic boven het vastgestelde budget uitstijgen, komt er dus niet meer budget bij (in tegenstelling tot bij prestatiebekostiging), waardoor de flexibiliteit wordt beperkt.</p> <p>De pandemische paraatheid is buiten scope van deze doelstelling, daarmee gaan we ervan uit dat de kosten die door het ic-budget worden gedekt toereikend zijn om de flexibiliteit en robuustheid van ic-zorg in reguliere situaties te borgen.</p> <p>In algemene zin speelt bij flexibiliteit en robuustheid van ic-zorg ook nog de centrale afweging tussen beschikbaarheid en doelmatigheid. Indien er met de budgetbekostiging wordt ingezet op extra marge voor flexibiliteit en bij verhoging</p>

	<p>zorgvraag, vergroot dit de beschikbare capaciteit om dat op te vangen, maar maakt dit het budget wel minder doelmatig.</p>
<p>Samenwerking ic en rest ziekenhuis en stimuleren ic als functie</p>	<p>Met een vast budget wordt de ic als functie gestimuleerd, omdat de bekostiging niet meer direct gebaseerd is op de productie van de ligdagen. Dit geeft het ic-personeel de ruimte om mee te werken op andere afdelingen en juist ic-opnames te voorkomen. Dit draagt bij aan de samenwerking tussen de ic en de rest van het ziekenhuis en aan preventie en passende zorg. Op dit moment kunnen zorgverzekeraars in de contractering hier ook al concrete afspraken over maken met ziekenhuizen, waarbij financiële afspraken (zoals aanneemsommen) dit ondersteunen. Echter gebeurt dit momenteel maar op zeer beperkte schaal.</p>
<p>Samenwerking tussen ziekenhuizen</p>	<p>Een vast budget voor ic-zorg kan effect hebben op de ruimte voor samenwerking als het gaat om het regionaal spreiden en overdragen van ic-patiënten als een bepaalde afdeling het heel druk of juist heel rustig heeft. Het effect kan in theorie beide kanten op werken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Door een vast budget staan de ic inkomsten vast en wordt een ziekenhuis in drukke tijden meer gestimuleerd om een patiënt over te dragen of goed samen te werken, dit kost immers geen ic-ligdag omzet meer (makkelijker overdragen patiënt). • Door een vast budget staan de ic inkomsten vast, daarmee is het opnemen van ic-patiënten van een ander ziekenhuis niet lonend. Dit kost wel extra inzet van ic-personeel en middelen, maar levert geen extra vergoeding meer op (minder makkelijk overnemen patiënt). <p>Het is op voorhand lastig te duiden welke van deze beide effecten de overhand zal hebben. Daarnaast geldt: in hoeverre deze effecten daadwerkelijk spelen hangt ook af van in hoeverre bij dit soort afwegingen de financiële prikkels relevant zijn. Als ziekenhuizen op dit gebied samenwerken ongeacht de financiële prikkels dan speelt het effect mogelijk in de praktijk beperkt.</p>
<p>Impact op capaciteit en continuïteit rest ziekenhuis</p>	<p>Hier speelt de vraag: in hoeverre heeft het vastzetten van de ic-capaciteit met een vast budget impact op de capaciteit/continuïteit van de rest van het ziekenhuis. We verwachten geen effect op de capaciteit en continuïteit van de rest van het ziekenhuis, zo lang de budgetbekostiging op voorhand niet expliciet is gekoppeld aan andere zorglevering of wijziging in organisatie van zorg.</p>
<p>Arbeidsmarkt</p>	<p>Budgetbekostiging voor de ic gaat niet gepaard met een verandering in de organisatie van het aanbod van zorg en daarmee ook niet de inzet van schaars personeel. Budgetbekostiging creëert ook geen extra personeel. Het uitgangspunt van de minister is dat de budgetbekostiging voor alle huidige ic-afdelingen gaat gelden. Daarmee draagt de budgetbekostiging niet bij aan betere inzet van personeel en verwachten we geen effect op de arbeidsmarkt.</p> <p>Een budgetbekostiging wordt soms ten onrechte gezien als een middel om lastige keuzes over de inzet van schaarse middelen (geld, personeel, etc.) niet te hoeven maken. Echter leidt een budgetbekostiging niet tot een toename van beschikbare middelen. Daarmee is het geen oplossing voor de schaarste aan zorgpersoneel of andere middelen.</p>
<p>Past de bekostiging bij de zorglevering</p>	<p>De huidige medisch specialistische zorg-bekostiging kent 2 ozp's voor de ic-ligdagen. Overige zorg die het ic-personeel levert op andere afdelingen wordt niet</p>

	<p>gedekt vanuit de huidige ic-bekostiging (behoudens ic-consult buiten de ic door intensivisten), maar zit verweven in de kostprijs van de ic-ligdagen. Met budgetbekostiging neemt de kostendekkendheid van een ic-afdeling toe. De kosten van ic worden namelijk volledig gedekt door het budget, ongeacht of de kosten direct worden gemaakt voor ic-ligdagen of bijvoorbeeld door inzet van ic-personeel op andere afdelingen. Hiermee vervalt de noodzaak om de mismatch tussen 2 ozp's en de organisatie van de ic-zorglevering op te vangen vanuit de opbrengsten van andere zorgfuncties.</p> <p>Daarnaast weten we dat de huidige bekostiging met de ozp's niet kostendekkend is voor sommige kleine ic's vanwege hun lage bezettingsgraad. Alhoewel het maximumtarief (de P) vastgesteld is op een gewogen landelijk gemiddelde, is het teruglopende aantal patiënten (de Q) de reden dat ic-afdelingen in voornamelijk kleinere ziekenhuizen geen zwarte cijfers draaien. Met de budgetbekostiging kan rekening worden gehouden met de variatie in omvang van ic-afdelingen, zodat het budget voor elke ic redelijkerwijs kostendekkend is.</p> <p>Sluit budgetbekostiging aan bij ic zonder muren?</p> <p>Ja, want budget geeft ruimte om meer de outreachende taken op te pakken, zonder dat dit financiële consequenties heeft omdat de bekostiging alleen met name gekoppeld is aan zorg op de ic-afdeling zelf. In de huidige bekostiging wordt ic-zorg buiten de muren van de ic, naast de betaaltitel voor ic-consult, niet apart bekostigd. Hierdoor wordt dit nu dus niet verder gestimuleerd.</p>
Doelmatigheid en prikkels	<p>Op dit moment is er een efficiencyprikkel om bedden af te schalen als gevolg van de afname in de ic-zorgvraag. Deze efficiencyprikkel vanuit instellingen om bedden af te schalen vervalt bij budgetbekostiging. Een structurele verminderde bedbezetting zou moeten kunnen leiden tot afschaling van het aantal bedden. Doelmatigheid en schaalvoordeel zijn geen doelen vanuit de opdracht van VWS om budgetbekostiging voor ic te verkennen. Het behouden van het personeel kan de ic-zorg relatief duurder maken als het aantal ligdagen structureel blijft teruglopen. Ook is er met budgetbekostiging het risico dat er in de toekomst onnodige capaciteit en schaars zorgpersoneel op de ic wordt vastgezet, die mogelijk beter op andere plekken beter benut kan worden. Indien gewenst kan de overheid ook duidelijke kaders en voorwaarden verbinden aan de budgetbekostiging, dit kan dan ook bijdragen aan de doelmatigheid. Echter zijn er geen landelijke kaders voorhanden. Zo lang hier geen sprake van is, is het moeilijk om doelmatigheid middels budgetbekostiging te borgen.</p> <p>In de huidige systematiek is er sprake van een productieprikkel, aangezien er alleen een vergoeding is voor aantal ligdagen. Om de bedbezetting op peil te houden, kan het zo zijn dat op een onderbezette ic een "lichtere" patiënt sneller naar een ic wordt gebracht. Deze prikkel vermindert, aangezien bij budgetbekostiging de vergoeding geen directe één op één relatie heeft met het aantal ligdagen (en het kan zelfs een prikkel zijn om een patiënt niet op te nemen om de winstmarges te vergroten). Prestatiebekostiging heeft een prikkel tot overbehandeling, budgetbekostiging heeft een prikkel tot onderbehandeling. Indien het aantal bedden of ligdagen een parameter is in de budgetbekostiging, zal deze productieprikkel indirect deels blijven bestaan. Het gevaar bestaat dat er gestuurd gaat worden op maximalisatie van de budgetparameters. Als de budgetparameters gestoeld zijn op totaal aantal bedden, of totaal fte personeel, dan is het voor het ziekenhuis alsnog lonend om de ic zo</p>

	<p>groot mogelijk te houden. Of dit speelt hangt dus af van de inrichting van de budgetbekostiging, het is belangrijk om hier bij de vormgeving van een budget rekening mee te houden.</p> <p>Indien er met de budgetbekostiging wordt ingezet op extra marge voor flexibiliteit en bij verhoging zorgvraag, vergroot dit de beschikbare capaciteit om dat op te vangen. Tegelijkertijd verslechtert dit de landelijke doelmatigheid van zorg, want er wordt extra marge ingebouwd voor toegankelijkheid. Dit geldt ook vice versa; indien er weinig marge wordt ingebouwd, scoort het budget goed op doelmatigheid, maar is er ook minder flexibiliteit en robuustheid bij een verhoging van de zorgvraag.</p> <p>Overigens is de keuze van de budgetparameter(s) heel bepalend voor de inrichting/prikkels bij een budgetbekostiging. Deze zijn in dit stadium nog niet bekend.</p>
Toekomstbestendig msz-landschap	<p>Budgetbekostiging voor ic draagt op zichzelf niet bij aan een toekomstbestendig msz-landschap en is juist eerder contraproductief wanneer het wordt ingevoerd zonder duidelijke koppeling aan een toekomstbestendige ic-zorg. Op dit moment ontbreken duidelijke landelijke kaders hierover. Een vast budget voor de huidige ic's legt de bestaande inrichting impliciet vast en beperkt de ruimte om keuzes te maken over de toekomstige organisatie van het ziekenhuislandschap. Dit is onwenselijk, omdat het msz-landschap juist in beweging is door de ontwikkeling richting Spreiding & Concentratie. Flexibiliteit is nodig voor de profielontwikkeling van ziekenhuizen. Een ander nadeel van het meer vastzetten van de ic-zorg is ook dat dit de groei van ic-zorg (bijvoorbeeld als gevolg van concentratie van complexe zorg) binnen een instelling tegenhoudt en instellingen hierdoor in de financiële problemen kunnen komen.</p> <p>Daarnaast is de ic-zorg meer en meer in beweging. De verdere ontwikkeling richting 'ic zonder muren' en het voorkomen van ic-opnames moet eerst tot wasdom komen. Hoewel budgetbekostiging ruimte geeft om te innoveren binnen een instelling – doordat de focus op productie afneemt – heeft een budgetgarantie als risico dat de urgentie om te transformeren juist vermindert. Hierdoor ontstaat er onvoldoende stimulans om te bewegen naar passende zorg. Terwijl het noodzakelijk is dat de ic-zorg transformeert door de afnemende zorgvraag en de veranderende functie van de ic.</p> <p>Ook is het de vraag of het wenselijk is dat iedere ic in toekomst als een (volwaardige) ic zal blijven bestaan. De toenemende krapte op de arbeidsmarkt vraagt om een zo optimaal mogelijke inzet van schaarse arbeidskracht waarbij ook gekeken moet worden op welke plek deze arbeidskracht zo effectief mogelijk kan worden ingezet. Om deze redenen is het juist belangrijk om ruimte te behouden om in te spelen op veranderingen, in plaats van dat het landschap wordt 'vastgezet'.</p>
Ruimte om bij te sturen met de bekostiging	<p>Budgetbekostiging biedt ruimte om de berekening van de budgetten periodiek te herijken, bijvoorbeeld eens in de paar jaar of zelfs jaarlijks. Dit biedt ruimte om de ontwikkeling in kosten periodiek mee te nemen in het budgetbekostiging systeem, maar vergt wel veel inspanning. Dit is alleen mogelijk als er ook transparant en degelijk wordt geregistreerd welke zorg wordt geleverd; verantwoording is daarbij essentieel. Ook kan een vrije marge of een bepaalde post in de budgetsystematiek bieden om ontwikkelingen in de geleverde zorg mee te nemen. In het huidige bekostigingssysteem wordt direct de geleverde zorg vergoed, dit schaalt dus</p>

	<p>automatisch mee met ontwikkelingen in de geleverde zorg en is wat dat betreft veel eenvoudiger en onderhoudsvriendelijker.</p>
Integraliteit tussen ic en overige ziekenhuiszorg	<p>Er is een sterke inhoudelijke verwevenheid tussen de ic-zorg en de rest van de ziekenhuiszorg. De ic-zorg is een integraal onderdeel van de medisch specialistische zorg in ziekenhuizen, en hangt nauw samen met electieve chirurgische zorg, acute zorg en medische zorg. Dit maakt ook dat er een grote verwevenheid is tussen de inkoop van de ic en de overige medisch specialistische zorg. Bij inkoop in representatie met een vast budget leidt dit tot vermindering van de integraliteit van de bilaterale contractering van de medisch specialistische zorg: de ic-zorg wordt dan met inkoop in representatie ingekocht terwijl de rest van het ziekenhuis nog steeds concurrentieel wordt ingekocht, dit kan schuren omdat er dan twee systemen naast elkaar bestaan die tegelijkertijd communicerende vaten zijn.</p> <p>Daarnaast verwachten we dat de verwevenheid tussen ic-zorg en de rest van de ziekenhuiszorg in de toekomst steeds verder toeneemt: ic-zorg wordt steeds vaker ook buiten de ic-afdeling geleverd, terwijl de ziekenhuiszorg in zijn geheel complexer wordt en laagcomplexere zorg steeds vaker buiten de muren van het ziekenhuis plaatsvindt. Door de ic-zorg vast te zetten met een budgetbekostiging kan het inspelen op deze bewegingen in de inkoop bemoeilijkt worden.</p>
Marktwerking in de zorg verminderen	<p>Dit is de doelstelling vanuit het regeerprogramma. Door invoering van een budgetbekostiging voor de ic met inkoop in representatie door zorgverzekeraars wordt de marktwerking in de zorg verminderd. Hierdoor wordt de ic-zorg in representatie gezamenlijk ingekocht (in plaats van concurrentieel). Dit gebeurt binnen de kaders van de budgetbekostiging, met striktere overheidsregulering dan de huidige prestatiebekostiging.</p> <p>Door de concurrentiële beperking ontstaat vanuit de overheid de mogelijkheid om meer te sturen via de bekostiging in plaats van zorgverzekeraars.</p>
Overige effecten zorginkoopmarkt	<p>Er is een impact van budgetbekostiging op de zorginkoopmarkt door de verschuiving van concurrentiële inkoop naar inkoop in representatie. Hiermee wordt het moeilijker voor zorgverzekeraars om individuele afspraken te maken (over substitutie) tussen ic en de overige msz. Dit is relevant, omdat er een grote differentiatie van lichtere ic-vormen buiten de ic-afdeling bestaat, zoals een pacu, medium care, etc. Dit valt buiten de scope van budgetbekostiging voor ic. Idealiter zou dit wel in de afspraak over het budget van de ic worden betrokken door de representerende zorgverzekeraars. De prikkel om binnen de bilaterale contractering afspraken te maken over het voorkomen van ic-zorg neemt ook af, omdat de effecten hiervan in een ander systeem tot uiting komen; er is dus geen sluitende business case binnen één systeem.</p> <p>Daarnaast verkleint budgetbekostiging o.a. de ruimte om scherp te sturen op doelmatigheid via individuele inkoopafspraken in de bilaterale contractering. Ook vermindert door inkoop in representatie de mogelijkheid om als zorgverzekeraar en zorgaanbieder in de bilaterale contractering maatwerkafspraken voor het gehele ziekenhuis te maken, bijvoorbeeld ten behoeve van kwetsbare ziekenhuizen.</p> <p>Daar staat tegenover dat bij inkoop in representatie zorgverzekeraars congruentie ontstaat op de inkoop van ic-zorg. Door inkoop in representatie dragen alle zorgverzekeraars evenredig bij aan de inkoop van ic-zorg op basis van</p>

	marktaandelen. Ook de overheid kan bij een budgetbekostiging kaders voor doelmatigheid meenemen in de vormgeving van het budget.
--	--

5.4 Samenvatting en conclusie

Invoering van budgetbekostiging voor de ic kan bijdragen aan verschillende doelstellingen van het Ministerie van VWS, maar introduceert tegelijkertijd aanzienlijke risico's, met name ten aanzien van een toekomstige inrichting van het zorglandschap.

Impact van budgetbekostiging ic op de doelstellingen van VWS

Budgetbekostiging levert een positieve bijdrage aan een aantal door VWS geformuleerde doelstellingen en beoordelingscriteria. Het biedt in meer of mindere mate ic's financiële zekerheid en kan de toegankelijkheid van ic-zorg borgen: een vast budget biedt financiële zekerheid, doordat het budget de kosten voor ic-capaciteit dekt, ongeacht de geleverde zorg. Dit kan met name een potentiële oplossing zijn voor kleinere, kritieke ic's met een lage bedbezetting. Zo wordt geborgd dat een ic niet omwille van financiële redenen hoeft te sluiten. Echter staat de toegankelijkheid van de ic-zorg niet zozeer onder druk vanwege financiële onzekerheid, maar juist vanwege een capaciteitsprobleem. Het grootste knelpunt in de ic-zorg is namelijk de spanning tussen enerzijds een afnemende steeds minder ic-opnamen omdat de ic-zorgvraag afneemt en anderzijds het moeten voldoen aan de minimale formatie en omvang om als ic operationeel te kunnen blijven en aan de kwaliteitseisen te kunnen voldoen. Een budgetbekostiging voor ic borgt niet dat ic's afschalen of zelfs sluiten; dit kan nog steeds omwille van deze capaciteitsproblemen in combinatie met het tekort aan verpleegkundig ic-personeel. Ook kunnen minimale kwaliteitseisen een rol spelen bij het bepalen of een ic kan worden gehandhaafd bij dalende productie.

Daarnaast zijn met een vast budget de kosten van de ic-capaciteit gedurende het jaar gedekt, maar wordt er minder gemakkelijk meebewogen met de geleverde zorg. De huidige prestatiebekostiging schaalt namelijk automatisch op- en af in lijn met de zorglevering. Desalniettemin kan budgetbekostiging toch bijdragen aan de flexibiliteit en robuustheid van de ic-zorg in reguliere situaties, met name bij een tijdelijke verhoging van de zorgvraag. Omdat de bekostiging losgekoppeld is van de productie (ligdagen), wordt de ic als functie gestimuleerd. Dit geeft ic-personeel de ruimte om mee te werken op andere afdelingen en preventief ic-opnames te voorkomen (ic zonder muren), wat samenwerking bevordert en de bekostiging beter doet passen bij de zorglevering. De invoering van budgetbekostiging in combinatie met inkoop in representatie leidt tot een vermindering van de marktwerking in de zorg, wat een expliciete doelstelling is vanuit het regeerprogramma. (Overigens is voor de NZa minder marktwerking niet een opzichzelfstaand doel. Concurrentiële inkoop dan wel inkoop in representatie moet passend zijn bij de context van de desbetreffende zorgsoort. Hier dient per situatie een bewuste keuze in gemaakt te worden.)

Andere criteria van budgetbekostiging ic

Hieronder hebben we alle criteria en scores samengevat in tabel 5.3.

Tabel 5.3: Samenvatting beoordeling criteria

Criteria	Verwacht effect budgetbekostiging
Kwaliteit	Geen effect verwacht (0)
Administratieve lasten	Beperkt negatief effect verwacht (-)
Risico op dubbele bekostiging	Beperkt negatief effect (-)
Verschuiving van zorg	Zowel positief als negatief mogelijk (0)
Risico op fouten en fraude beperken	Nog niet te bepalen
Effect op ontwikkeling macrokosten	Kosten opdrijvend effect verwacht (-)
Financiële zekerheid ziekenhuis	Positief effect (+)
Toegankelijkheid ic-zorg	Positief effect (+)
Flexibiliteit en robuustheid ic-zorg	Positief en negatief effect (+ en -)
Samenwerking ic en rest ziekenhuis en stimuleren ic als functie	Positief effect (+)
Samenwerking tussen ziekenhuizen	Effect onduidelijk (+ of -)
Impact op capaciteit en continuïteit rest ziekenhuis	Geen effect verwacht (0)
Arbeidsmarkt	Geen effect verwacht (0)
Past de bekostiging bij de zorglevering	Positief effect (+)
Doelmatigheid en prikkels	Negatief effect (-)
Toekomstbestendig msz-landschap	Negatief effect (-)
Ruimte om bij te sturen met de bekostiging	Negatief effect (-)
Integraliteit tussen ic en overige ziekenhuiszorg	Negatief effect (-)
Marktwerking in de zorg verminderen	Positief effect (+)
Overige effecten zorginkoopmarkt	Grote effecten (+ en -)

Nadelen en risico's van budgetbekostiging ic

We zien significante nadelen en risico's aan budgetbekostiging van de ic. Budgetbekostiging draagt op zichzelf niet bij aan een toekomstbestendig msz-landschap en is zonder duidelijke landelijke kaders voor het gewenste landschap zelfs contraproductief. Dit is het belangrijkste negatieve effect van het invoeren van budgetbekostiging op dit moment. Ondanks dat de huidige manier van bekostigen zeker ook beperkingen kent, is het risico van budgetbekostiging dat het de huidige inrichting van het ic-landschap vastzet (fixeert), wat noodzakelijke transformaties, zoals differentiatie tussen ziekenhuizen, ontwikkelingen rond spreiding en concentratie of de beweging richting 'ic zonder muren', afremt of belemmert. Wanneer het huidige landschap via vaste budgetten min of meer wordt vastgezet, staat dat duidelijke keuzes over het toekomstige ziekenhuislandschap in de weg. Op dit moment is het nog onzeker of het huidige ic-landschap in zijn bestaande vorm toekomstbestendig is ingericht. Het is nog een vraag in hoeverre iedere ic in de toekomst als een (volwaardige) ic zal blijven bestaan, kijkend naar de functie van verschillende type ziekenhuizen in de regio en welke vorm daar passend bij is. Om die reden vinden wij het onwenselijk om het huidig ziekenhuislandschap nu al in meer of mindere mate te bestendigen door deze vast te zetten met budgetbekostiging. De budgetbekostiging vermindert

daarnaast de integraliteit van de bilaterale contractering, omdat twee systemen naast elkaar bestaan: inkoop in representatie voor ic en concurrentiële inkoop voor de rest van de medisch specialistische zorg. Dit terwijl deze zorgstromen nauw verweven zijn. Een systeem op basis van budgetbekostiging vermindert de efficiëncyprikkel om bedden af te schalen bij een (structureel) afnemende zorgvraag. Het verval van deze prikkel kan leiden tot een negatief effect op de doelmatigheid en mogelijk tot een kostenopdrijvend effect op de macro zorgkosten. Tot slot is budgetbekostiging an sich geen oplossing voor de onderliggende capaciteitsproblemen, zoals de schaarste aan zorgpersoneel. We verwachten van budgetbekostiging dan ook geen direct effect op de arbeidsmarkt.

De NZa vindt de inzet van het instrument budgetbekostiging dan ook niet proportioneel, mede doordat er momenteel geen concrete signalen zijn dat de continuïteit van ic's primair onder druk staat als gevolg van financiële onzekerheid. Bovendien wordt er een (beperkt) negatief effect van budgetbekostiging verwacht op de administratieve lasten. Tevens is de ruimte om bij te sturen via budgetbekostiging kleiner dan in de huidige systematiek.

6 Alternatieve oplossingsrichtingen

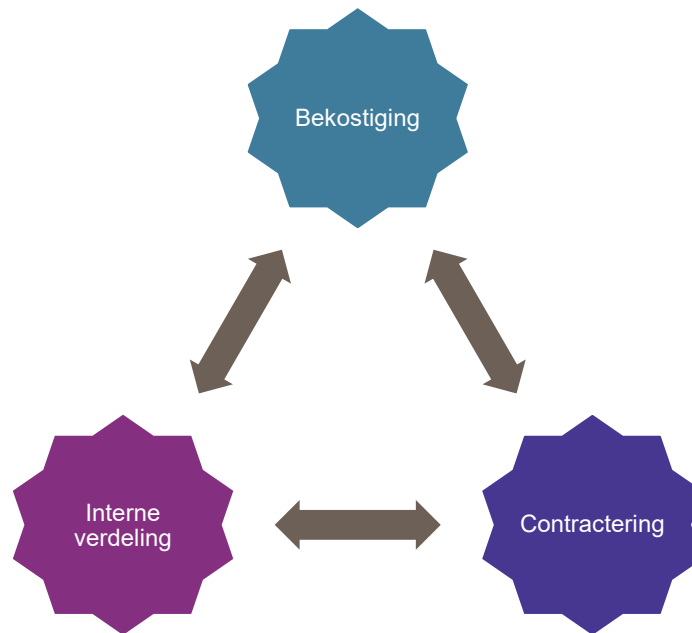
6.1 Inleiding

Uit de voorgaande hoofdstukken is gebleken dat budgetbekostiging nu geen alomvattende oplossing biedt voor de knelpunten binnen de ic-zorg en de doelen die die we met bekostiging na willen streven. Desalniettemin constateren we in dit traject wel degelijk knelpunten rondom de ic-zorg en is er urgentie om hier op korte termijn mee aan de slag te gaan. De belangrijkste doelen voor de ic-zorg zijn hierbij het stimuleren van passende en integrale zorg (waarmee ook expertise en flexibiliteit geborgd wordt, onafhankelijk van het fysieke aantal bedden) en het borgen van een kritische basiscapaciteit. In dit hoofdstuk belichten we in aanvulling op onze analyse over budgetbekostiging een aantal alternatieve oplossingsrichtingen, die kunnen bijdragen aan de doelen voor de ic-zorg. Het gaat hierbij om oplossingsrichtingen op het gebied van de bekostiging, contractering en de kostentoekening/interne verdeling binnen instellingen. We eindigen dit hoofdstuk met een oproep aan partijen om in de werkagenda die zij gezamenlijk opstellen, afspraken te maken om de problemen die in dit advies worden geconstateerd te ondervangen.

6.2 Bekostiging, contractering en interne verdeling

Alvorens we ingaan op de drie oplossingsrichtingen, benadrukken we graag het volgende; bekostiging, contractering en de interne verdeling kunnen gezien worden als drie verschillende knoppen die uiteindelijk allemaal invloed hebben op hetzelfde systeem. Hiertoe is het behulpzaam het onderstaand schema (zie figuur 6.1) in gedachten te houden. Hierin staat de bekostiging (van de NZa), de contractering (tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar) en de interne verdeling (door de zorgaanbieder).

- Met bekostiging bedoelen we de bekostigingssystematiek, beleidsregels en andere regelgeving op het gebied van bekostiging die de NZa kan opstellen voor de medisch specialistische zorg, en de ic in het bijzonder.
- Met contractering bedoelen we de afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de prijs, volume en kwaliteit. Hieronder vallen bijvoorbeeld ook het type afspraken zoals meerjarenafspraken of aanneemsommen.
- Met interne verdeling bedoelen we de manier waarop ziekenhuizen de totale inkomsten afkomstig uit zorgproductdeclaraties intern verdelen naar afdelingen, medisch-specialistische bedrijven (msb's) of andere posities. Dit hangt samen met de manier waarop gemaakte kosten worden toegerekend aan de activiteiten en declaraties. Wanneer kosten van ic-activiteiten op een andere afdeling niet worden toegerekend aan de declarabele eenheden van die afdeling, of deze ontbreken, kan hier bij de interne verdeling ook geen rekening mee worden gehouden en wijken de kostprijzen af van de daadwerkelijke kosten van de zorg.



Figuur 6.1: ‘Knoppen’ om aan te draaien met invloed op de ic-vergoeding én elkaar

6.3 Bekostiging

De ic-zorg beweegt naar kortere opnames, een zorgvuldige beoordeling van noodzakelijke instroom en meer activiteiten buiten de eigen afdeling. Daarmee zijn de huidige bekostigingsoptie die direct zijn gekoppeld aan de opnames op de ic (de ic ligdagen) onvoldoende toereikend. Dit effect wordt nog versterkt doordat de afgelopen jaren het aantal ic-ligdagen en daarmee declaraties op de ic terugloopt. Dit is mede een gevolg van deze ontwikkeling naar een meer ‘preventieve’ ic benadering, waardoor intensievere zorg kan worden geleverd zonder dat de patiënt naar de ic hoeft te gaan. Ook is er sprake van verbeterde kwaliteit van zorg, waardoor minder vaak een beroep op de ic hoeft te worden gedaan. Daarnaast herkennen we een knelpunt in de bestaande declaratieomschrijvingen en de tarieven die hierbij horen. De huidige twee prestaties voor de ic ligdagen, die wat betreft (gereguleerde) maximumtarieven nauwelijks verschillen, doen onvoldoende recht aan de daadwerkelijke zorgzwaarte (casemix) van patiënten.

Toevoegen van betaaltitels

We onderzochten of er in de huidige bekostiging aanknopingspunten bestaan om de opbrengsten beter in lijn te brengen met de plek waar de kosten daadwerkelijk worden gemaakt. Een eerste mogelijke stap is het uitbreiden van het aantal registratie- en declaratiemogelijkheden van activiteiten buiten de muren van de ic. Er is nu al een mogelijkheid voor intensivisten om een intercollegiaal consult te registreren en declareren (zie hoofdstuk 2.2), maar veel andere activiteiten buiten de ic-afdeling, zoals inzet van verpleegkundigen, spoedinterventie teams, ic-nazorg op de polikliniek of multidisciplinair overleg, kennen geen declarabele en vaak zelfs geen registreerbare basis. Hiertegenover staan negatieve effecten, zoals het complexer maken van het registreren van de geleverde zorg en daarmee ook een toename van registratielast. Naast de administratieve last is een belangrijke afweging bij het eventueel uitbreiden van registratie- en declaratiemogelijkheden buiten de ic-afdeling, de samenhang met de bekostigingssystematiek, die uitgaat van een ‘integraal gemiddelde’. Niet elke activiteit rechtvaardigt een aparte registratie- of declaratietitel. Het gaat erom dat het geheel voldoende kostendekkend is. In de bekostiging van ziekenhuiszorg zijn veel zaken bewust als overhead (dat wil zeggen indirecte kosten) gedefinieerd, zoals verpleegkundige inzet of intensievere vormen van een ziekenhuisopname. Of is het wel mogelijk deze activiteiten te registreren, zoals het multidisciplinair overleg, maar zijn deze niet

specifiek declarabel of betekenen niet dat deze zorg in een zwaarder (vaak duurder) zorgproduct vallen. De gedachte om voor de activiteiten vanuit de ic-afdeling een aparte positie binnen de bekostigingssystematiek te creëren, moet dan ook in relatie met dit algemene principe worden gezien en zal hierop van invloed zijn. De NZa is in het algemeen terughoudend met het doorvoeren van een dergelijke verdergaande differentiatie in de bekostiging. Ook speelt mee dat wanneer de registratie van een activiteit een declarabel product wordt, dit een nieuwe productieprikkel met zich mee kan brengen: de activiteit wordt vaker uitgevoerd, omdat deze direct voor extra geld zorgt. Omgekeerd blijken registratieve activiteiten niet geregistreerd te worden, omdat dit volgens zorgaanbieders financieel toch niets oplevert, dat lijkt nu ook het geval bij de mogelijkheid voor intensivisten om een intercollegiaal consult te registreren en declareren. Hierdoor is het inzicht beperkt in de activiteiten die worden uitgevoerd buiten de ic. In dat kader is, ondanks de administratieve last, bekostigingsprincipes en intrinsieke prikkels, te overwegen de registratie- en bekostigingsmogelijkheden (eventueel tijdelijk of in pilotvorm) verder te differentiëren. Indien partijen dit gezamenlijk wensen, zal de NZa hierin meedenken.

Loslaten van het NZa-maximumtarief

Een tweede route is het loslaten van het maximumtarief voor zorg op de ic. Hierdoor kunnen zorgverzekeraars maatwerkafspraken maken met zorgaanbieders over de verwachte te leveren zorg én bijbehorend kostenplaatje. Echter zijn er geen signalen dat het NZa-maxtarief niet voldoende dekkend is. We zien juist dat er veelal tariefafspraken onder het NZa-maximum worden gemaakt, zie figuur 2.7 in Hoofdstuk 2.3). Desondanks kan indien gewenst overwogen worden om hier een uitwerking voor te maken. Om een niet gereguleerd tarief representatief te laten zijn, vraagt het veel van de zorgaanbieders in het ontwikkelen van (meerjarige) kostprijzen ten behoeve van de interne verdeling én het juiste gesprek met zorgverzekeraars over de contractering. Eveneens dient VWS dan ook eerst een beoordeling te maken of deze zorg naar het vrije segment verplaatst kan worden. Wanneer er geen knelpunten naar voren komen t.a.v. de huidige gereguleerde tarieven, lijkt het loslaten van het NZa-maximumtarief vooralsnog niet aan de orde.

Aanpassen van de tarieven van ic-afdelingen en overige verpleegafdelingen

Als laatste kan onderzocht worden hoe de kosten van de inzet van ic-zorg kunnen worden toegerekend aan patiënten (met andere zorgproducten) die worden ondersteund met deze zorg buiten de ic. Als kosten van deze zorg geboekt worden op de afdelingen waar zij hun diensten aanbieden, veranderen de tarieven van zowel de bestaande ic prestaties alsook de kostprijs van deze andere bestaande zorgproducten. Dit zou de bekostiging zuiverder maken, omdat de kosten van de inzet van ic-zorg buiten de afdeling dan landen op de plek waar ze gemaakt worden (in de betreffende zorgproducten buiten de ic). In theorie kan daarbij mogelijk ook gekeken worden naar een verdere (tarief)differentiatie van deze prestaties, zoals verpleegdagen. Ook bij een wijziging in de kostentoe wijzing wordt een beroep gedaan op de doorontwikkeling van de interne kostentoe rekening van de instellingen zelf (zodat het verhoogde tarief daadwerkelijk wordt toegerekend aan de ic) en de beweging van kostprijs naar contracttarief. Dit kunnen wij als NZa namelijk niet verplichten.

6.4 Contractering

Binnen het huidige stelsel maken zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken over de prijs, het volume en de kwaliteit van de zorglevering. Daarbij is het voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars mogelijk om ook afspraken te maken over een passende inhoud van, en financiële dekking voor, de ic-zorg. Op zich is dit een bestaande optie, die weinig extra's vergt en het systeem niet complexer maakt. Hiermee kan zowel de zorgverschuiving naar een 'ic zonder muren', als een kritische basiscapaciteit worden geborgd. Zeker wanneer dit gebeurt op basis van een meerjarenafpraak die continuïteit en commitment van beide kanten waarborgt, met een evenwichtige verdeling van de risico's. Eén van de

voorbeelden hiervan is het ETZ, waarbij in een meerjarenafpraak met de twee representatieve zorgverzekeraars de beweging naar een passende inzet van de ic ondersteund wordt als onderdeel van een grotere visie en set aan initiatieven. Daarbij wordt gecompenseerd voor een teruglopend volume (in dit geval ic-ligdagen) als gevolg van de beweging van ic zonder muren, op een manier die voor zowel zorgaanbieder als zorgverzekeraar voordelen biedt. Tegelijkertijd is een zogenaamde 'shared savings' afspraak veelal duurder dan een dalende lijn van PxQ. Dit vraagt van zowel zorgaanbieder als zorgverzekeraar dan ook een visie op de ic-zorg en de bereidheid om zich hier over een langere periode aan te verbinden. Eveneens vereist dit gelijkgerichtheid vanuit zorgverzekeraars, zodat er niet verschillende type afspraken en prikkelvorming ontstaat. In potentie kan dit enorm bijdragen aan de gewenste ontwikkelingen van de ic-zorg, zoals het meer integraal leveren van zorg en het borgen van kritische ic-capaciteit.

De NZa verwacht van zorgaanbieders en zorgverzekeraars dat zij actief aan de slag gaan met het maken van inhoudelijke afspraken over de ic-zorg binnen de contractering. Vanuit hun gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de levering en inkoop van toekomstbestendige ic-zorg, is de contractering de aangewezen plek om hierover afspraken te maken. Hoewel de ontwikkeling van een bredere inzet van ic-expertise aan belang wint, is een transformatiecommitment vertaald in inhoudelijke meerjarenafpraak met aandacht voor de ic, een uitzondering in de praktijk. Daarbij is het heel vrijblijvend, omdat het vereist dat zowel zorgaanbieder als zorgverzekeraar gemotiveerd zijn en ook hiermee risico kunnen en willen lopen. Afspraken in de contractering leunen dan ook sterk op de urgentie van partijen om specifiek afspraken te willen maken over een verandering van de ic-zorg. Om die reden vindt de NZa dat landelijke, bestuurlijke afspraken als handvat voor de contractering randvoorwaardelijk zijn. Hiertoe is het belangrijk dat de huidige staat én ontwikkeling van het landschap, alsook de toekomstvisie, inzichtelijk worden gemaakt. Op dit moment werken de veldpartijen in een eigen traject gezamenlijk aan zo'n werkagenda voor de ic. De NZa vindt het positief dat partijen samen deze stap zetten.

6.5 Kostentoerekening en interne verdeling

Interne kostentoerekening van instellingen

Wanneer een ziekenhuis meer ic-zorg buiten de ic levert, maar de kosten op de ic blijft boeken, ontstaat een mismatch tussen waar kosten gemaakt worden en waar de bekostiging op is gebaseerd. Daarnaast kan het ziekenhuis intern moeilijker zelf bepalen wat de kostprijs van zorg is, omdat bepaalde kosten niet worden toegeschreven aan de plek waar de zorg daadwerkelijk geleverd wordt. Het inzicht in de kostprijs, de registratie, en de zorgproductdeclaratie is essentieel in deze discussie, en heeft invloed op de bekostiging (middels de kostprijsaanlevering) en op de contracteertafel (welke behoefte ligt waar) en ook op de interne verdeling. Als kosten niet op de juiste afdeling c.q. prestaties worden geboekt, is het vervolgens lastig de opbrengsten juist te verdelen naar de verantwoordelijke eenheden. De NZa is slechts beperkt richtinggevend voor de methodiek van kostentoerekening, die de nodige vrijheidsgraden en daardoor variatie kent. Hierdoor is het vanuit de NZa niet goed mogelijk een alternatieve inrichting voor te stellen, omdat we niet op boekhoudkundig niveau regelgeving ontwikkelen. We onderstrepen echter het belang van inzicht en een wijze van kostentoerekening die recht doet aan de werkelijkheid.

Interne verdeling van instellingen

Naast een correcte toerekening van de kosten, is ook een goede interne verdeling van de opbrengsten van de declaraties van belang, om bijvoorbeeld activiteiten buiten de muren van de ic passend te waarderen. Over de interne verdeling van de financiën binnen een ziekenhuis kan echter zeer beperkt regelgeving vanuit de NZa worden gemaakt. Ook verschillen zorgaanbieders in de inrichting van hun boekhouding, interne verdeling en opbrengstenstroom. Daarnaast is het gebruikelijk dat opbrengsten

niet één-op-één toegewezen worden aan de afdeling die de zorg heeft geleverd, maar er sprake is van een verdelingssystematiek binnen het ziekenhuis (vaak op basis van historische gronden in combinatie met productiecijfers). De bekostigingssystematiek en contracterafspraken hoeven dus niet overeen te komen met hoe het ziekenhuis intern omgaat met de kosten- en opbrengstenverdeling. Voor een juiste toerekening van de kosten op- en buiten de ic en een passende interne vergoeding is de invloedssfeer van de NZa dus beperkt. Een beter inzicht in deze zorg kan wel aanknopingspunten bieden voor een passendere waardering van de daadwerkelijk geleverde zorg.

6.6 Werkagenda Toekomstbestendig IC-landschap

Uit dit adviestraject blijkt dat er onder alle betrokken veldpartijen een breed gedeeld gevoel van urgentie bestaat om de huidige inrichting van de ic-zorg aan te passen en iedere partij committeert zich aan een vervolgotraject. Dat is positief, want juist in gezamenlijkheid kan het beste de beweging naar een toekomstbestendig ic-landschap worden vormgegeven. Om deze beweging te structureren, hebben de veldpartijen (NVIC, V&VN-IC, FCIC, NVZ, UMCNL en ZN) een werkagenda 'Naar een toekomstbestendig IC-landschap' opgesteld. Deze werkagenda vormt het kader waarbinnen de inhoud, organisatie, personeel, en bekostiging in samenhang verdiepend worden verkend. Daarmee wordt toegewerkt naar landelijke afspraken die de kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid en weerbaarheid van de ic-zorg moeten borgen. Binnen landelijke kaders is aandacht voor de regio's om – afgestemd op hun eigen zorgvraag en context – ic-zorg optimaal in te richten. Tevens wordt aandacht besteed aan de randvoorwaarden die noodzakelijk zijn om de ic-functie structureel en duurzaam te borgen.

De veldpartijen hebben hierbij acht uitgangspunten die aan de basis staan van de te maken afspraken geformuleerd (zie onderstaand kader).

De uitgangspunten van de werkagenda 'Naar een toekomstbestendig IC-landschap'

1. De toegankelijkheid van ic-zorg borgt en voorziet in de reguliere zorgvraag, inclusief seizoensvariatie. Het gaat daarbij om effectieve inzet van schaarse capaciteit, om de continuïteit, toegankelijkheid en kwaliteit van ic-zorg in samenhang met de rest van het ziekenhuis en de regio;
2. Weerbaar is doordat is voorzien in een harmonicamodel dat opschaling mogelijk maakt bij een acute niet-reguliere toename van de zorgvraag;
3. Voldoet aan de eisen die hieraan worden gesteld op het gebied van kwaliteit en veiligheid;
4. Bijdraagt aan een optimale inzet van schaars personeel. Dit vraagt dat er ook afspraken worden gemaakt over behoud, opleiding en ontwikkeling van ic-personeel, en wie daarvoor welke verantwoordelijkheid draagt;
5. Invulling geeft aan inbedding van de inzet van ic-personeel buiten de afdeling en de transitie naar ic-zorg buiten de muren van de ic stimuleert;
6. Kan inspelen op toekomstige ontwikkelingen, zoals concentratie van complexe medisch specialistische zorg en spreiding van minder complexe zorg;
7. Ondersteund wordt door voldoende (meerjarige) financiële zekerheid, met afspraken over inzicht in geleverde zorg en bekostiging, uiteindelijk te landen in bilaterale contracten.
8. Een complex onderdeel is van de medisch specialistische zorg met sterke verwevenheid met andere medisch specialistische zorg. Dit vraagt om inzicht in de cascade van facetten die van invloed zijn op en beïnvloed worden door wijzigingen in het ic-zorglandschap en om zorgvuldige afwegingen aangezien deze o.a. een effect hebben op (zorgaanbod in) individuele ziekenhuizen en de regio. Dit vergt ook transparante communicatie richting alle belanghebbenden m.b.t. implicaties van gemaakte afspraken.

De uitgangspunten in de werkagenda sluiten aan bij de geconstateerde knelpunten en uitdagingen van de ic-zorg. Op basis van deze uitgangspunten zijn er vijf producten opgenomen. Voor de uitvoering van ieder product is een projectteam met afgevaardigden uit de verschillende veldpartijen geformeerd. Naar verwachting worden de verschillende producten in de loop van 2026 opgeleverd. De NZa blijft de daadwerkelijke uitvoering van de werkagenda kritisch volgen, aangezien het essentieel is dat dit voldoende antwoord biedt op de uitdagingen van de ic-zorg. Ook denkt de NZa mee bij de bekostiging (het laatste product). De volgende vijf producten worden opgepakt binnen de werkagenda:

- 1 Inzicht in relevante data;
- 2 Minimale eisen aan ic-zorg;
- 3 Bepaling ic basiscapaciteit met mogelijkheden tot opschaling bij crises en pandemieën;
- 4 Ontwikkeling van een organisatiemodel ic-zorg;
- 5 Afspraken over financiering, bekostiging, contractering, interne verdeling en registratie van zorgactiviteiten.

6.7 Conclusie

De ic-zorg is aan het veranderen, dus de bekostiging, contractering, kostentoerekening en interne verdeling moeten hierin meebewegen. Draaien aan één van de knoppen (van bekostiging, contractering en kostentoerekening/interne verdeling) betekent dat de andere twee ook meebewegen. In de vorige paragrafen hebben we verschillende mogelijkheden hiervoor beschreven. Om te zorgen dat we aan de juiste knoppen draaien, stellen we drie strategische doelen voor die de complexe interactie van bekostiging, contractering en interne verdeling behapbaar kan maken, namelijk:

1) Creëer inzicht

Op dit moment ontbreken data-inzichten, zoals onder andere het inzicht over de 'outreaching'-activiteiten van het ic-personeel. Een belangrijke eerste stap is dat zorgaanbieders hier een passende registratie voor inrichten. Zonder dit inzicht kan geen enkele systeemwijziging goed vorm krijgen. Of het nu gaat om aanpassingen in de bekostigingssystematiek, aanvullende afspraken in de contractering, of een betere interne kostentoerekening en/of verantwoording binnen de interne budgetverdeling van zorgaanbieders: in alle gevallen is deze informatie noodzakelijk.

2) Maak een gezamenlijke werkagenda 'Toekomstbestendige IC-zorg'

Veldpartijen zijn hier al volop mee aan de slag, dat is positief. De NZa volgt kritisch de uitkomst hiervan.

3) Maak op basis van de werkagenda (landelijke) inhoudelijke afspraken over de ic in de contractering

De NZa vindt het belangrijk dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars inhoudelijke afspraken maken over de ic-zorg in de contractering. Het maken van individuele inhoudelijke afspraken is vrijblijvend en gebeurt momenteel nog te weinig. Landelijke bestuurlijke afspraken hierover zijn belangrijk en randvoorwaardelijk om goede inhoudelijke afspraken in de contractering te ondersteunen.

Hiermee kunnen zij gezamenlijk invulling geven aan hun verantwoordelijkheid ten aanzien van de levering en inkoop van toekomstbestendige ic-zorg. Wat de NZa betreft is de hierboven beschreven werkagenda waar partijen aan werken een mooie basis voor deze inhoudelijke afspraken in de contractering. Het is belangrijk om de punten uit de werkagenda ook daadwerkelijk te vertalen in concrete afspraken in de contractering, zodat er ook echt iets mee gebeurt.

7 Conclusie

Alles afwegende concluderen we dat budgetbekostiging geen passende oplossing is voor het toegankelijk houden van de ic. De mogelijke voordelen van budgetbekostiging wegen niet op tegen de nadelen van dit ingrijpende instrument. Ook biedt budgetbekostiging geen oplossing voor de grootste uitdaging van de ic-zorg (op termijn). Namelijk de spanning tussen enerzijds een afnemende vraag naar ic-zorg in combinatie met een tekort aan ic-verpleegkundigen, en anderzijds het moeten voldoen aan de minimale omvang, formatie en kwaliteitseisen om als ic operationeel te kunnen blijven. Wij zien wel kansen om middels een gezamenlijke werkagenda van veldpartijen tot gerichtere en gedragen oplossingen te komen.

De vraag naar ic-zorg neemt af, wat (op termijn) een risico geeft voor het behoud van kleine ic's

De ic-zorgvraag is afgenomen. Dit is positief, want het lukt steeds beter om ic-zorgvraag te voorkomen, door onder andere kritischer te kijken naar het ic-gebruik, samenwerking binnen het ziekenhuis en de startende beweging van ic-zorg leveren buiten de muren van de ic. Tegelijkertijd leidt de afgenomen zorgvraag, samen met het tekort aan verpleegkundig ic-personeel en de huidige bekostiging op basis van productie, ertoe dat bij een te lage bezettingsgraad ic-bedden structureel verdwijnen.

De positieve ontwikkeling van het voorkomen van de ic-zorgvraag staat daarmee op gespannen voet met het risico dat ic-afdelingen op termijn niet meer operationeel houdbaar zijn. Dat is de grootste uitdaging van de ic-zorg. Overigens zien wij het afschalen van ic-bedden niet per definitie als probleem, tenzij dit betekent dat de kleinere ic hierdoor door de ondergrens geraken en verdwijnen, of er kritische capaciteit en expertise verdwijnt. Voor kleinere ic's, die een minder planbare ic-zorgvraag hebben, is het namelijk moeilijk hun bezettingsgraad op peil te houden, waardoor steeds meer ic-bedden worden afgeschaald. Als we het met elkaar belangrijk vinden dat de huidige beschikbaarheid van de ic-locaties in stand blijft, zien we hier (op termijn) een risico.

Partijen vinden het belangrijk dat de kleinere ic's waar mogelijk hun basiscapaciteit behouden om operationeel te kunnen blijven. Bij het verdwijnen van ic's zijn er namelijk ook cascade-effecten van andere zorg die niet meer geleverd kan worden binnen een instelling. Dit kan grote consequenties hebben voor ziekenhuizen. Zo heeft de ic een belangrijke achterwachtfunctie voor de acute zorg en electieve zorg (o.a. complexe operaties). Voor de NZa staat het toekomstbestendig inrichten van het ic- en msz-landschap centraal. Daarbij is het een open vraag of alle ic's (in hun huidige vorm) ook in de toekomst moeten blijven bestaan. Een discussie over het al dan niet verdwijnen van ic-locaties dient in samenhang gezien te worden met de regionale functie van een instelling en een toekomstbestendig zorgaanbod in de regio.

De huidige bekostigingssystematiek van ic sluit niet aan bij de gewenste beweging

De vraag van budgetbekostiging voor de ic was initieel alleen een politieke wens. Voorafgaand aan deze opdracht is de ic-bekostiging niet als een specifiek probleem naar voren gekomen. Gedurende dit traject is er vanuit NVZ gesignaleerd dat ic's met een lagere bezettingsgraad verlieslatend zijn, omdat zij onvoldoende omzet genereren uit de huidige P*Q bekostiging. Dit knelpunt van de bekostiging wordt in de contractering ondervangen door afdoende financiële (totaal)afspraken te maken. In de contractering is er voldoende ruimte (i.e. plafondatafspraken en contractprijzen onder het max-tarief). Daarnaast leek voor het merendeel van de ic's de huidige bekostigingsmethodiek voldoende passend. Dit kan zijn omdat ic's nog voornamelijk productiegericht werken en/of er gewerkt wordt met interne budgetten en verdeling. Desalniettemin constateren we in dit traject dat de huidige bekostiging van ic een risico bevat op te veel afschaling van de ic-capaciteit. Ook past de bekostiging niet goed bij de gewenste ontwikkeling van de ic-zorg, waarbij er minder productiegericht wordt gewerkt en meer wordt ingezet op het voorkomen van een ic-opname door zorg te leveren buiten de muren van de ic. De huidige

bekostiging, die direct gekoppeld is aan de opnames op de ic (de ic-ligdagen), is hierbij onvoldoende toereikend. De huidige systematiek faciliteert de inzet van ic-personeel buiten de muren van de ic-afdeling niet goed. In de praktijk worden de interne kosten niet toegerekend aan de afdeling waar het ic-personeel daadwerkelijk wordt ingezet, maar aan de ic-bekostiging, dat wil zeggen aan de ic-ligdagen. Hierdoor stijgen de ic-kosten per ligdag en daarmee de ic-tarieven die de NZa vaststelt op basis van kostprijzen.

Budgetbekostiging kan deels bijdragen aan de doelen van VWS, maar is niet proportioneel en geen oplossing voor het capaciteitsprobleem van de ic's

De doelstellingen die door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zijn verbonden aan dit advies over budgetbekostiging voor de ic- naast meer samenwerking, en het uit de marktwerking halen van ic-zorg - zijn:

- De toegankelijkheid van ic-zorg te garanderen door ziekenhuizen financiële zekerheid te bieden.
- De flexibiliteit en robuustheid van ic-zorg te versterken, met name voor situaties van een tijdelijke verhoging van de zorgvraag (anders dan pandemische paraatheid).

Budgetbekostiging kan financiële zekerheid bieden, met name voor de kleinere ic's en meer ruimte bieden om ic-zorg buiten de ic te leveren. Door de dalende vraag naar ic-zorg is het voor deze kleinere ic's moeilijker om voldoende bedbezetting te realiseren. Met een budgetbekostiging voor ic-zorg vervalt weliswaar deze noodzaak tot productie, maar dit lost niet het capaciteitsprobleem en de schaarste aan personeel op. Ook lijkt de financiële onzekerheid in de huidige praktijk beperkt. Het is namelijk mogelijk om hier afspraken over te maken in de contractering en we zien dat de gemiddelde contracteerprijs voor ic-ligdagen ruim onder het maximale tarief is dat de NZa vaststelt. De financiële ruimte in de contractering voor ic-zorg lijkt dus toereikend, ook zijn er vanuit ons Toezicht geen concrete signalen over de contractering van de ic-zorg. Daarbij zien we dat er de afgelopen jaren alleen enkele sluitingen van ic's zijn geweest als gevolg van fusievorming en algehele faillissementen van instellingen.

De toegankelijkheid van de ic-zorg staat ook niet zozeer onder druk vanwege financiële onzekerheid, maar juist vanwege een capaciteitsprobleem. De grootste uitdaging in de ic-zorg is namelijk de spanning tussen enerzijds steeds minder ic-opnames omdat de ic-zorgvraag afneemt en anderzijds het moeten voldoen aan de minimale formatie, omvang en kwaliteitseisen om als ic operationeel te kunnen blijven. Een budgetbekostiging voor ic borgt niet dat ic's afschalen of zelfs sluiten; dit kan nog steeds omwille van de afnemende vraag naar ic-zorg in combinatie met het tekort aan verpleegkundig ic-personeel. Aanvankelijk is het afschalen van lege ic-bedden vanuit kwaliteits- en doelmatigheidssoogpunt ook wenselijk; ic-zorg is duur, vraagt veel personeelsinzet en is geen gezonde omgeving voor patiënten. Echter, uiteindelijk kan door een steeds verder teruglopende vraag naar ic-capaciteit, op termijn een ondergrens worden bereikt om een ic operationeel te houden. Dit staat los van de wijze van bekostigen. Soms wordt een budgetbekostiging ten onrechte gezien 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 namelijk niet tot een toename van beschikbare middelen, zoals zorgpersoneel of andere middelen. Wij vinden het inzetten van budgetbekostiging voor de ic-zorg dan ook *niet proportioneel*, gezien de beperkte financiële druk op de toegankelijkheid en continuïteit van de ic-zorg.

Budgetbekostiging-ic bevordert niet de beweging naar een toekomstbestendig msz-landschap

De ic-zorg staat op het punt om meer te bewegen richting passende zorg. De verdere ontwikkeling richting 'ic zonder muren' en het voorkomen van ic-opnames moet eerst tot wasdom komen. Hoewel budgetbekostiging ruimte geeft om te innoveren *binnen een instelling* – doordat de focus op productie afneemt – heeft een budgetgarantie als risico dat de urgentie om te transformeren juist vermindert. Hierdoor ontstaat er onvoldoende stimulans om te bewegen naar passende zorg. Terwijl het noodzakelijk is dat de ic-zorg transformeert door de afnemende zorgvraag en de veranderende functie van de ic.

Daarbij staat de zorg voor een grote uitdaging om bij de aanhoudende personele schaarste toch de toegankelijkheid te kunnen borgen. Een optimale inzet van schaarse arbeidskracht is van groot belang.

Tevens draagt budgetbekostiging voor ic op zichzelf niet bij aan een toekomstbestendig msz-landschap en is het juist eerder contraproductief wanneer het wordt ingevoerd zonder duidelijke landelijke kaders. Op dit moment ontbreken deze kaders. Een vast budget voor de huidige ic's legt de bestaande inrichting impliciet vast en beperkt de ruimte om keuzes te maken over de toekomstige organisatie van het ziekenhuislandschap. Dit is onwenselijk, omdat het msz-landschap juist in beweging is door de ontwikkeling richting Spreiding & Concentratie. Flexibiliteit is nodig voor de profielontwikkeling van ziekenhuizen. Op dit moment is het nog onzeker of het huidige ic-landschap in zijn bestaande vorm toekomstbestendig is ingericht. Het is nog een vraag in hoeverre iedere ic in de toekomst als een (volwaardige) ic zal blijven bestaan, kijkend naar de functie van verschillende type ziekenhuizen in de regio en welke vorm daar passend bij is. Om die reden vinden wij het onwenselijk om het huidige msz-landschap nu al in meer of mindere mate te bestendigen door deze vast te zetten met budgetbekostiging.

Budgetbekostiging ic beperkt de mogelijkheden om integrale afspraken te maken

Een ander belangrijk bezwaar is dat invoering van budgetbekostiging ic leidt tot twee gescheiden bekostigingssystemen: één voor ic-zorg en één voor de overige medisch-specialistische zorg. Dit leidt tot een verlies van de integraliteit van afspraken, terwijl de ic juist een kernfunctie van het ziekenhuis vervult. De ic is namelijk een integraal onderdeel van de medisch-specialistische zorg in ziekenhuizen, en is nauw verweven met electieve chirurgische zorg, acute zorg en andere vormen van medisch-specialistische zorg. Wanneer ic-zorg in een aparte bekostigingsstroom wordt geplaatst, wordt het lastiger om substitutieafspraken en integrale maatwerkafspraken te maken, bijvoorbeeld voor kwetsbare ziekenhuizen. Bovendien zal de verwevenheid tussen ic-zorg en de rest van de ziekenhuiszorg in de toekomst alleen maar verder toenemen: de ic-zorg wordt steeds vaker ook buiten de ic-afdeling geleverd, terwijl de totale ziekenhuiszorg complexer wordt en laagcomplexere zorg steeds vaker buiten het ziekenhuis plaatsvindt. Bij budgetbekostiging seh hebben wij destijds een andere afweging gemaakt, zie bijlage A.

Alternatieve oplossingen voor de ic-zorg zijn noodzakelijk en voorhanden

De NZa vindt budgetbekostiging geen passende oplossing voor de ic-zorg. Tegelijkertijd constateren we knelpunten die opvolging verdienen. Op dit moment maken veldpartijen een werkagenda met landelijke kaders voor een toekomstbestendig ic-landschap. Dit is een belangrijke eerste stap. De NZa ziet dat de knelpunten van de ic-zorg opgepakt worden binnen de werkagenda, dat is positief. Wij blijven de daadwerkelijke uitvoering van de werkagenda kritisch volgen, aangezien het essentieel is dat dit voldoende antwoord biedt op de uitdagingen van de ic-zorg en de toekomstige toegankelijkheid van de ic-zorg.

Daarnaast biedt de huidige contractering voldoende mogelijkheden om de transitie van het ic-landschap te ondersteunen, maar wordt deze ruimte op dit moment onvoldoende benut. Om die reden vragen wij om landelijk bestuurlijke afspraken in de werkagenda van partijen hierover. Daarnaast is de NZa bereid om waar nodig aanpassingen in de bekostiging te maken, maar op dit moment zien wij niet direct een oplossing in de bekostiging voorhanden. Om deze punten beter te ondervangen en te werken aan toekomstbestendige ic-zorg adviseren wij drie acties binnen het huidige systeem:

1. Creëer inzicht in de inzet en bijbehorende kosten van ic-personeel buiten de ic-afdeling. Zonder dit inzicht is het niet goed mogelijk om tot een passende vergoeding hiervan te komen.
2. Maak een gezamenlijke werkagenda 'Toekomstbestendige IC-zorg'. Alle betrokken veldpartijen zijn hier gezamenlijk volop mee aan de slag.
3. Vertaal de punten uit de werkagenda naar concrete afspraken over ic in de contractering.

Bijlagen



Bijlage A.

Budgetbekostiging: verschillen tussen seh en ic

In het regeerakkoord heeft het demissionaire Kabinet-Schoof het voornemen opgenomen om budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp, acute verloskunde en de ic-afdelingen in te voeren. De NZa adviseert in dit advies negatief over budgetbekostiging voor ic. Ook hebben wij negatief geadviseerd over budgetbekostiging voor de acute verloskunde. Bij de seh adviseren wij juist positief over budgetbekostiging. De NZa kijkt per adviesaanvraag naar de context van de desbetreffende zorgsoort om zo te beoordelen of budgetbekostiging passend is. Ondanks dat de seh, acute verloskunde en ic de nodige overeenkomsten hebben zijn er ook duidelijke verschillen, waardoor de NZa tot een ander advies komt. In dit kader lichten we de belangrijkste verschillen toe tussen seh en ic, gebaseerd op de huidige kennis van beide sectoren. Daarbij merken we op dat dit specifiek gaat om de verschillen tussen seh en ic, en geen integraal afwegingskader is voor toekomstige adviezen over passende bekostiging.

Acute en planbare zorg

In ons eerdere advies Bekostiging acute zorg hebben wij geconcludeerd dat acute zorg een duidelijke beschikbaarheidsfunctie heeft en dat een vorm van beschikbaarheidsbekostiging daar goed bij past. Specifiek hebben we voor de seh geadviseerd dat we voorstander zijn van invoering van een budgetbekostiging met inkoop in representatie door zorgverzekeraars, hierbij is een normenkader dat invulling geeft aan de beschikbaarheid van seh's en het acute zorglandschap randvoorwaardelijk.

Beweegredenen budgetbekostiging voor de seh:

- Door de seh te bekostigen met een vast budget krijgen ziekenhuizen meer financiële zekerheid en worden de prikkels gelijk getrokken met andere vormen van acute zorg die reeds budgetbekostiging kennen (ambulancetzorg, huisartsenpost, acute ggz). Dit maakt de samenwerking in de keten makkelijker.
- Een vast budget op basis van beschikbaarheid past ook beter bij de seh, immers de kosten om de seh beschikbaar te houden (kosten seh-personeel, achterwacht, etc.) worden gemaakt ongeacht de hoeveelheid patiënten die de seh ziet.

Een belangrijk verschil tussen seh en ic is dat seh echt acute zorg is en een (vrij) zuivere beschikbaarheidsfunctie heeft. Ic daarentegen is een mix van acute zorg en planbare zorg. Hieronder lichten we dat nader toe.

Samenwerking

De seh draait voornamelijk om het leveren van acute zorg en de samenwerking met de andere ketenpartners van de acute zorg (ambulance, huisartsenpost, etc.). Bij de ic staat juist de samenwerking met de rest van het ziekenhuis centraal, waarbij de omvang en functie van de ic-afdeling ook voor een groot deel samenhangt met het type zorg dat het ziekenhuis levert.

Waar bij de seh een budgetbekostiging de bekostiging juist in lijn brengt met de andere acute zorg ketenpartners (ambulancetzorg, huisartsenposten, acute ggz), zou budgetbekostiging voor de ic juist de integraliteit en samenhang in de bekostiging van de ic en de rest van het ziekenhuis doorbreken en ook in de contractering het maken van integrale afspraken moeilijker maken.

Ontwikkeling zorginhoud

De ic-zorg is erg verweven met de rest van de ziekenhuiszorg. Ontwikkelingen in de ziekenhuiszorg hebben ook veel invloed op de ic, zo kan er met technologische en medische vooruitgang ook steeds meer intensievere zorg op de afdeling geleverd worden, en zien we een beweging waarbij ic-personeel steeds vaker wordt ingezet voor ondersteuning buiten de ic-afdeling. De ic-zorg en overige msz zullen in de toekomst nog meer naar elkaar toe bewegen.

Door deze grote samenhang en de zorginhoudelijke ontwikkelingen is het niet wenselijk om de ic 'los te knippen' van de bekostiging van de rest van het ziekenhuis en een vast budget te geven. De ic en de rest van het ziekenhuis zijn namelijk communicerende vaten en een budgetbekostiging voor ic vermindert de ruimte om mee te bewegen met de ontwikkelingen.

Variatie in omvang en functie zorgaanbod

Een duidelijk verschil tussen de seh en ic zit in de mate waarin het zorgaanbod varieert in functie en omvang. Bij seh zien we ook variatie in de omvang (o.a. aantal patiënten) en de complexiteit van de geleverde zorg (o.a. level-indeling), maar bij de ic is de zorginhoudelijke variatie veel groter. ic-afdelingen lopen sterk uiteen in grootte, met een variatie tussen minimaal 4 ic-bedden en maximaal 50 ic-bedden. Daarbij is ook de functie van de ic en de patiëntenpopulatie erg verschillend. De zorg die een ic levert hangt sterk samen met het type ziekenhuis, waarbij ook de verhouding tussen het gedeelte acute zorg en planbare zorg sterk verschilt.

Vanwege de grote variatie in het zorgaanbod van ic-afdelingen is het wenselijk om in de bekostiging en contractering ruimte te hebben voor maatwerk om zo recht te doen aan de kosten die een individuele ic-afdeling maakt. Met een budgetbekostiging heb je veel minder ruimte tot maatwerk dan bij de huidige prestatiebekostiging, omdat je meer moet inkaderen hoe het budget tot stand komt. Daarbij hebben zorgverzekeraars minder speelruimte om lokale afspraken te maken. Praktisch zou het voor de ic enorm complex zijn om een budgetbekostiging vorm te geven die goed recht doet aan alle verschillen in omvang en functie. En een complex systeem verhoogt de administratieve lasten van ziekenhuizen en zorgverzekeraars.

Daarnaast zien we dat bij ic een grote samenhang tussen de hoeveelheid geleverde zorg en de omvang en kosten van de ic-afdeling. Dit past van nature minder goed bij een budgetbekostiging op basis van beschikbaarheid, waarbij juist de beschikbare capaciteit centraal staat en niet de zorglevering. Een budgetbekostiging beperkt de ruimte om mee te bewegen met de hoeveelheid geleverde zorg.

Flexibiliteit bekostiging

Nog een punt waar de seh verschilt van de ic is de mate waarin opschalen en afschalen in capaciteit belangrijk is. Daar waar de seh meer een zuivere beschikbaarheidsfunctie heeft ongeacht de zorgvraag, is het voor de ic-zorg erg belangrijk dat ic-afdelingen flexibel en robuust zijn en kunnen opschalen bij een verhoogde zorgvraag. Gedurende het jaar varieert de vraag naar ic-zorg. In de herfst- en wintermaanden zijn er gemiddeld meer opnames i.v.m. luchtweginfecties, terwijl er in de zomer minder opnames zijn.

Met een budgetbekostiging wordt ingezet op een vast budget dat een bepaalde capaciteit bekostigt ongeacht de zorgvraag. Budgetbekostiging past minder goed bij de ic, omdat bij ic juist de flexibiliteit nodig is om goed mee te bewegen met de ontwikkelingen in de zorgvraag. De huidige prestatiebekostiging beweegt automatisch mee met de hoeveelheid geleverde zorg, budgetbekostiging niet.

In theorie zou er een systeem gemaakt kunnen maken waarbij een budgetbekostiging heel vaak wordt herijkt en gebaseerd op de hoeveelheid geleverde zorg. Maar dat zou de facto een soort prestatiebekostiging worden binnen een budgetbekostiging systeem, dit staat haaks op de insteek van het instrument budgetbekostiging en is dan erg vergelijkbaar met de huidige bekostiging en contractering. In dat geval zou het logischer zijn om de huidige prestatiebekostiging te behouden.

Landschap en ontwikkelingen

Budgetbekostiging is op zichzelf een heel algemeen en breed instrument, met allerlei mogelijkheden in de praktische invulling. Een belangrijke eerste stap om budgetbekostiging van zoveel mogelijk maatschappelijke meerwaarde te laten zijn is de koppeling van budgetbekostiging aan de doelen en gewenste verandering. Een risico van invoering van budgetbekostiging zonder deze essentiële stap is dat een budgetbekostiging dan juist de gewenste beweging naar een toekomstbestendig zorglandschap in de weg kan zitten door de status quo vast te zetten. Dit algemene punt geldt zowel voor seh als ic, bij beide zorgvormen speelt de uitdaging om het zorgaanbod toekomstbestendig vorm te geven. Maar we zien hierbij ook duidelijke verschillen.

Bij de seh loopt al vele jaren de discussie rond spreiding en concentratie en herziening van de 45-minutennorm. We hebben in eerdere adviezen duidelijk geconstateerd dat er een transitie nodig is naar een toekomstbestendig seh-landschap. Dit om schaars personeel beter in te zetten en het aanbod beter te laten aansluiten op de zorgvraag. Daarbij hebben we de afgelopen jaren gezien dat het zorgverzekeraars en ziekenhuizen niet lukt om hier in de contractering vorm aan te geven. We hebben geadviseerd voor invoering van budgetbekostiging gekoppeld aan een helder normenkader.

Bij ic ligt de situatie wat anders. De afgelopen tien jaar heeft de NZa nagenoeg geen wijzigingsverzoeken ontvangen voor de huidige ic-bekostiging. De aanleiding voor het advies over budgetbekostiging was de politieke opdracht uit het regeerprogramma. Daarbij zien we dat de discussie over een toekomstbestendig ic-landschap wel loopt, maar in een andere fase zit dan bij seh.

- Ten eerste is de verwevenheid van ic met de overige msz nog een stuk groter, waardoor de discussie over de organisatie van ic niet los kan worden gezien van het hele msz-landschap. Op dit moment is het msz-landschap juist in beweging is door de ontwikkeling richting Spreiding & Concentratie. Flexibiliteit is nodig voor de profielontwikkeling van ziekenhuizen.
- Ten tweede zijn de betrokken veldpartijen van de ic (NVZ, UMCNL, V&VN-IC, NVIC, FCIC en ZN) momenteel gezamenlijk bezig met een werkagenda om te komen tot kaders voor het toekomstbestendige ic-landschap. Daar waar we bij seh hebben geconcludeerd dat het in de contractering niet lukt om tot de benodigde transitie te komen, is dat juist iets waar bij ic de veldpartijen gezamenlijk mee aan de slag zijn. Wij willen dan ook inzetten op deze werkagenda en dat ondersteunen.

Het is dus onwenselijk om nu budgetbekostiging in te voeren zonder een normenkader of richting voor het toekomstbestendig ic-landschap. Het is belangrijk dat de veldpartijen de komende tijd aan de slag gaan met de werkagenda. Op basis van die inhoudelijke stappen kan in het vervolg gekeken worden of dit ook aanpassingen behoeft in de bekostiging. Maar wat de NZa betreft moet dat gebeuren vanuit een breed perspectief, dus op alle mogelijkheden om passende bekostiging vorm te geven, niet alleen gefocust op het instrument budgetbekostiging.

Bijlage B.

Alternatieve zorgvormen naast de ic

Andere afdelingen leveren ook intensievere zorg, maar niet in de mate als een volwaardige intensive care-afdeling. Patiënten die op deze afdelingen liggen voldoen dan ook niet aan de definitie van een ic-patiënt. Doordat op deze afdelingen wel intensievere zorg wordt geleverd, zijn de intensivisten nauwer betrokken dan bij reguliere afdelingen, en wordt hier dus meer gebruik gemaakt van ic-expertise. Voorbeelden van deze afdelingen met intensievere zorg zijn een Medium Care Unit, Coronary Care Unit, Stroke Unit of Post Anesthesia Care Unit. Deze zijn niet in scope van ons advies over budgetbesteding voor ic-afdelingen. We lichten deze andere afdelingen hieronder kort toe, omdat er wel veel inhoudelijke samenhang of deels overlap is met reguliere ic's:

- Medium Care Unit: er bestaat geen uniforme definitie of inrichting van een Medium Care Unit (mcu). Instellingen geven hier een eigen invulling aan. Alhoewel een medium care vaak onderdeel is van de afdeling ic, kent de medium care een andere patiëntpopulatie en behandelvorm dan de ic zelf. Een voorbeeld hiervan is dat invasieve beademing geen mogelijkheid is op de MCU, en wel op de ic.
- Coronary Care Unit (ccu): Deze afdeling staat beter bekend als hartbewaking. Hier worden patiënten opgenomen met specifiek klachten van het hart, waarbij continue monitoring vereist is.
- Stroke Unit: Deze afdeling kan zowel aan de ic als bij de neurologie gekoppeld zijn, en ziet voornamelijk patiënten die een hersenberoerte hebben gehad.
- Post Anesthesia Care Unit (pacu): De pacu kenmerkt zich als een recovery-afdeling waar meerdere patiënten die uit een operatie komen gemonitord kunnen worden. Het is daarmee een efficiëntere vorm van recovery-zorg. Vaak wordt deze ook gekoppeld aan het specialisme anesthesiologie. Op dit moment loopt er een wijzigingsverzoek voor aanpassing van de bekostiging voor de pacu.

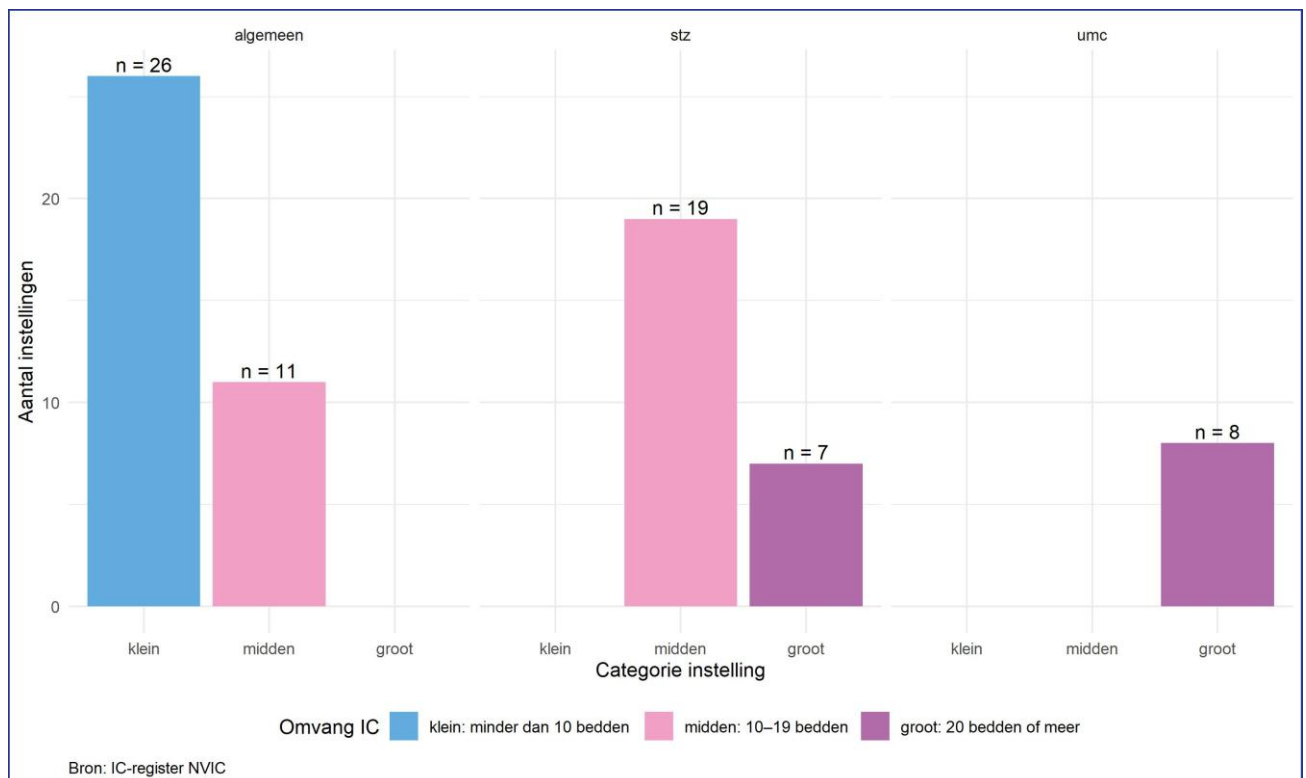
Bijlage C.

Verdieping huidige ic-landschap

In het advies presenteren we de belangrijkste kerncijfers over het ic-landschap. In deze bijlage beschrijven we enkele diepgaandere data-inzichten die ook relevant zijn.

C.1 Omvang ic per type instelling

In figuur C.1 is zichtbaar wat de omvang van de ic is per type instelling, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen algemene ziekenhuizen, samenwerkende topklinisch ziekenhuizen (stz) en universitair medisch centra (umc). Hierbij is te zien dat alle umc's 20 ic-bedden of meer hebben, en dat geen enkel algemeen ziekenhuis 20 ic-bedden of meer heeft, maar juist het merendeel minder dan 10 ic-bedden heeft. Dit laat zien dat de omvang van de ic-afdeling en de zorgvraag naar ic-bedden ook afhangt van het soort zorg dat wordt geleverd in die instelling.



Figuur C.1: Omvang ic per type instelling in 2023

C.2 Aard van de opnames

De aard van de opname kan inzichtelijk maken welk deel van de ic-zorg voortkomt uit een acute zorgvraag of onderdeel is van electieve zorg (zie tabel B2.1). Volgens de NICE-data van 2023 zijn 56% van de patiënten met spoed opgenomen met een niet-chirurgische indicatie. Ruim 10% van de opnames zijn als gevolg van spoedchirurgie. Dit omvat samen (bijna) de gehele spoedzorg op de ic. Het overige gedeelte van de opnames, dit betreft een derde, is vanwege de geplande chirurgie. Dit is dan ook gelijk het overgrote deel van de geplande zorg, aangezien het nauwelijks voorkomt dat een niet-chirurgische patiënt gepland op de ic voorkomt. Een voorbeeld waar dit wel kan voorkomen is als een arts mogelijk een heftige allergische reactie verwacht in het kader van een behandeling met medicatie.

Type ic-opname	Aantal (totaal 70.108)	Percentueel aandeel van totaal (afgerond)
Medisch (niet-chirurgisch)	39.205	56%
Chirurgie (snel)	7.914	11%
Chirurgie (gepland)	22.825	33%
Overig	164	<1%

Tabel C.2: Verdeling opnames ic op grond van aard van de opname (bron: NVIC)

C.3 Top 10 dbc's op ic

In onderstaande tabel B2. zie je de landelijke top 10 van de meest voorkomende gedeclareerde dbc's op de ic. Hierin is goed zichtbaar dat op een ic zowel acute zorg (bijvoorbeeld vergiftiging of longontsteking) als geplande zorg dat veelal bestaat uit de monitoring na complexe operaties (bijvoorbeeld aortaklepverving) wordt gegeven. Het aantal keer dat er een operatie binnen diezelfde DBC voorkomt, is ook te zien in de laatste kolom van de tabel. Bij vijf van de gedeclareerde dbc's in deze top 10 zien we dat er veelal een operatie aan vooraf is gegaan, waarbij dan ook het specialisme (cardiothoracale) chirurgie was. Ook is te zien dat deze patiënten vanuit verschillende specialismen terecht komen, en daarmee toont het de brede verwevenheid met de overige zorg binnen een instelling aan. De patiënten die in onderstaande tabel worden meegerekend liggen relatief kort op de ic, met voor de meeste aandoeningen een mediane ligtijd van 2 dagen. Hierbij is gekozen voor een mediaan en geen gemiddelde, omdat de mediaan minder gevoelig is voor 'uitzonderlijke' patiënten die heel lang liggen.

Opvallend is dat halsslagaderaandoeningen in deze top 10 zijn terug te vinden. Bij bijna alle patiënten (96%) is een halsslagaderoperatie in dezelfde ziekenhuisopname geregistreerd (zie laatste kolom van de tabel). Volgens de kwaliteitsregistratie waarin alle halsslagaderoperaties (Dutch Audit for Carotid Interventions) worden er rond de 2800 operaties per jaar verricht. Hiervan kwamen dus 770 patiënten op de ic. Dit betekent dat ruim een kwart van deze patiënten op de ic terechtkomen. Na een operatie is het van belang dat er goede bloeddrukmonitoring plaatsvindt, echter hoeft dit niet op een ic te gebeuren. Het is ook niet waarschijnlijk dat al deze opnames in het kader van een complicatie zijn, want diezelfde kwaliteitsregistratie laat een laag complicatiepercentage zien, die ic-zorg zou vereisen (bijvoorbeeld het percentage nabloeding ligt rond de 3%). Daarmee kan dit een aanwijzing zijn dat er momenteel ook patiënten op de ic liggen die hier niet per definitie horen te liggen.

Notering	Diagnose-omschrijving dbc	Specialisme dat declareert	Aantal dbc's	Mediaan ic dagen	Aantal Operaties
1	Bypass operatie hart (CABG)	Cardio-thoracale chirurgie	4.020	2	3.990
2	Aortaklepverving	Cardio-thoracale chirurgie	1.680	2	1.660
3	Complexere bypass operatie hart (CABG met ≥ 2 arteriële grafts)	Cardio-thoracale chirurgie	1.560	2	1.550
4	Overdosis (intoxicatie)	Interne geneeskunde	1.410	2	10
5	Longontsteking (pneumonie)	Longziekten	1.410	4	50

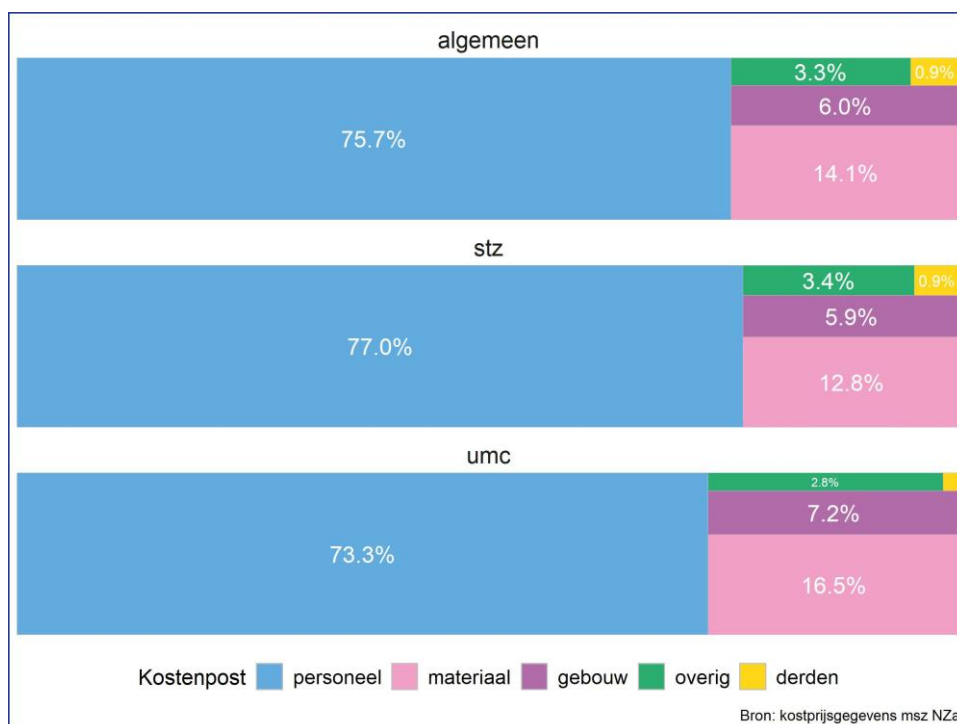
Notering	Diagnose-omschrijving dbc	Specialisme dat declareert	Aantal dbc's	Mediaan ic dagen	Aantal Operaties
6	Bloedvergiftiging (sepsis)	Interne geneeskunde	1.150	3	50
7	Herseninfarct	Neurologie	1.020	2	240
8	Halsslagaderaandoening (carotispathologie)	Chirurgie	800	2	770
9	Longkanker (neoplasma bronchus, long)	Chirurgie	690	2	660
10	(Ventriculaire) hartritmestoornissen	Cardiologie	680	3	170

Tabel C.3: Top 10 diagnoses op de ic met mediane aantal ligdagen in 2023 (Bron: het dbc-informatiesysteem DIS)

Ter informatie: bij de NICE-dataset wordt er gebruik gemaakt van een andere verdeling om de meest voorkomende patiëntengroepen inzichtelijk te maken is, namelijk diagnosegroepen. Hierbij vallen er meerdere dbc's onder één diagnosegroep, waardoor deze top 5 net anders is (bijvoorbeeld vallen de CABG-dbc's en de aortaklepvervangng daar samen in één groep 'cardiochirurgie').

C.4 Kostprijsgegevens ic

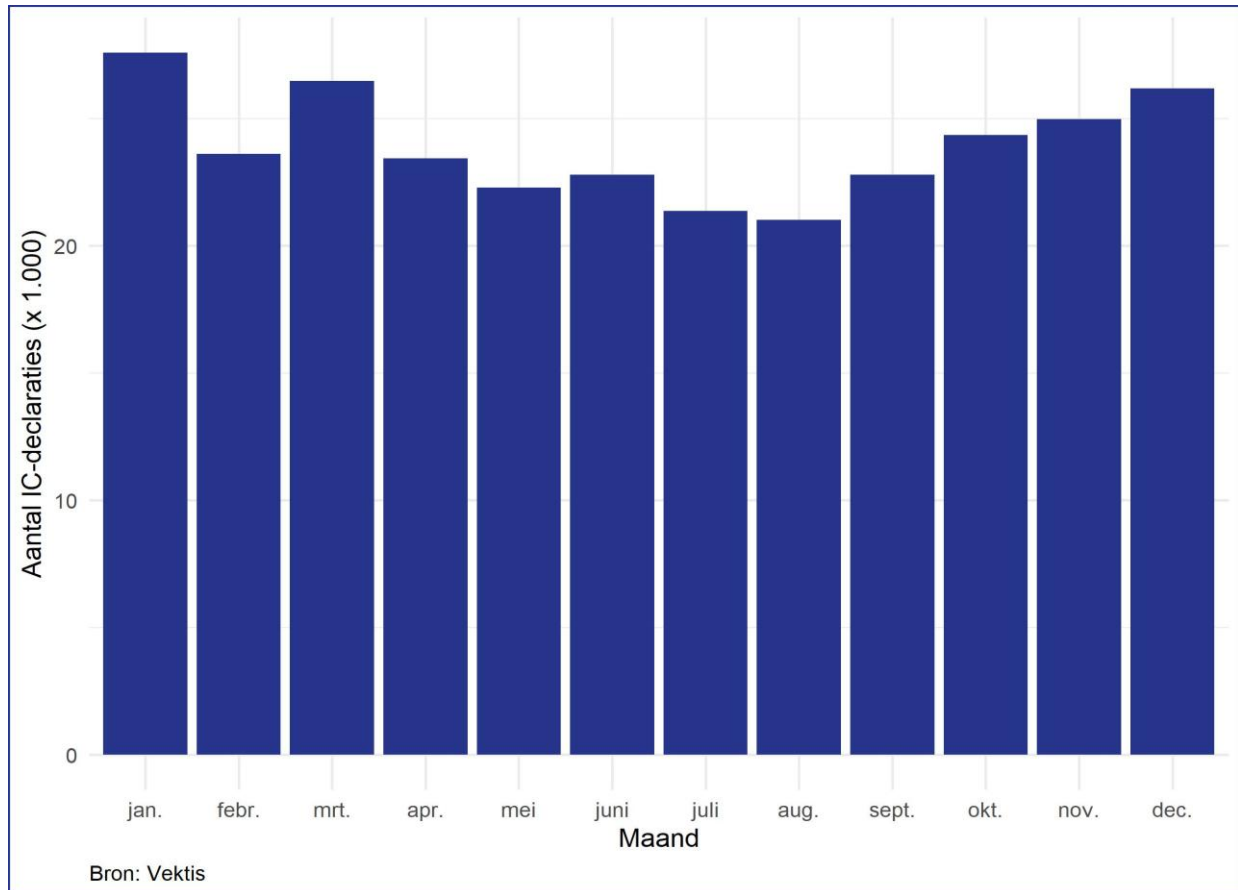
In onderstaand figuur wordt de kostprijs van een ic-ligdag uitgesplitst voor verschillende kostenposten: personeel, materiaal, gebouw, overig, en derden. Dit hebben we inzichtelijk gemaakt per type instelling: algemene ziekenhuizen, samenwerkende topklinische ziekenhuizen (stz) en universitair medisch centra (umc). Ongeveer driekwart van de kosten wordt bij alle type instellingen bepaald door personeel. De kostenverdeling is redelijk vergelijkbaar tussen de verschillende type instellingen. Alleen wordt er in de umc's relatief meer uitgegeven aan de kosten voor materiaal en gebouw dan in de algemene ziekenhuizen en stz.



Figuur C.4: Aandeel kostenposten in totale kosten ic per type instelling (2023)

C.5 Seizoenseffecten in beeld

De bezetting van de ic wordt bepaald door het zorgaanbod en – vraag. Deze fluctueert gedurende het jaar. In figuur B2.3 is een toename in de herfst-en wintermaanden te zien en een afname in de zomermaanden. Zoals in hoofdstuk 2 vermeldt, is gemiddeld tweederde van de ic gevuld door acute patiënten en de rest door geplande chirurgie. Vooral de zorgvraag vanuit de groep met acute patiënten fluctueert gedurende het jaar. In de herfst en winter is er namelijk een grotere verspreiding van infectieziekten. Daarnaast zijn er in de zomer minder geplande operaties.



Figuur C.5: Totaal aantal ic-declaraties uitgesplitst naar maand (2023).

C.6 Ic-landschap: aantal sluitingen ic's

De NZa heeft gekeken naar de instellingen die ic-igdagen declareren, gedurende de afgelopen 10 jaar. Er zijn op dit moment 71 ziekenhuislocaties met een ic (zie tabel B2.6). Alle ziekenhuisorganisaties hebben één of meerdere eigen ic-afdelingen. Terugkijkend naar de afgelopen tien jaar zien we dat er alleen ic-instellingen gesloten zijn als gevolg van faillissement van de instelling (namelijk het MC Slotervaart en het MC Zuiderzee in 2019) of fusievorming (namelijk fusie van AMC met Vumc en fusie van Langeland ziekenhuis met het Haga ziekenhuis). Daarnaast zijn er voorbeelden van instellingen die de keuze maken om binnen één instelling met meerdere ic-locaties één ic te sluiten (zoals HMC Bronovo). Onderstaande tabel betreft het aantal instellingen, *niet* het aantal ic-locaties.

Jaar	Aantal instellingen met 1 of meerdere ic's	Aantal instellingen die volledig stopten met hun ic-afdeling
2018	75	0
2019	73	2
2020	73	0
2021	73	0
2022	73	0
2023	73	0
2024	71	2

Tabel C.6: Aantal instellingen met een ic-afdeling en aantal sluitingen van ic op instellingsniveau

Bijlage D.

Nicu en picu

De opdrachtgever van dit advies, het ministerie van VWS, wenste ook dat nicu en picu werden meegenomen. Echter zijn de nicu en picu een status apart. Het was niet mogelijk om in de verkenning van budgetbesteding voor ic ook de nicu en picu volwaardig mee te nemen. In dit hoofdstuk geven we een korte beschrijving van de nicu en picu, inclusief de belangrijkste kerncijfers. Daarnaast lichten we toe waardoor de nicu en picu sterk afwijken ten opzichte van de reguliere ic's.

Korte beschrijving van nicu en picu in Nederland

De neonatale intensive care unit (nicu) is gespecialiseerde afdeling in een ziekenhuis die intensieve zorg biedt aan pasgeborenen die te vroeg geboren zijn, een laag geboortegewicht hebben, of andere ernstige gezondheidsproblemen hebben. Er zijn 9 nicu's in Nederland. Afhankelijk van een aantal factoren, zoals geboortetermijn, geboortegewicht, onderliggende problematiek, verschilt de ligduur tussen een aantal dagen en tot ongeveer 14 weken. Vergelijkbaar met de volwassen ic wordt er per dag een behandeling gedeclareerd (zorgproductcode 190150). Deze declaratie loopt parallel aan eventuele andere zorgtrajecten (van bijv. kindergeneeskunde).

De pediatrie intensive care unit (picu) is een afdeling binnen een ziekenhuis die gespecialiseerde zorg biedt voor kinderen die ernstig ziek zijn of een grote operatie hebben ondergaan. Er zijn 7 picu's in Nederland. De ligduur varieert naar aanleiding van de aandoening. Eveneens wordt er per dag behandeling gedeclareerd (zorgproductcode 190151) en loopt deze parallel aan eventuele andere zorgtrajecten.

Geen laagvolume setting bij nicu/picu en een hoge bezettingsgraad van bedden

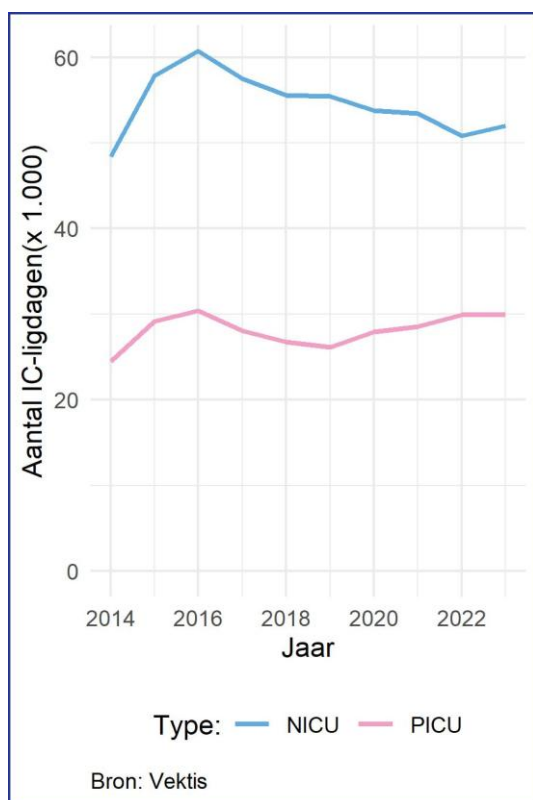
De ic-zorg voor kinderen en neonaten is al erg geconcentreerd in Nederland. De nicu's en picu's werken samen in een landelijk netwerk, en er is sprake van bovenregionale afstemming. Door deze concentratie is er geen sprake van een probleem in beschikbaarheidsfunctie in laag-volume setting, zoals bij de ic voor volwassenen. Ook is de bezettingsgraad van het aantal nicu- en picu-bedden volgens de NVK hoger, namelijk zo'n 90-100%. Het grootste probleem voor de nicu en picu zit op dit moment niet in de financiering, maar dat er te weinig gespecialiseerd verpleegkundig personeel op de kindergeneeskunde zijn.

Kerncijfers

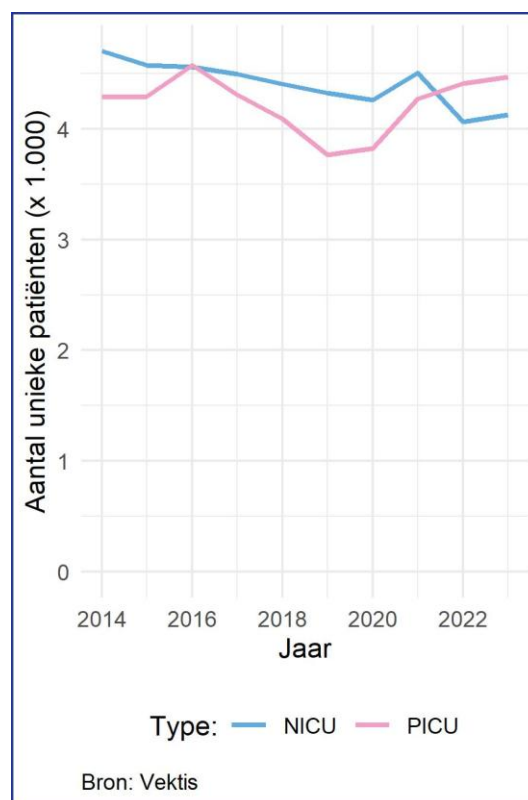
In 2023 werden er 52.000 ligdagen op de nicu en 29.900 ligdagen op de picu gedeclareerd. In figuur B3.1 is de trend sinds 2014 zichtbaar voor zowel picu als nicu. Voor nicu is er een geleidelijke afname van het totaal aantal ligdagen te zien. Het aantal ligdagen voor picu neemt geleidelijk toe. Dit komt door verschillende ontwikkelingen in de kindzorg. Zo is er een toename aan medische mogelijkheden voor een aantal hoogcomplexen patiënten, die eerder niet behandeld konden worden. Dit leidt tot meer postoperatieve ic-opnames. Ook is er een verlaging geweest van de grens van levensvatbaarheid in 2010 naar 24 weken. Mogelijk veroorzaakt dit meer kinderen met chronische aandoeningen, die later bij ziekte een ernstiger beeld hebben en een opname op de picu noodzakelijk is. Daarnaast kan de toename van het aantal ligdagen op de picu ook komen door een tekort aan verpleegkundig personeel voor de kindergeneeskunde in de algemene ziekenhuizen. Hierdoor is soms een langere ligduur op de picu noodzakelijk om de veiligheid van de patiënt te kunnen waarborgen.

Figuur B3.2 laat het aantal unieke patiënten per jaar zien voor zowel picu als nicu. Bij nicu is er een lichte geleidelijke daling van het aantal unieke patiënten zien. picu laat een fluctuerend beeld zien, waarbij vanaf 2019 er een geleidelijke stijging van het aantal patiënten is te zien. NVK geeft aan dat de

zorgvraag van zowel nicu en picu juist toeneemt, maar dat deze niet volledig geleverd kan worden, omdat er te weinig gespecialiseerd verpleegkundig personeel is.



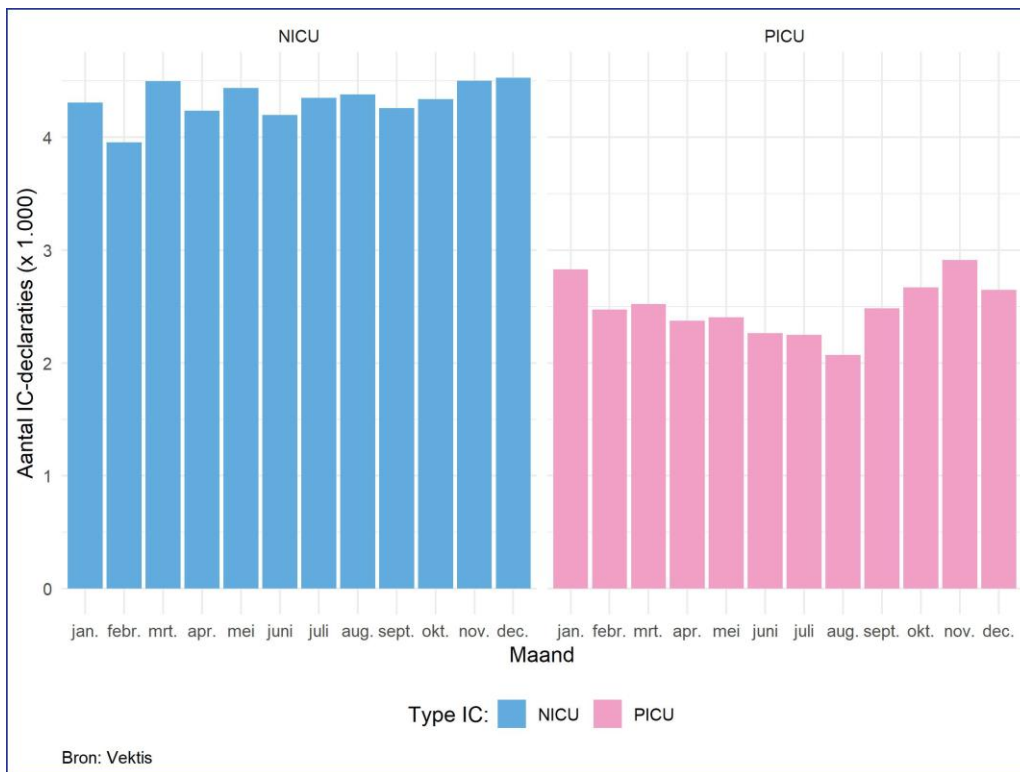
Figuur B3.1: Totaal aantal ic-ligdagen per jaar



Figuur B3.2: Aantal unieke patiënten per jaar

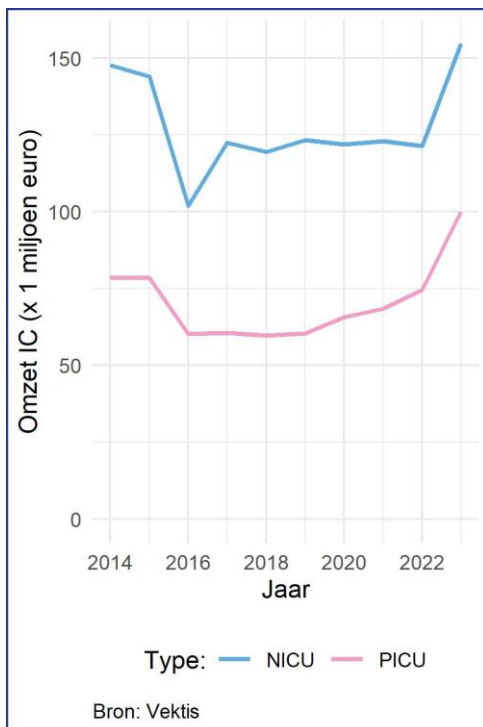
Seizoenseffecten

Seizoenseffecten zijn met name zichtbaar bij de picu en minder voor de nicu (zie figuur B3.3). Dit komt, omdat er bij de nicu-zorgvraag vaak sprake is van pasgeborenen of te vroeg geboren. Dit komt gelijkmatig over het jaar voor. Bij de picu is er een duidelijke stijging te zien in de wintermaanden. Omdat kinderen veel dicht op elkaar zitten op bijvoorbeeld de kinderopvang of op school, kunnen infecties makkelijk verspreiden.



Figuur B3.3: Totaal aantal ic-declaraties uitgesplitst naar picu en nicu en naar maand (2023).

De omzet van de nicu in 2023 was 155 miljoen euro en van de picu 100 miljoen. De omzet van deze zorg is van 2022 tot 2023 fors gestegen. Dit komt doordat de gemiddelde declaratiebedrag per opnamedag voor zowel de nicu als de picu in 2023 fors is gestegen: voor de nicu een stijging van 24,5% en voor de picu een stijging van 34,4%. Er heeft in 2023 namelijk een herijking van de tarieven plaatsgevonden.



Figuur B4.3. Totale omzet ic (x miljoen euro) per jaar, uitgesplitst voor nicu en picu.

Verschillen tussen nicu/picu en volwassen ic's

Indien ic-zorg noodzakelijk is, is het gelijk hoogcomplexere zorg

De manier van zorgorganisatie voor kindzorg is fundamenteel anders t.o.v. zorg voor volwassenen. Bij de volwassene ic is er sprake van verschillende zorgzwaarteniveaus van ic-zorg. Indien ic-zorg voor kinderen noodzakelijk is, is het gelijk zeer intensieve en hoogcomplexere zorg. Om deze reden is het dan ook al zeer geconcentreerd, en is er weinig ruimte over op de nicu/picu voor minder complexe patiënten, waardoor de druk op de verpleegafdelingen van de kindergeneeskunde is toegenomen.

Meer transport bij nicu- en picu-zorg

Er is geen een algemeen ziekenhuis die een kinder-ic heeft. Dus dat betekent automatisch meer transport én per definitie is de zorgzwaarte op een nicu/picu een stuk zwaarder (aangezien transport niet zo snel wordt overwogen bij relatief lichtere indicaties). De in- en doorstroom van nicu's en picu's is dan ook een probleem.

Nicu en picu zijn integraal onderdeel van de kindzorg

De ic-zorg van kinderen is zo ingebed in de gehele kindzorg, dat het belangrijk is om een systeemwijziging integraal van de kindzorg te bezien. Ook zijn de verschillende afdelingen binnen de kindzorg communicerende vaten. Dit maakt het zeer onwenselijk om een bekostigingswijziging van alleen de nicu en picu te verkennen. Het is belangrijk dat eerst goed naar de organisatie van de zorg wordt gekeken vanuit een integrale blik, alvorens er bekostigingswijzigingen worden verkend.

Bijlage E.

Consultatiereacties partijen

Nederlandse Zorgautoriteit

T.a.v. mevrouw G. Engwirda, voorzitter RvB
via mail:

cc. NZa –

Sparrenheuvel 16
Postbus 520
3700 AM Zeist
030 698 89 11
info@zn.nl
www.zn.nl

Datum 24 oktober 2025
Contactpersoon –
Ons kenmerk ZN-25-026118
Uw kenmerk -
Onderwerp Reactie ZN op NZa uitvoeringsadvies budgetbekostiging IC

Beste mevrouw Engwirda,

Hierbij ontvangt u de reactie van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) op het NZa uitvoeringsadvies budgetbekostiging intensive care.

ZN kan zich vinden in de conclusie van de NZa dat budgetbekostiging geen geschikte vorm is van bekostiging voor IC-zorg.

ZN is van mening dat bekostiging de gewenste inhoud en richting van de IC-zorg moet volgen. Veldpartijen werken reeds samen aan het uitwerken van kaders voor een toekomstbestendig IC-landschap. Daarbij is een brede opdracht geformuleerd die niet alleen vraagstukken omtrent capaciteit voor reguliere zorg en weerbaarheid uitwerkt, maar ook kijkt naar minimale eisen van IC-zorg, optimale inzet van schaars personeel, hoe de beweging naar IC-zorg buiten de muren van de IC kan worden gestimuleerd en op welke manier het IC-landschap kan worden ingericht met de flexibiliteit om in te kunnen spelen op huidige en toekomstige ontwikkelingen. Daarbij wordt ook rekening gehouden met de integraliteit en sterke verwevenheid van IC-zorg met andere medisch specialistische zorg. Als vervolgstap, nadat deze kaders zijn geformuleerd, kan worden gekeken hoe bekostiging deze kaders en de gewenste richting van IC-zorg in Nederland het beste kan sturen en ondersteunen.

ZN vindt het uitermate belangrijk om de tijd en het vertrouwen te krijgen om samen met veldpartijen te komen tot inhoudelijk goede en concrete voorstellen.
In de bijlage treft u een uitgebreidere toelichting.

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

Met vriendelijk groet,

Mevrouw P.H. Wormser
Algemeen directeur

Bijlage: toelichting reactie ZN op NZa-advies budgetbekostiging intensive care

Achtergrond

In lijn met een afspraak uit het regeerprogramma van Schoof 1 heeft de Minister van VWS in een brief van maart 2025 een adviesaanvraag gedaan bij de NZa inzake een toekomstige budgetbekostiging voor de intensive care met inkoop in representatie door zorgverzekeraars.

De NZa heeft de afgelopen periode, in nauwe afstemming met de veldpartijen, gewerkt aan het advies over budgetbekostiging voor de intensive care met als streven publicatie in de eerste helft van november. Het conceptadvies is reeds voorgelegd aan veldpartijen ter consultatie en hen is de mogelijkheid geboden om nog een schriftelijke reactie te geven die zal worden toegevoegd aan het definitieve advies.

ZN is het eens met negatief NZa-advies t.a.v. budgetbekostiging voor de intensive care

ZN vindt het borgen van een toekomstbestendig IC-landschap van groot belang. Daarom heeft ZN bijgedragen aan de totstandkoming van dit NZa-advies. Het is een uitgebreid traject geweest, waar ook ruimte is genomen om met veldpartijen van gedachten te wisselen over de effecten en meerwaarde van budgetbekostiging, en over het IC-landschap en de richting waarheen we willen dat het IC-landschap beweegt in de context van de uitdagingen van dit moment en de nabije toekomst. Dit heeft een breed advies opgeleverd, met een heldere conclusie.

ZN deelt de conclusie van de NZa dat budgetbekostiging voor de intensive care ingrijpend is, en geen passende oplossing biedt voor het toegankelijk houden van toekomstbestendige IC-zorg.

Hiervoor heeft ZN meerdere redenen:

- Financiën zijn over het algemeen niet de primaire drijfveer achter het verminderen van het aantal IC-bedden door ziekenhuizen: dat is een afnemende vraag naar IC-zorg in combinatie met personeelschaarste. Budgetbekostiging kan dus in die zin toegankelijkheid niet garanderen.
- De belangrijkste ontwikkeling in de IC-zorg is de afnemende vraag naar IC-bedden. Dit is een positieve ontwikkeling, met name voor patiënten omdat IC-zorg steeds vaker kan worden voorkomen of beperkt qua duur, en ook vanwege doelmatige inzet van mensen en middelen en duurzaamheid. De huidige prestatiebekostiging volgt de veranderingen in zorgvraag (zowel bij afname als toename van zorgvraag). Budgetbekostiging is altijd vertraagd responsief op een verandering, wat zowel kan leiden tot onnodige kosten (als budget hoger is dan geleverde productie, wat per definitie niet doelmatig is), maar ook tot financiële onzekerheid (als productie hoger is dan afgesproken budget). Ook innovatie lijdt hieronder, omdat budgetparameters gericht zijn op de bekostiging van de status quo en structurele financiering pas in latere jaren kan worden opgenomen in het budget.
- Echter, Door de afnemende zorgvraag ontstaan kwaliteits- en veiligheidsrisico's m.b.t. zorgverlening op kleine IC's (waar bedbezetting grotendeels afhankelijk is van medische zorgvragen en niet van planbare postoperatieve zorg). Minimale kwaliteitseisen spelen dan ook een rol bij het bepalen of een IC kan worden gehandhaafd bij een dalende productie (o.a. minimale exposure personeel). Een van de doelen van het kabinet met budgetbekostiging is het toegankelijk houden van IC-zorg, o.a. door bieden financiële zekerheid aan kleinere IC-afdelingen. Middels budgetbekostiging open houden van dergelijke IC-afdelingen geeft weliswaar een financiële garantie, maar brengt tegelijkertijd risico's met zich mee voor kwaliteit van zorg en veiligheid voor patiënten.

- ZN hecht er waarde aan om te benadrukken dat ook de NZa concludeert dat er slechts een beperkte druk is op de toegankelijkheid van IC-zorg, waarbij in de afgelopen jaren er alleen enkele sluitingen zijn geweest van IC's als gevolg van fusies en faillissementen van algehele instellingen. Bij navraag geven onze leden aan dat de IC in de contractering ook geen onderdeel is van het gesprek, en niet als knelpunt wordt ervaren.
- Budgetbekostiging voor de IC maakt dat het leveren van extra productie niet loont voor ziekenhuizen. Dit ondermijnt samenwerking tussen verschillende ziekenhuizen, waarbij de prikkel om een patiënt over te nemen wordt verminderd, daar het wel kosten meebrengt en geen extra inkomsten oplevert. Dit ondersteunt de landelijke ontwikkeling van concentratie en spreiding van zorg niet.
- Invoering van budgetbekostiging is complex en leidt tot extra administratieve lasten. Een lumpsum is geen optie i.v.m. de risicoverevening. De risicoverevening is bovendien nog onvoldoende uitgewerkt in het NZa-advies om uitsluitel te geven over hoe budgetbekostiging voor de IC hierin kan worden meegewogen.
- Aangezien invoering van budgetbekostiging macrobudgettair neutraal moet, vergroot dit de financiële druk op de rest van de ziekenhuiszorg. Anders kan de macrobudgettaire neutraliteit niet worden gehandhaafd. Binnen ziekenhuizen is er sprake van communicerende vaten tussen afdelingen. De IC-zorg is verweven met hele MSZ zorg. Budgetbekostiging voor de IC-zorg betekent niet automatisch meer budget voor de IC. Dat geld moet dan worden geormerkt en dat vermindert de interne speelruimte voor het bestuur van het ziekenhuis.
- Budgetbekostiging zal leiden tot verminderd doelmatige inkoop van IC-zorg, resulterend in een toename van de kosten. In combinatie met het uitgangspunt van de Minister van een gelijkblijvend macrokader zal dit leiden tot verdringing van andere MSZ-zorg. Nota bene: recent is besloten om de SEH-zorg uit de marktwerking te halen. Als ook de IC-zorg uit de markt wordt gehaald, wordt steeds meer zorg zonder enige prikkel op doelmatigheid ingekocht. Deze ontwikkelingen kunnen niet los van elkaar worden gezien. Bij het onttrekken van meerdere onderdelen van de MSZ-zorg uit de markt zal dit leiden tot stijgende kosten en dalende innovatie.
- Budgetbekostiging belemmert de transitie naar een toekomstbestendig IC-landschap. De oplossing moet worden gezocht in inhoudelijke afspraken die een toekomstbestendig IC-landschap ondersteunen. Bekostiging kan vervolgens de gewenste inhoud en richting van de IC-zorg volgen (zie volgende paragraaf).

ZN wil inhoudelijke afspraken die een toekomstbestendig IC-landschap ondersteunen

ZN benadrukt het belang van het traject met veldpartijen waarin wordt gewerkt aan kaders voor een toekomstbestendig IC-landschap, en heeft reeds bestuurlijk commitment gegeven op deze ingeslagen weg. Wel roept ZN op om het traject toekomstbestendig IC-landschap niet te vernauwen tot een discussie over sec capaciteit en weerbaarheid (c.q.: de 1.150 bedden waar de Tweede Kamer om vraagt). IC-zorg moet worden gezien in samenhang met de sterke verwevenheid met de andere MSZ-zorg, en ook in relatie tot de zorgvraag en samenwerking in de regio's.

Een toekomstbestendig IC-landschap vraagt om bindende afspraken tussen veldpartijen. Hierin moeten niet alleen vraagstukken omtrent capaciteit voor reguliere zorg en weerbaarheid uitwerkt, maar ook worden gekeken naar minimale eisen van IC-zorg, optimale inzet van schaars personeel, hoe de beweging naar IC-zorg buiten de muren van de IC kan worden gestimuleerd en op welke manier het IC-landschap kan worden ingericht met de flexibiliteit om in te kunnen spelen op huidige en toekomstige

ontwikkelingen. Daarbij dient ook rekening te worden gehouden met de integraliteit en sterke verwevenheid van IC-zorg met andere medisch specialistische zorg. Veldpartijen werken reeds samen aan de uitwerking van deze kaders voor een toekomstbestendig IC-landschap. Een belangrijke voorwaarde om tot afspraken te komen, is transparantie over IC-data (o.a. trends in opnames, bedbezettingspercentages, weigeringen, etc.).

Een punt van aandacht is de relatie tussen reguliere IC-zorg en pandemische paraatheid. Er moet geborgd worden dat een dalende basiscapaciteit IC-zorg in Nederland er niet toe leidt dat opschaalbaarheid bij een acute niet reguliere toename van de zorgvraag in het gedrang komt. Dat betekent dat accent moet liggen op flexibel en snelle opschaalbaarheid van IC capaciteit. Daar wordt met veldpartijen over nagedacht.



Reactie NVZ op NZa-advies budgetbekostiging IC

Samenvatting NVZ-reactie

- De NVZ is voorstander van het invoeren van budgetbekostiging voor de IC, in lijn met de wens van het kabinet om de marktwerking in de acute zorg te verminderen.
- Budgetbekostiging is daarvoor een noodzakelijke stap, juist ook om een minimum basiscapaciteit in Nederland te kunnen garanderen. Het huidige stelsel dat gebaseerd is op inkoop van volume (te weten IC-dagen) biedt namelijk geen mogelijkheden om beschikbaarheid te garanderen, omdat zorgverzekeraars dat eenvoudigweg niet inkopen. Budgetbekostiging stelt ziekenhuizen en verzekeraars wel in staat om de noodzakelijke IC-basiscapaciteit te bekostigen.
- Daarnaast sluit budgetbekostiging beter aan bij het leveren van passende zorg op de IC, waaronder initiatieven als "IC zonder muren". Dit soort goede initiatieven komen nu onvoldoende van de grond omdat passende bekostiging ontbreekt. Budgetbekostiging neemt belangrijke knelpunten – waaronder perverse marktprikkels - in de huidige systematiek weg, waardoor passende zorg-initiatieven breed opgeschaald kunnen worden.

1/5

Onderstaand treft u de uitgewerkte reactie van de NVZ op de Rapportage Uitvoeringsadvies budgetbekostiging Intensive Care (IC) van de NZa aan.

Algemeen

De NVZ is voorstander van het invoeren van budgetbekostiging voor de acute zorg. De acute zorg kent per definitie een belangrijke beschikbaarheidscomponent. Bekostiging op basis van beschikbaarheid is daarbij beter passend dan een bekostiging die op productie gebaseerd is. Bovendien sluit budgetbekostiging beter aan bij initiatieven om de acute zorg passend, integraal en in samenwerking met ketenpartners te organiseren.

Ook voor de IC ziet de NVZ budgetbekostiging als een passende bekostigingsvorm. De NVZ kan de NZa op grote delen van de analyse volgen, maar komt onder de streep tot een andere conclusie. De NVZ sluit niet aan bij het negatieve advies dat de NZa voor budgetbekostiging voor de IC geeft. De redenen hiervoor zijn tweeledig. Enerzijds stelt budgetbekostiging ziekenhuizen en verzekeraars in staat om de noodzakelijke en vanuit de politiek gewenste IC-basiscapaciteit te bekostigen. Anderzijds sluit budgetbekostiging beter aan bij het leveren van passende zorg op de IC, waaronder initiatieven als "IC zonder muren". Budgetbekostiging neemt belangrijke knelpunten in de huidige systematiek weg.

Weliswaar onderkent de NVZ het risico dat de NZa benoemt als het gaat om het vastklikken van het IC-landschap, maar schat dit risico betrekkelijk laag in. Dit risico kan ondervangen worden door de budgetbekostiging op de juiste manier in te richten. Denk aan de mogelijkheid om het budget te laten aansluiten bij de differentiatie die nu al in het IC-landschap bestaat. Hieronder lichten wij ons standpunt uitgebreider toe.



IC als beschikbaarheidsfunctie

Het is volgens de NVZ belangrijk om te werken naar een IC-basiscapaciteit met flexibele schil, die ziekenhuizen in staat stelt om fluctuaties in de reguliere zorgvraag op te vangen en paraat te staan voor een uitzonderlijke hoge vraag naar IC-capaciteit. De huidige bekostiging op basis van P*Q biedt onvoldoende mogelijkheden om hiervoor te betalen en zet de IC-basiscapaciteit daardoor onder druk. Budgetbekostiging kan deze problemen ondervangen en sluit beter aan bij de gewenste flexibele basiscapaciteit. Onderstaand lichten wij dit nader toe. Daarin maken we onderscheid tussen capaciteit ten behoeve van de reguliere zorgvraag en om aan een uitzonderlijk hoge vraag naar IC-zorg te kunnen voldoen.

Brandweersfunctie van de IC – reguliere zorgvraag

Zoals de NZa in haar rapportage benoemt, neemt de IC-bezetting in Nederland af. Hier liggen zowel demografische ontwikkelingen als verschuivingen in de organisatie van zorg aan ten grondslag. De afname van het aantal IC-ligdagen is op zichzelf geen slechte ontwikkeling. Het voorkomt onnodige belasting van de patiënt en draagt bij aan de kwaliteit van zorg en efficiënte inzet van capaciteit. Ziekenhuizen kunnen echter maar tot een bepaalde hoogte IC-capaciteit afschalen. De IC vormt namelijk een belangrijke brandweersfunctie in het ziekenhuis. De NZa concludeert terecht dat de intensive-careafdeling een grote verwevenheid heeft met (bijna) alle specialismen en de SEH. In veel gevallen is de aanwezigheid van voldoende IC-capaciteit dan ook een randvoorwaarde om allerlei overige zorg, zoals complexe behandelingen en zorg op de spoedeisende hulp te kunnen verlenen. Het is daarom belangrijk om altijd een bepaalde IC-basiscapaciteit beschikbaar te hebben.

Doordat de IC nu bekostigd wordt op basis van een IC-ligdag en de IC-bezetting afneemt, lopen de inkomsten die ziekenhuizen via de IC genereren terug. Hierdoor staat de basiscapaciteit onder druk. De brandweersfunctie van de IC wordt relatief duurder en ziekenhuizen kunnen de IC daardoor vaak niet kostendekkend organiseren. De rapportage van de NZa laat bovendien zien dat het vaak niet lukt om in de contractering passende afspraken te maken om hiervoor te compenseren. Een vast budget kan deze problemen ondervangen.

In aanvulling op bovenbeschreven afname van de IC-bezetting zien we ook dat de IC-bezetting gedurende het jaar fluctueert. In de winterperiode is het aantal IC-opnamen hoger dan in de zomer. Dit komt onder andere doordat luchtweginfecties in de winter meer opspelen. Omdat de huidige bekostiging uitgaat van betaling voor een IC-ligdag ontvangt het ziekenhuis dus in de zomer significant minder inkomsten voor de IC, terwijl de kosten vaak gelijk blijven. Ziekenhuizen kunnen in de zomerperiode hun IC-capaciteit niet zomaar afschalen. Er blijft immers voldoende opgeleid personeel nodig om op fluctuaties in de zorgvraag te kunnen inspelen. Ziekenhuizen proberen hier via allerlei creatieve oplossingen voor te compenseren, zoals het verplicht opnemen van vakantiedagen in de zomer in plaats van de winter en de inzet van personeel op andere afdelingen in het ziekenhuis. Desondanks is dit niet genoeg om het verschil tussen kosten



en opbrengen te overbruggen. De IC-basiscapaciteit die nodig is om het hele jaar voldoende IC-zorg te kunnen leveren als dat nodig is, komt daardoor verder onder druk te staan. Budgetbekostiging die aansluit bij de gewenste basiscapaciteit kan dit probleem ondervangen en sluit beter aan dan bekostiging op basis van productie.

IC-capaciteit voor uitzonderlijke situaties

Zoals hierboven beschreven, staat de IC-capaciteit in Nederland onder druk. Naast het belang om te investeren in een basiscapaciteit om aan fluctuaties in de reguliere zorgvraag te voldoen, is het noodzakelijk om te beschikken over voldoende IC-capaciteit indien zich een uitzonderlijk hoge vraag naar IC-zorg voordoet. De coronajaren hebben het belang hiervan extra benadrukt. Het gaat dan om IC-beschikbaarheid die gedurende het jaar in principe niet nodig is om aan de reguliere vraag naar zorg te voldoen, maar die wel nodig is in uitzonderlijke situaties. De minister van VWS heeft naar aanleiding van diverse oproepen van de Tweede Kamer laten weten dat VWS voornemens is om een basiscapaciteit van 1.150 bedden via wetgeving te verankeren.

3/5

De huidige bekostigingssystematiek biedt op dit moment geen mogelijkheden om deze beschikbaarheid op passende wijze te bekostigen. Het aantal IC-bedden komt binnen het huidige stelsel van gereguleerde marktwerking op basis van vraag en aanbod tot stand. Daarbij is geen ruimte om beschikbaarheid die gedurende het jaar niet nodig is voor reguliere zorg te bekostigen. Declaratie van de IC-ligdag is immers enkel mogelijk indien er ook patiënten worden behandeld op een IC-bed. Verzekeraars kopen daarmee zorg in en geen beschikbaarheid. Ziekenhuizen maken echter wel kosten om extra IC-beschikbaarheid in de lucht te houden. Denk aan kosten voor het in stand houden van de hoogwaardige technologische apparatuur en personeels- en opleidingskosten. Budgetbekostiging biedt mogelijkheden om ook deze extra capaciteit te kunnen organiseren en is daarmee een randvoorwaarde om aan de gevraagde capaciteit te kunnen voldoen.

Kortom, de huidige P*Q-bekostiging zorgt ervoor dat een efficiënt en minimum-noodzakelijk aantal IC-bedden in Nederland beschikbaar is dat ruim ligt onder de hierboven door VWS genoemde basiscapaciteit van 1.150 IC-bedden. Het is niet realistisch om een dergelijke basiscapaciteit te realiseren als de bekostiging ongewijzigd blijft. Een noodzakelijke voorwaarde daarvoor is dat de bekostiging wordt aangepast.

Daarbij is nog wel de vraag of de gevraagde 1.150 bedden praktisch haalbaar, realistisch en maatschappelijk gewenst is. De NVZ heeft reeds samen met ZN, NFU, NVIC, V&VN IC en de FMS aan VWS laten weten dat zij gezamenlijk willen werken aan een toekomstbestendig IC-landschap met voldoende capaciteit voor reguliere zorg en in crisissituaties. Budgetbekostiging biedt uiteindelijk mogelijkheden om voor deze capaciteit te betalen; ongeacht de hoogte van de gewenste capaciteit.



4/5

Passende zorg

Bovenstaand is beschreven dat budgetbekostiging voor de IC aansluit bij het in stand houden van voldoende IC-capaciteit om aan reguliere zorgvraag én aan beschikbaarheid in uitzonderlijke situaties te voldoen. In aanvulling daarop past budgetbekostiging ook beter bij de initiatieven van passende zorg op de IC. Ziekenhuizen zetten volop in op passende zorg, ook op de IC. Initiatieven zoals "IC zonder muren" laten zien dat de IC-zorg ook buiten de afdeling geleverd kan worden. Hiermee wordt schaarse capaciteit effectief ingezet. De huidige P*Q-bekostiging vormt een belemmering om deze initiatieven verder op te schalen. Ziekenhuizen ontvangen immers enkel inkomsten voor een IC-ligdag, terwijl zij capaciteit (verpleegkundigen) inzetten om juist deze ligdag te voorkomen. Dit leidt tot betere en goedkopere zorg voor de patiënt. Het ziekenhuis loopt echter omzet mis. De "oude" activiteit – de IC-ligdag – kan niet meer gedeclareerd worden, terwijl de "nieuwe activiteiten" (de inzet van de IC-verpleegkundigen op andere afdelingen) via de huidige systematiek niet gedeclareerd kunnen worden. Inzet op passende zorg gaat daarmee direct gepaard met een omzetverlies. De NZa beschrijft dit knelpunt in haar rapportage ook.

Dit knelpunt kan middels budgetbekostiging worden opgelost. Door ziekenhuizen een vast budget te geven dat aansluit bij de benodigde basiscapaciteit (zie boven) en het profiel van de IC (zie onder), hebben ziekenhuizen meer ruimte om de zorg op de meest passende manier in te richten, zonder dat dit meteen ten koste gaat van de omzet.

Budgetbekostiging als voorwaarde voor transformatie

De NVZ ziet dat de IC-zorg in ontwikkeling is. Initiatieven als passende zorg dragen hieraan bij. Bovendien leiden verschuivingen in het aanbod van zorg, zoals bijvoorbeeld spreiding en concentratie tot verschuivingen in de vraag en aanbod naar IC-zorg. Er is sprake van een grote variatie verscheidenheid in IC-afdelingen in Nederlandse ziekenhuizen. Allereerst verschillen uiteraard de algemene/STZ IC-afdelingen van de universitaire IC-afdelingen. Maar ook tussen algemene/STZ en universitaire IC-afdelingen zien wij grote verschillen. Deze IC-afdelingen verschillen in case-mix (welk soort patiënten er op de intensive-careafdeling worden opgenomen) en ook in welke functie de IC-afdeling bedient binnen het ziekenhuizen, over de IC-muren heen. Deze verschillen zijn vaak gerelateerd aan het type en het profiel van het ziekenhuis. Door de verdere inzet op de transformatie zal deze differentiatie zich naar verwachting de komende jaren verder ontwikkelen.

De NVZ begrijpt het risico dat de NZa benoemt over het "vastklikken" van het landschap, maar weegt dit minder zwaar. Door de budgetbekostiging op de juiste manier in te richten wordt dit risico ondervangen. Bovendien is het volgens de NVZ zaak om zo snel mogelijk de knelpunten in de bekostiging weg te nemen, zodat het landschap zich verder kan ontwikkelen en initiatieven van passende zorg verder geïmplementeerd worden. Initiatieven van passende zorg en transformaties van het landschap blijven nog te vaak achter doordat de bekostiging niet goed bij deze beweging aansluit. Budgetbekostiging



biedt hiervoor een oplossing doordat ziekenhuizen meer mogelijkheden krijgen om de zorg op de best passende manier te organiseren.

Het "vastklikken" van het landschap kan ook niet de bedoeling zijn van de budgetbekostiging. De budgetsystematiek biedt het benodigde instrumentarium voor ziekenhuizen en representerende zorgverzekeraar om periodiek afspraken te maken over de grootte en inrichting van de IC-zorg. Indien de budgetbekostiging met de juiste parameters en bijbehorende tarieven wordt ingericht blijft ontwikkeling van het IC-landschap mogelijk en wordt deze juist gestimuleerd. De budgetbekostiging dient met passende zorg mee te veranderen en is bovendien een randvoorwaarde om de gewenste beweging te kunnen maken. De budgetbekostiging dient daarbij aan te sluiten bij de differentiatie op het gebied van organisatie van zorg en de verschillende profielen van IC-afdelingen, over de muren heen. Ziekenhuizen die aan andere parameters voldoen, ontvangen een ander budget en vice versa. In de contractering kunnen hierover met de marktleider verzekeraar afspraken gemaakt worden.

5/5

Financiële stabiliteit

De NZa noemt in haar document dat "er signalen zijn dat ... intensive care afdelingen ... verlieslatende zorg is" (pagina 21). De NVZ heeft hier twee problemen mee. Allereerst wekt dit de suggestie dat de NZa de financiële problematiek door de genoemde problemen in de bekostiging bagatelliseert. Onze indruk is dat IC-zorg in het merendeel van de ziekenhuizen en ook in omvang ernstig verlieslatend is. Het wordt breed gedeeld dat de huidige bekostiging passende IC-zorg belemmert. Wij verzoeken de NZa hier nader onderzoek naar te doen. Inzicht in de frequentie en mate van verlieslatendheid van IC-zorg zijn belangrijke informatie voor het onderliggende advies en mogen hierin niet ontbreken. Ten tweede verzet de NVZ zich tegen de gebrekkige operationalisatie van 'kleine' IC's die de meeste problemen zouden ondervinden.

Zoals hierboven beschreven wordt de problematiek in IC-bekostiging breed ervaren. De basisinfrastructuur van IC's staan onder druk door de dalende volumes, zowel in kleine, middelgrote als grote IC-afdelingen of ziekenhuizen. De NVZ herkent niet de door de NZa opgevoerde grens van 20 bedden (pagina 10) om onderscheid te maken tussen 'kleine' en 'grote' IC's. Een dergelijk categorisering vertroebelt onzes inziens het beeld van de werkelijkheid en de in de praktijk ervaren problematiek.

Tot slot

De NVZ denkt graag mee over verder de uitwerking en inrichting van de budgetsystematiek, waaronder hoe deze het beste kan aansluiten bij de toekomstige ontwikkelingen in het IC-landschap.

UMCNL-reactie op concept uitvoeringsadvies budgetbekostiging IC deel 1

Algemeen

De UMCNL heeft met belangstelling kennisgenomen van het concept-uitvoeringsadvies budgetbekostiging intensive care (IC) deel I. Ondanks de korte termijn waarden wij de mogelijkheid om te kunnen reageren op het conceptadvies. In deze notitie treft u eerst een algemene beschouwing en waardering aan, waarna wij ingaan op de inhoudelijke punten.

Wij onderschrijven de conclusie van de NZa dat budgetbekostiging geen passende oplossing is voor het toegankelijk houden van de intensive care en de beweging naar een toekomstbestendig IC-landschap niet bevordert.

Inhoudelijk

Budgetbekostiging als doel of middel

De UMCNL wil zich hard maken voor zorginhoudelijke keuzes. Budgetbekostiging is daarbij geen doel op zich. Voor een eventuele aanpassing richting budgetbekostiging is eerst een gedegen probleemanalyse nodig, gevolgd door een toekomstvisie op het IC-landschap. Pas daarna kan worden bepaald welk bekostigingsmodel passend is. De UMCNL pleit ervoor om deze volgorde strikt aan te houden, zodat op basis van een juiste grondslag een toekomstbestendig zorgmodel kan worden vormgegeven. We zijn dan ook blij dat de NZa tot de conclusie is gekomen dat budgetbekostiging hier niet passend is.

Knelpunten die budgetbekostiging niet oplost

De door de NZa geconstateerde knelpunten herkennen wij. Echter constateren wij dat budgetbekostiging geen structurele oplossing biedt voor:

- *Structureel tekort aan gekwalificeerd IC-personeel*
Het grootste knelpunt voor de toegankelijkheid van de IC is en blijft de beschikbaarheid van voldoende IC-verpleegkundigen en intensivisten. De NZa wijst terecht op het feit dat de capaciteitsproblemen in de afgelopen jaren met name zijn veroorzaakt door personeelstekorten, waardoor afschaling of tijdelijke sluiting van IC-bedden onvermijdelijk was. Budgetbekostiging heeft geen enkel effect op instroom, opleidingscapaciteit of behoud van personeel. Sterker nog, het risico bestaat dat introductie van budgetbekostiging de aandacht weghaalt van een structurele en duurzame oplossingen voor de arbeidsmarkt.
- *Belemmering van noodzakelijke beweging*
Budgetbekostiging is een ingrijpende systeemwijziging die niet bijdraagt aan het toekomstig IC-landschap. De NZa beoordeelt zelf dat budgetbekostiging negatief scoort op het criterium “toekomstbestendig landschap”. Het invoeren van een rigide budget kan de noodzakelijke differentiatie en samenwerking in regionale IC-netwerken juist ontmoedigen, doordat bestaande structuren worden verankerd. Daarmee wordt de flexibiliteit in het IC-landschap verminderd en dreigt stilstand.

- *Twijfelachtige meerwaarde van financiële zekerheid*

Het argument dat budgetbekostiging meer financiële zekerheid zou bieden, is naar mening van de UMCNL niet overtuigend. Ook bij budgetbekostiging blijven ziekenhuizen interne herverdeling en prioritering toepassen; financiële zekerheid op instellingsniveau betekent niet automatisch stabiliteit op afdelingsniveau. Bovendien erkent de NZa zelf dat de toegankelijkheid van IC-zorg “slechts beperkt onder druk” staat door financiële onzekerheid. Dit suggereert dat er geen sprake is van een urgent financieel probleem dat een ingrijpende stelselwijziging rechtvaardigt.

- *Voldoende ruimte binnen bestaande contractering*

De huidige bekostigingssystematiek biedt al mogelijkheden om IC-zorg te borgen, bijvoorbeeld door middel van meerjarige afspraken en gerichte inkoopafspraken. Het feit dat dit in de praktijk beperkt wordt benut, wijst eerder op een tekort aan focus of urgentie bij partijen, dan op een structurele tekortkoming van het systeem. Het probleem ligt daarmee niet in de afwezigheid van contracteer ruimte, maar in de wijze waarop deze ruimte wordt benut. Dit vraagt om versterking van de bestaande contracteringspraktijk, niet de invoering van een ingrijpend nieuw bekostigingsmodel.

Geen bijdrage aan doelen van VWS

De UMCNL herkent zich niet in de aanname dat budgetbekostiging bijdraagt aan de door VWS benoemde doelen. Budgetbekostiging garandeert namelijk geen toegang tot IC-zorg: de daadwerkelijke toegankelijkheid blijft afhankelijk van de inzetbaarheid van voldoende gekwalificeerd personeel, ook wanneer financiële middelen beschikbaar zijn. Zonder personeel kunnen IC-bedden niet worden benut, ongeacht de gekozen bekostigingsvorm. Daarnaast bevordert budgetbekostiging de noodzakelijke flexibiliteit niet. Integendeel, het risico bestaat dat de bereidheid om patiënten tussen ziekenhuizen over te nemen juist afneemt, omdat financiële prikkels onder een budgetsysteem minder aansluiten bij samenwerking en regionale uitwisseling. Hierdoor kan budgetbekostiging zelfs contraproductief uitwerken ten opzichte van de doelen die VWS beoogt te bereiken.

Toekomstbestendig IC-landschap

De UMCNL deelt de constatering van de NZa dat samenwerking in de regio cruciaal is voor het waarborgen van een toekomstbestendig IC-landschap. De uitdagingen waar de IC voor staat – waaronder de toenemende zorgvraag, het tekort aan gekwalificeerd personeel en de noodzaak tot efficiënte inzet van schaarse capaciteit – kunnen niet door individuele instellingen worden opgelost. Het vraagt om een gezamenlijke en integrale benadering, waarbij ziekenhuizen, zorgverzekeraars en overheid afspraken maken over de optimale organisatie van IC-zorg binnen en over regiogrenzen heen.

Daarbij moet nadrukkelijk de vraag worden gesteld of alle IC's in hun huidige vorm moeten blijven bestaan. Niet iedere IC hoeft alle functies in volle omvang te blijven vervullen. Differentiëren naar functie, omvang en regionale rol is noodzakelijk. Het gaat er daarbij nadrukkelijk niet om bedden te sluiten, maar om de juiste zorg op de juiste plek te organiseren en de schaarse personele capaciteit zo doelmatig mogelijk in te zetten. Dit betekent dat in sommige regio's concentratie van complexe IC-zorg wenselijk kan zijn, terwijl in andere situaties de nadruk ligt op het versterken van netwerkafspraken voor opvang en doorstroom.

Alleen door IC-zorg als geïntegreerde functie in het bredere acute zorglandschap te positioneren, kan worden bereikt dat de beschikbare capaciteit optimaal wordt benut en dat de continuïteit van zorg voor de patiënt gewaarborgd blijft. De UMCNL drukt daarnaast dat het ontwikkelen van een visie op de IC als functie binnen het bredere acute zorglandschap voorwaardelijk is voor iedere toekomstige aanpassing van het bekostigingsmodel.

De UMCNL staat dan ook achter de conclusie van de NZa dat budgetbekostiging voor de IC geen passende oplossing is. Wij pleiten ervoor om de energie te richten op een gezamenlijke werkagenda waarin arbeidsmarkt, samenwerking en functiedifferentiatie centraal staan. Graag gaan wij met u in gesprek over de vervolgstappen.

Naast deze hoofdlijnen treft u in de bijlage onze tekstuele opmerkingen en verbeterpunten bij het conceptadvies aan.

Nederlandse Zorgautoriteit
Raad van Bestuur
t.a.v mevrouw G. Engwirda
Newtonlaan 1 - 41
3584 BX Utrecht

Utrecht, 25 september 2025

Betreft: Reactie op consultatie NZa concept uitvoeringsadvies
budgetbesteding intensive care

Geacht bestuur, geachte mevrouw Engwirda,

Met deze brief reageert de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) op de consultatieversie van het concept uitvoeringsadvies budgetbesteding intensive care van 11 september 2025. De NVIC waardeert de gelegenheid om vanuit de praktijk en het professionele perspectief van de intensive care zorg te reflecteren op dit advies.

De NVIC vertegenwoordigt een brede en diverse achterban van intensivisten uit academische, topklinische en algemene ziekenhuizen. Vanuit deze positie onderschrijven wij het belang van een toekomstbestendige inrichting en bekostiging van de IC-zorg, die stabiliteit, kwaliteit en innovatie waarborgt en aansluit bij de maatschappelijke opdracht van de intensive care.

De NVIC ondersteunt de vraag om te komen tot een beter gebalanceerde financiering van IC-zorg, mits de uitwerking recht doet aan de complexiteit, verantwoordelijkheid en veranderende rol van de IC binnen het ziekenhuis en de acute zorgketen.

1. Brede maatschappelijke functie van de intensive care

De intensive care vervult binnen het ziekenhuis en de acute zorgketen een dubbele rol: enerzijds de directe patiëntenzorg voor vitaal bedreigde patiënten, anderzijds een cruciale "brandweerfunctie" in het ziekenhuis, de continue paraatheid om te handelen bij acute verslechtering van patiënten, calamiteiten en crises. De rol van de "IC zonder muren" groeit, waarin IC-expertise structureel wordt ingezet buiten de fysieke afdeling, onder meer via Spoed Interventie Teams (SIT), consultatieve ondersteuning, triage en achterwacht voor PACU-, CCU- en longafdelingen.

Deze functies zijn onlosmakelijk verbonden met de veiligheid en continuïteit van de ziekenhuiszorg. De NVIC acht het daarom essentieel dat deze outreachende en paraatheidsfuncties structureel

worden erkend en financieel geborgd binnen een toekomstig bekostigingsmodel.

Een bekostiging die uitsluitend gebaseerd is op ligdagen dekt deze maatschappelijke verantwoordelijkheid onvoldoende en remt innovatie en doelmatige inzet van IC-expertise.

2. Eenvoud, uitvoerbaarheid en transparantie

De NVIC pleit voor een eenvoudig, uitvoerbaar en transparant bekostigingsmodel, waarin alle relevante IC-activiteiten, zowel intramuraal als extramuraal, integraal worden meegenomen. Een integraal budgetmodel voorkomt versnippering, vermindert administratieve lasten en maakt toezicht, monitoring en evaluatie eenvoudiger.

3. Realistische en toekomstbestendige budgethoogte

NZa beschrijft het uitgangspunt van budgetneutraliteit bij invoering, De NVIC benadrukt dat de huidige PxQ-bekostiging reeds onvoldoende de werkelijke inzet van IC-personeel, consultatieve taken, achterwacht en opleidingsactiviteiten dekt. Om te voorkomen dat dit uitgangspunt leidt tot structurele onderfinanciering, acht de NVIC het volgende noodzakelijk:

- Herijking van de kostengrondslag op basis van actuele, representatieve en gevalideerde gegevens;
- Heldere definiëring van budgetneutraliteit en transparantie over het referentiejaar en eventuele correcties;
- Jaarlijkse indexering voor loon- en prijsontwikkeling;
- Structurele ruimte voor opleidings- en innovatiefuncties binnen het budget.

Een realistisch budget is een voorwaarde voor draagvlak, uitvoerbaarheid en behoud van kwaliteit.

4. Structurele erkenning van de "IC zonder muren"-functie

De NVIC waardeert dat de NZa de verbreding van de IC-functie erkent, maar benadrukt dat deze IC-zorg buiten de muren niet langer vrijblijvend kan blijven.

De inzet van IC-personeel buiten de afdeling, bijvoorbeeld voor triage, SIT, ethische besluitvorming en ondersteuning van andere afdelingen, vormt een belangrijk onderdeel van veilige en doelmatige zorg, deze inzet draagt in belangrijke mate bij aan het leveren van passende zorg binnen het gehele ziekenhuis. Deze taken moeten niet langer afhankelijk zijn van lokale kruissubsidiëring of tijdelijke pilots, maar dienen structureel onderdeel te zijn van het IC-budget.

5. Kwaliteit, spreiding en toegankelijkheid

Volgens de NVIC kan budgetfinanciering bijdragen aan landelijke toegankelijkheid van IC-zorg, mits deze gepaard gaat met borging van kwaliteit en voldoende klinische exposure. Dit zou met name voor kleinere, regionale ziekenhuizen een passende oplossing kunnen bieden.

Differentiatie tussen academische, topklinische en basis-IC's is daarbij wenselijk om expertise, opleidingsmogelijkheden en regionale samenwerking te versterken. Een modulair opgebouwd budgetmodel, dat rekening houdt met deze differentiatie, biedt ruimte voor

maatwerk en draagt bij aan de kwaliteit en samenhang van het netwerk als geheel.

6. Robuustheid, paraatheid en toekomstige zorgvraag

De IC is niet alleen een klinische functie, maar een maatschappelijk vangnet. De paraatheidsfunctie (de capaciteit om adequaat op te schalen bij crises, pandemieën of massale incidenten) dient expliciet te worden verankerd in een bekostigingsmodel.

De NVIC adviseert om binnen het model onderscheid te maken tussen reguliere capaciteit, flexibele opschalingscapaciteit en crisisparaatheid.

Lege bedden of reserve-formatie zijn in dat kader niet inefficiënt, maar noodzakelijk voor maatschappelijke veerkracht.

Daarnaast moet het model anticiperen op toekomstige ontwikkelingen, waaronder vergrijzing, multi-morbiditeit en technologische innovatie.

7. Arbeidsmarkt, opleiding en innovatie

De personele continuïteit op de IC is randvoorwaardelijk voor kwaliteit en veiligheid. Een stabiel bekostigingsmodel draagt bij aan het behoud van personeel, dit een belangrijke voorwaarde voor het blijvend toegankelijk houden van de IC zorg.

De NVIC adviseert de bekostiging zodanig in te richten dat structureel ruimte wordt geboden voor:

- opleiding en supervisie van IC-personeel;
- innovatie en kennisontwikkeling;
- behoud en spreiding van expertise binnen regio's.

Budgetfinanciering kan bijdragen aan een aantrekkelijk en duurzaam arbeidsmarktperspectief voor IC-professionals.

8. Samenwerking en integraliteit

De NVIC pleit daarom voor een bekostigingsmodel dat integrale afspraken binnen ziekenhuizen en regio's bevordert, waarbij regionale samenwerking ruimte houdt voor maatwerk en innovatie. Samen met veldpartijen werkt de NVIC momenteel aan een gezamenlijke werkagenda 'Toekomstbestendige Intensive Care-zorg' om deze ambities verder vorm te geven. De IC is een kernfunctie binnen het ziekenhuis en een schakel in de bredere acute zorgketen. Bekostiging mag deze samenhang niet doorbreken, maar moet juist de samenwerking bevorderen.

9. Monitoring, evaluatie en herijking

Transparantie en data gedreven sturing zijn belangrijk in de monitoring. De NVIC adviseert om gebruik te maken van bestaande registraties, zoals de Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE), voor monitoring van prestaties, capaciteit en kwaliteit, om onnodige registratielast te voorkomen.

Samenvattend: visie van de NVIC

De NVIC ondersteunt de transitie naar een toekomstbestendig bekostigingssysteem voor IC-zorg, mits aan de volgende randvoorwaarden wordt voldaan:

- Eenvoudig en uitvoerbaar model;
- Reële en toekomstbestendige budgethoogte, met indexering en herijking;
- Structurele erkenning van de “IC zonder muren”- en brandweerfunctie;
- Borging van kwaliteit, differentiatie en spreiding;
- Verankering van robuustheid en paraatheid als maatschappelijke functie;
- Integratie van opleiding, innovatie en arbeidsmarktbeleid;
- Bevordering van samenwerking en integraliteit binnen ziekenhuizen en regio's;
- Regelmatige monitoring en herijking op basis van transparante data.

De NVIC is bereid haar expertise in te brengen bij de verdere uitwerking van het definitieve uitvoeringsadvies en bij te dragen aan een gezamenlijke route naar toekomstbestendige, toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige intensive care zorg in Nederland.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Vereniging voor Intensive Care

Dr. B.P.C. Ramakers
Voorzitter

Bijlage: suggesties per paragraaf

Afzender

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, afdeling Intensive Care



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

T.a.v. de heer prof. dr. J.A. Bruijn, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Betreft: Reactie op NZa advies budgetbekostiging Intensive Care

Utrecht, 30-10-2025

Geachte heer Bruijn,

Met deze brief ontvangt u een reactie van Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), de beroepsvereniging van verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden op het advies van de NZa over budgetbekostiging van de Intensive Care. V&VN-IC onderschrijft het advies van de NZa, maar zonder budgetbekostiging blijven een aantal hardnekkige problemen rond de Nederlandse Intensive Care bestaan die om een oplossing schreeuwen.

De huidige financiering van de Intensive Care biedt voor kleinere Intensive Care afdelingen beperkte financiële zekerheid, aangezien zij voor inkomsten voornamelijk afhankelijk zijn van ongeplande opnames. Het aantal opnames is de afgelopen jaren gedaald, door verbeteringen in de kwaliteit van zorg, zoals betere operatietechnieken, IC gerelateerde zorg buiten de afdeling IC en meer passende zorg. De gevolgen hiervan zijn duidelijk zichtbaar geworden. Het aantal operationele bedden is gestaag gedaald en er wordt minder geïnvesteerd in het opleiden van nieuwe intensive care (IC-) verpleegkundigen. Budgetbekostiging van de Intensive Care zou mogelijkheden geboden hebben om de beschikbare operationele capaciteit met name op kleinere Intensive Care afdelingen op peil te houden.

Wat ons betreft houdt de discussie over de houdbaarheid van de Intensive Care hiermee dan ook niet op. Er zijn grote uitdagingen waar het gaat over de beschikbare operationele IC-capaciteit in Nederland. Deze is in belangrijke mate afhankelijk van het aantal beschikbare Intensive Care verpleegkundigen. Daarom roepen wij u op om verder te kijken dan alleen naar dit advies en te blijven zoeken naar mogelijkheden om de tekorten aan IC-verpleegkundigen het hoofd te bieden. Daartoe moet in de eerste plaats de juiste randvoorwaarden worden gecreëerd om IC-verpleegkundigen te behouden en voldoende nieuwe collega's op te leiden. Maar we moeten ook kijken naar hoe we onze IC-zorg en de inzet van personeel beter kunnen organiseren en bekostigen. V&VN-IC wil de komende periode gezamenlijk met het ministerie, de NZa en alle veldpartijen hiermee aan de slag gaan, om te komen tot een toekomstbestendig IC-landschap

met voldoende, goed opgeleide IC-verpleegkundigen om kwaliteit van zorg op een inclusieve manier toegankelijk te houden.

Tot slot willen wij kort stilstaan bij het uitgebreide en heldere advies dat de NZa heeft opgesteld. Als V&VN-IC zijn wij blij dat de NZa de ruimte heeft genomen om de financiering van de Intensive Care zorg uitgebreid te analyseren en in haar rapport ook heeft gekeken naar de beperkingen van de huidige financiering. Zij heeft duidelijk aangegeven dat er voor de toekomst gezocht moet worden naar een andere, meer passende vorm van financiering van dit type zorg. Als V&VN-IC zien wij hierin de ruimte om in de toekomst, zodra duidelijk is hoe het IC-landschap van Nederland eruit moet komen te zien, te zoeken naar een beter passende vorm van financiering dan de huidige.

Wij kijken uit naar uw reactie en hopen spoedig samen met u en uw departement vervolgstappen te kunnen zetten richting een toekomstbestendige intensive care in Nederland.

Met vriendelijke groet,

Prof dr Bianca Buurman
Voorzitter V&VN

Renze Jongstra
Voorzitter V&VN-IC

