



Landelijk netwerk
acute zorg



Bekostiging Acute Zorgnetwerken

Onderzoek naar passend bekostigingsmodel voor de acute zorgnetwerken

Datum: 29 juli 2014
Versie: definitief

Inhoud

1	Inleiding en vraagstelling	4
1.1	Achtergrond: verkennend onderzoek 2012 toonde wisselend beeld kosten acute zorgnetwerken	4
1.2	Opdracht VWS: bekostiging acute zorgnetwerken relateren aan prestaties	4
1.3	Vraagstelling.....	5
1.4	Begrippen uit de vraagstelling nader toegelicht	5
1.4.1	Gehanteerde definities	5
1.4.2	Aspecten van bekostiging.....	5
1.5	Leeswijzer	7
2	Taken en activiteiten Acute Zorgnetwerken	8
2.1	Traumazorg: taken en activiteiten binnen het acute zorgnetwerk.....	9
2.1.1	Wettelijke Verankering	10
2.1.2	Taken in praktijk.....	10
2.1.3	Functies voor taakuitvoer	10
2.1.4	Parate MMT's buiten het onderzoek	11
2.1.5	MMT-voertuigen	11
2.2	Acute Zorg en ROAZ: taken en activiteiten binnen het acute zorgnetwerk.....	11
2.2.1	Wettelijke verankering	11
2.2.2	Taken in praktijk.....	12
2.2.3	Functies voor taakuitvoer	13
2.3	Vorbereiding op hulpverlening bij opgeschaalde zorg: taken en activiteiten binnen het acute zorgnetwerk.....	13
2.3.1	Wettelijke verankering	14
2.3.2	Taken in praktijk.....	14
2.3.3	Functies voor taakuitvoer	14
2.3.4	OTO buiten onderzoek	14
2.4	Taken en activiteiten acute zorgnetwerken	15
3	Uitgangspunten en overwegingen bij keuze geschikt bekostigingsmodel	17
3.1	Uitgangspunten en overwegingen bij bekostiging	17
3.1.1	Uitgangspunten voor bekostiging	17
3.1.2	Bekostigingsvormen en bekostigingsmodellen	18
3.2	Uitgangspunten voor prestaties als drager bekostiging.....	19
3.2.1	Uitgangspunten voor prestaties als drager voor bekostiging	19
3.2.2	Prestaties in acute zorgnetwerken als drager voor bekostiging	19
3.3	Contouren van een nieuw bekostigingsmodel voor acute zorgnetwerken	20

4	Toerekening kosten naar kostensoort, taak en activiteit.....	21
4.1	Verkennd onderzoek 2012	21
4.2	Onderzoek 2013	21
4.2.1	Bekostiging 2013	21
4.2.2	Kosten 2013.....	22
4.2.3	Kosten naar kostensoorten 2013	23
4.2.4	Vertaling naar toekomstbestendige beschikbaarheidsbijdrage.....	23
4.2.5	Kosten naar taken	24
4.2.6	Kosten naar activiteiten	25
4.3	Conclusie en aanbevelingen.....	26
5	Een eerste oriëntatie op toekomst: populatiebekostiging	27
5.1	Proxy voor verschillen in complexiteit en omvang activiteiten.....	27
5.2	Conclusie	28
6	Een nieuw Bekostigingsmodel Acute Zorgnetwerken en de verantwoording.....	29
6.1	Bekostigingsmodel	29
6.2	Verantwoording	30
1.	Bekostigingsvormen	32
1.1	Functionele bekostiging.....	32
1.2	Populatiebekostiging	32
1.3	Prestatiebekostiging	33
1.4	Resultaatbekostiging	33
2.	Mogelijke bekostigingsmodellen voor acute zorgnetwerken	34
2.1	Bekostigingsmodel 1: Bestendigen huidig model: Functionele bekostiging	34
2.2	Bekostigingsmodel 2: Combinatie van Functionele-en Populatie bekostiging.....	34
2.3	Bekostigingsmodel 3: Combinatie Functionele, Populatie en Prestatiebekostiging	35

BIJLAGE 1 deelnemers werkgroep

BIJLAGE 2 bekostigingsvormen en -modellen

1 Inleiding en vraagstelling

In 2012 is de prestatiebekostiging van medisch specialistische zorg voor ziekenhuizen ingevoerd. Deze komt in de plaats van de budgetfinanciering.

Voor een aantal functies, waaronder de spoedeisende hulp en traumazorg, heeft deze nieuwe prestatiebekostiging ook gevolgen. Voor een deel van deze functies zijn met ingang van 2012 beschikbaarheidsbijdragen toegekend. Deze beschikbaarheidsbijdragen worden rechtstreeks ten laste van het zorgverzekeringsfonds vergoed en ze blijven daarmee buiten de schadelast van de zorgverzekeraars.

Nu de afbakening van deze functies is afgerond, is de opdracht van VWS en de NZa¹ om de bekostigingssystematiek voor de betreffende functies transparanter te maken en toekomstbestendig. In 2013 heeft het LNAZ hiervoor met de acute zorgnetwerken een verkennend onderzoek uitgevoerd naar de kostenstructuur. Deze verkenning vormt de basis voor dit rapport: een onderzoek naar passend bekostigingsmodel voor de acute zorgnetwerken.

1.1 Achtergrond: verkennend onderzoek 2012 toonde wisselend beeld kosten acute zorgnetwerken

Het LNAZ en Kiwa Prismant (nu Kiwa Carity) hebben in april 2013 een verkennend onderzoek naar de besteding van de Traumazorg en OTO uitgevoerd. Doel van het onderzoek was het verkrijgen van inzicht (en het verklaren van de verschillen) in de kostenstructuren van de trauma- en ROAZ-functie van de verschillende acute zorgnetwerken/traumacentra. In dat onderzoek zijn kosten die de verschillende centra maken in kaart gebracht voor de drie pijlers binnen het acute zorgnetwerk/traumacentrum: het traumacentrum, het ROAZ (Regionaal Overleg Acute Zorgketen); en OTO (Opleiden, Trainen en Oefenen bij rampen en crises).

Naar aanleiding van het verkennend onderzoek zijn voor de OTO-stimuleringsmiddelen inmiddels afspraken gemaakt over de jaarlijkse toekenning van de OTO-stimuleringsmiddelen en de verrekening van restanten via een aparte verantwoordingslijn. Hierin verantwoordt de regio's de besteding van de middelen via de OTO Stuurgroep, waarin koepels van landelijke ketenpartners zitting hebben, aan VWS. Het LNAZ voert een marginale toets uit op de verantwoording.

1.2 Opdracht VWS: bekostiging acute zorgnetwerken relateren aan prestaties

NZa en VWS hebben op basis van het verkennend onderzoek het LNAZ opdracht gegeven de mogelijkheid van bekostiging van de verschillende functies binnen het acute zorgnetwerk op basis van prestaties nader te onderzoeken.

Het LNAZ heeft in het najaar 2013 een Plan van Aanpak gepresenteerd, met een voorstel voor inrichting van de kosten en de bekostiging van de verschillende functies binnen acute zorgnetwerken. De werkgroep beschikbaarheidsbijdrage T&O (voor samenstelling zie bijlage 1) heeft vanaf december 2013 uitvoering gegeven aan dit Plan van Aanpak. Dit rapport is het resultaat.

¹ Verantwoordingsdocument 'Invoering prestatiebekostiging medisch specialistische zorg, uitwerking van implementatie van 2012', NZa juli 2011

1.3 Vraagstelling

Patiëntenzorg kent prestaties en activiteiten die direct gerelateerd kunnen worden aan de zorg voor en behandeling van een patiënt.

De functie van acute zorgnetwerken daarentegen is niet patiënt specifiek en wordt vooral gekenmerkt door een meer algemene netwerkfunctie ten behoeve van een populatie of groep (potentiele) patiënten. Daardoor is de relatie tussen prestaties en bekostiging bij de acute zorgnetwerken indirect van aard. Toch is het nodig de bekostigingssystematiek zoveel mogelijk aan te laten sluiten op de opdracht en prestaties van acute zorgnetwerken. Dit is onderwerp van dit rapport en de vraagstelling hierbij luidt als volgt:

Op welke wijze kunnen de netwerken acute zorg adequaat en efficiënt worden bekostigd, waarbij zoveel mogelijk sprake is van bekostiging op basis van prestaties en activiteiten?

1.4 Begrippen uit de vraagstelling nader toegelicht

In de vraagstelling staan de begrippen bekostiging en prestaties centraal. In deze paragraaf worden deze begrippen toegelicht. Vervolgens wordt ingegaan op de kernaspecten van bekostiging.

1.4.1 Gehanteerde definities

Bekostiging

Het begrip *bekostiging* heeft betrekking op een set van *afspraken* tussen de aanbieder en de financier. Deze afspraken hebben betrekking op de te leveren *taken, diensten, beschikbaarheid of garantie op beschikbaarheid van zorg, prestaties of activiteiten* door de aanbieder, de *betaling* door de financier en de *verantwoording* over de geleverde prestatie. Deze *set van afspraken* wordt het *bekostigingsmodel* genoemd.

Prestatie

Het begrip *prestatie*² wordt in de zorg gebruikt om de bekostiging te regelen tussen de financier (zorgverzekeraar of zorgkantoor) en de zorgaanbieder, waarbij gebruik wordt gemaakt van een *prestatiebeschikking*. Een *prestatie* heeft de volgende kenmerken:

- Een *prestatie* kent een heldere omschrijving. (Voor de aanbieder en de financier is duidelijk waarvoor wordt betaald).
- Een *prestatie* heeft betrekking op een herkenbare periode. Duidelijk is wanneer een *prestatie* start en eindigt. (In de ziekenhuizen zijn er bijvoorbeeld regels wanneer een behandeltraject of zorgtraject - product wordt geregistreerd).
- Een *prestatie* omvat een minimale set omschreven activiteiten.

1.4.2 Aspecten van bekostiging

Om te komen tot een passende bekostiging van de acute zorgnetwerken is het van belang antwoord te geven op vier vragen met betrekking tot bekostiging³: wat, wie, hoe en hoeveel wordt bekostigd?

² Gebaseerd op NZa, Visiedocument Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen, 2008

³ F. Eijkenaar, Pay for performance for healthcare providers, Erasmus Universiteit, Rotterdam, 2013

1. *Wat wordt bekostigd?*

Bij de vraag “*Wat wordt bekostigd?*” gaat het er om welke *prestaties en activiteiten, taken, functies, beschikbaarheid of garantie op beschikbaarheid* worden onderscheiden, en hoe deze op een eenduidige wijze worden gemeten.

Vertaald naar de acute zorgnetwerken gaat het om de activiteiten en diensten die worden geleverd aan de regio, zoals het organiseren van themabijeenkomsten, scholing, traumaregistratie en toegepast onderzoek. De wettelijke taken van acute zorgnetwerken en de daarbij horende activiteiten komen in hoofdstuk 2 aan de orde.

2. *Wie wordt bekostigd?*

Bij de vraag “*Wie wordt bekostigd?*” gaat het om de betrokken aanbieders die als collectief (regio), of als individuele zorginstelling worden bekostigd.

Bij ziekenhuiszorg kan de keuze gemaakt worden of de instelling (ziekenhuis) waarin een medisch specialist is toegelaten, of de zorgaanbieder (medisch specialist) die de zorg heeft geleverd, wordt bekostigd.

Bij de acute zorgnetwerken vindt bekostiging op netwerkniveau plaats. De vormgeving van activiteiten van acute zorgnetwerken wordt beïnvloed door factoren als demografie, geografie en organisatie van het zorglandschap. De regionale autonomie stelt hen in staan om goed in te spelen op deze omstandigheden.

3. *Hoe wordt bekostigd?*

Bij de vraag “*Hoe wordt bekostigd?*” gaat het om het aantal en het type prestatiedoelen, en op welke manier wordt het behalen van deze aantallen en doelen gestimuleerd?

Het optimale bekostigingsmodel houdt rekening met het specifieke karakter van de functie van de acute zorgnetwerken. Hoe kan worden gestimuleerd dat de wettelijke taken op een efficiënte en effectieve wijze worden uitgevoerd? Welke prikkels gaan uit van de diverse mogelijke bekostigingsmodellen. Hoe kan de bekostiging worden ingericht om deze prikkels zoveel mogelijk in de gewenste richting te sturen?

In hoofdstuk 3 komen bij de keuze van het meest optimale bekostigingsmodel voor *netwerken acute zorg*, deze vragen aan de orde.

4. *Hoeveel wordt bekostigd?*

Bij de vraag “*Hoeveel wordt bekostigd?*” staat centraal hoeveel de uitoefening van een taak of functie kost, en hoeveel middelen de financier beschikbaar heeft voor de aangeboden prestatie of uitvoering van een specifieke taak.

Hierbij kan gedacht worden aan de kostprijs van een activiteit enerzijds en de prijs die een zorgverzekeraar wil betalen anderzijds, of aan de bekostiging van een volledige functie, zoals het macrokader medisch specialistische ziekenhuiszorg gerelateerd aan het BBP (Bruto Binnenlands Product).

Voor de acute zorgnetwerken is het nodig inzicht te hebben in de kosten die verbonden zijn aan het uitvoeren van de wettelijke taken van de netwerken acute zorg.

Om dit inzicht te kunnen bieden is, in vervolg op het verkennend onderzoek, een verdiepingsslag gemaakt waar de kosten soorten globaal toegedeeld zijn aan de hoofdtaken. De resultaten hiervan komen in hoofdstuk 4 aan de orde.

1.5 Leeswijzer

Om te komen tot een beantwoording van de vraag hoe de bekostiging van acute zorgnetwerken zoveel mogelijk gerelateerd wordt aan prestaties en activiteiten worden de taken en activiteiten van de acute zorgnetwerken als vertrekpunt genomen. Ook wordt op basis van theoretische modellen en het huidige kostenpatroon gekomen tot een onderbouwing voor de nieuwe inrichting van de beschikbaarheidsbijdrage. In hoofdstuk 2 wordt daarom allereerst een overzicht van de (wettelijke) taken, activiteiten en prestaties van de acute zorgnetwerken gegeven.

Hoofdstuk 3 geeft een theoretische uitleg over de wijze waarop bekostigingsmodellen kunnen worden ingericht en hoe de verbinding met prestaties kan worden gemaakt. In dit hoofdstuk wordt een keuze gemaakt voor het meest passende bekostigingsmodel voor de acute zorgnetwerken.

In hoofdstuk 4 wordt bepaald hoe binnen het gekozen bekostigingsmodel de middelen toegerekend dienen te worden aan de activiteiten. Dit inzicht is verkregen door een nieuwe landelijke inventarisatie bij de acute zorgnetwerken over de wijze waarop de kosten in 2013 zijn gemaakt.

Hoofdstuk 5 beschrijft hoe het gekozen bekostigingsmodel uit hoofdstuk 3 het beste kan worden ingericht voor de acute zorgnetwerken en besteedt aandacht aan de wijze waarop en de mate waarin rekening gehouden wordt met variatie in de omvang en complexiteit van de regio's.

Bij een bekostigingsmodel horen afspraken over verantwoording. In hoofdstuk 6 wordt een voorstel gedaan voor aanvraag en verantwoording van de beschikbaarheidsbijdrage bij de NZa.

2 Taken en activiteiten Acute Zorgnetwerken

Tien Nederlandse ziekenhuizen zijn in 1997 door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aangewezen als traumacentrum. In 2008 is het AMC als 11^e traumacentrum toegevoegd. Deze traumacentra zijn in de afgelopen jaren geleidelijk omgevormd tot acute zorgnetwerken en daarmee een belangrijk platform geworden voor de coördinatie van en organisatie acute zorgketens in de regio. Zij dienen hiermee in de elf acute zorgregio's het maatschappelijk belang van de bereikbaarheid voor kwalitatief goede acute zorg. Uitgangspunt daarbij is steeds dat zij met ketenpartners zorgdragen dat elke patiënt met een acute zorgvraag binnen de gestelde tijd de juiste zorg krijgt op de juiste plek. Ook in opgeschaalde situaties.

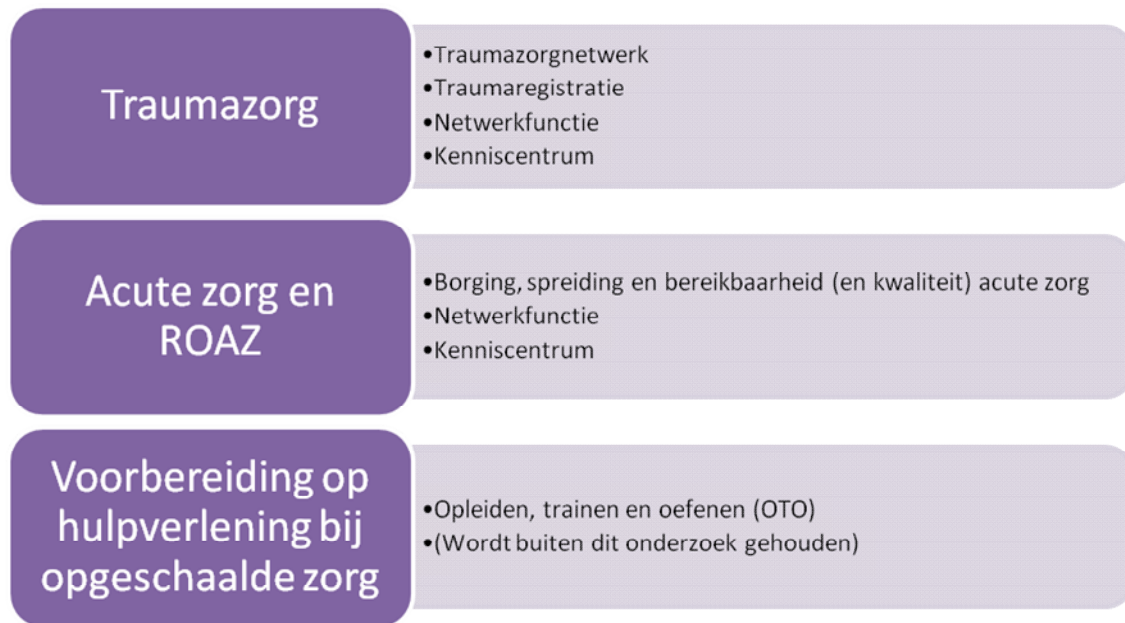
Het acute zorgnetwerk geeft invulling aan deze verantwoordelijkheid door verbinding van ketenpartners als ziekenhuizen, ambulancehulpverlening, huisartsen, verloskundigen, GGZ, GHOR en GGD. Het acute zorgnetwerk coördineert de gezamenlijke verbetertrajecten op de terreinen Traumazorg, Acute Zorg en Opgeschaalde Zorg om acute zorgketens verder te stroomlijnen. Daarmee stellen zij ketenpartners in de gelegenheid om te werken aan continue verbetering van kwaliteit en bereikbaarheid van acute zorg en transparantie hiervan.

Activiteiten die invulling geven aan deze taken en verantwoordelijkheden zijn programma's als traumaregistratie waarmee inzicht in proces en kwaliteit van traumazorg wordt gegeven en dus input vormt voor optimalisatie van de inrichting van deze acute zorg. Maar ook visitatie van traumazorg, ontwikkelen van standaarden voor samenwerking in acute zorgketens en bevorderen van voorbereiding op rampen en crises. De dynamiek van acute zorgnetwerken wordt beïnvloed door factoren als demografie, geografie en organisatie van het acute zorglandschap. De regionale autonomie stelt hen in staat om goed in te spelen op deze omstandigheden.

In dit onderzoeksrapport staat centraal welk bekostigingsmodel het best past bij de verschillende taken van de acute zorgnetwerken. Inzicht in de taken is daarvoor essentieel. Deze worden daarom in dit hoofdstuk beschreven.

Hierbij is gekozen om dit te doen volgens de drie pijlers waarop de meeste acute zorgnetwerken zijn georganiseerd: Traumazorg, Acute Zorg en Opgeschaalde zorg. Gestart wordt bij de oorsprong van de taken van de traumacentra/traumazorg en daarna worden de taken rond acute zorg en opgeschaalde zorg nader beschreven. Elke paragraaf beschrijft de achtergrond, de relatie met de wettelijke taak en de uitvoering die in de praktijk wordt gegeven.

Figuur 2. Wettelijke taken acute zorgnetwerken



Tenslotte worden deze taken en activiteiten samengevat in een overzicht dat het uitgangspunt vormt voor de koppeling met de bekostiging.

2.1 Traumazorg: taken en activiteiten binnen het acute zorgnetwerk

Centraal thema voor de elf acute zorgregio's is het maatschappelijk belang van de bereikbaarheid voor kwalitatief goede acute zorg. Traumazorg is hierbij een breed begrip. Het houdt in dat het ongevalslachtoffer met spoed opgevangen wordt en de juiste medische hulp krijgt op de juiste lokatie. De behandeling varieert van het hechten van een snijwond tot de zorg voor ernstig gewonden. Hoe het slachtoffer gewond is geraakt, speelt daarbij geen rol. Een verkeersongeluk kan de oorzaak zijn, maar bijvoorbeeld ook blootstelling aan straling of chemische stoffen.

Traumazorg vindt plaats binnen een zorgketen die begint bij de 112-melding en eindigt met het revalidatieproces. Dit betekent dat er een noodzaak bestaat voor 24-uurs beschikbaarheid van een groot aantal zorgaanbieders. Een groot scala aan hulpverleners en instanties is betrokken bij deze vorm van acute zorg en zij vormen de ketenpartners van het traumacentrum: huisartsen en huisartsenposten, verloskundige hulpverleners, regionale ambulancediensten, afdelingen Spoedeisende Hulp, afdelingen van ziekenhuizen en mobiele medische teams. Het traumacentrum heeft hierin de coördinerende rol.

Een stevige traumazorgketen leidt tot een betere kwaliteit van opvang van, behandeling en zorg voor traumapatiënten. Om dit te bereiken werken de traumacentra op verschillende manieren om deze zorgketen voor ongevalslachtoffers zo solide mogelijk te maken. Naast het maken van goede werkafspraken richten zij hun aandacht in hun expertisenetwerk op onder meer de ontwikkeling van behandelprotocollen en kwaliteitscriteria voor de traumazorg. Zij maken hierbij ook gebruik van inzichten uit de traumaregistratie waarin data wordt verzameld van 96% van de SEH's (76.000 ongevalpatienten in 2012).

De kwaliteit van de acute zorgverlening hangt vooral af van de individuele schakels en een goede afstemming tussen de schakels in deze keten. Alleen dan ontstaat een solide samenwerkingsverband tussen ketenpartners met heldere communicatielijnen voor een optimale patiëntenzorg. Dat is waar traumacentra voor staan.

2.1.1 Wettelijke Verankering

Op grond van artikel 8 WBMV heeft de minister van VWS in 1997 aan tien ziekenhuizen een aanwijzing als traumacentrum gegeven met als doel een landelijk traumazorgnetwerk te realiseren. In 2008 is daar een elfde traumacentrum aan toegevoegd. Achtergrond van deze aanwijzing is dat een verbeterde samenwerking een belangrijke kwaliteitsverbetering van de zorg zou betekenen. Met alle ketenpartners die binnen het verzorgingsgebied van het traumacentrum een rol spelen bij de hulp aan ongevals slachtoffers, dient het traumacentrum samenwerkingsafspraken maken. De samenwerkingsafspraken met ketenpartners zijn noodzakelijk om te komen tot een juiste patiëntenverdeling. Immers, het is van belang dat de 'juiste patiënt op de juiste plaats' behandeld wordt, zodanig dat de beschikbare capaciteit en de medische mogelijkheden optimaal benut worden. Deze samenwerkingsafspraken krijgen nog een grotere rol bij het veranderende landschap van acute zorg. Concentratie en spreiding van spoedzorg heeft impact op de maatschappelijke doelstelling van voldoende bereikbaarheid. Dit vraagt meer van de coördinerende rol van het traumacentrum teneinde de doelmatige en kwalitatief goede traumazorg te kunnen blijven verlenen in de regio. Het traumacentrum onderhoudt daartoe contacten met de vele betrokken ketenpartners in de regio, zowel via de formele overlegstructuur als via informele- en ad hoc overleggen.

Naast samenwerkingsafspraken met ketenpartners in het verzorgingsgebied dienen de traumacentra onderling intensief contact te onderhouden over de optimale werkwijze op zowel organisatorisch als op medisch inhoudelijk gebied.

Daarnaast dienen de traumacentra zich te ontwikkelen tot kenniscentra op het gebied van traumatologie.

2.1.2 Taken in praktijk

Traumacentra spelen een cruciale rol in het samenwerkingsverband tussen hulpverleners en instanties die betrokken zijn bij de acute zorg. Ze maken afspraken over samenwerking met alle partijen die een rol vervullen bij de hulp aan ongevals slachtoffers en zorgen voor een optimaal ingericht traumazorgnetwerk. De regiefunctie die het traumacentrum daarbij heeft houdt onder meer in dat het traumacentrum:

- Het onderhouden van het netwerk met alle betrokken ketenpartners
- Een traumazorgnetwerk ontwikkelt zich door samenwerkingsafspraken te maken met alle ketenpartners die binnen de regio een rol spelen bij de hulpverlening aan ongevals slachtoffers. Specifiek wordt hierbij gekeken naar de toewijzing van patiënten aan de juiste ziekenhuizen, afhankelijk van de letselernst van de patiënt (levelcriteria).
- Afspraken maakt met ziekenhuizen over beschikbare capaciteit.
- 24 uur per dag een groot aantal specialismen beschikbaar heeft om zwaargewonde patiënten optimale zorg te geven.
- Protocollen en behandelprocedures van de verschillende disciplines op elkaar afstemt.
- Voorziet in een regionale traumaregistratie van ongevalsslachtoffers.
- Kwaliteitscriteria ontwikkelt waarmee de kwaliteit van de traumazorg gemeten kan worden.
- Afspraken maakt met meldkamers en ambulancevoorzieningen over de inzet van het Mobiel Medisch Team.
- Met GHOR-bureau's in de regio contact heeft over de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen.

2.1.3 Functies voor taakuitvoer

Elk netwerk geeft invulling aan deze taken met verschillende combinaties van onderstaande functies:

- Hoofd/manager/coördinator
- Medisch coördinator
- Onderzoeker
- Datamanager

- Registratiemedewerker
- Ondersteunend secretariaat

2.1.4 Parate MMT's buiten het onderzoek

In Nederland zijn vier Mobiel Medische Teams aanwezig (Groningen, Amsterdam, Rotterdam, Nijmegen) die 7/24u *paraat* zijn. Deze functie is onlosmakelijk verbonden met de betreffende traumacentra. Omdat voor deze functie een aparte beschikbaarheidsbijdrage geldt wordt deze in dit rapport verder buiten beschouwing gelaten.

2.1.5 MMT-voertuigen

Bij de start van de traumacentra was de intentie om vanuit elk traumacentrum een directe bijdrage te leveren aan opgeschaalde zorg in de vorm van een *beschikbaar* Mobiel Medisch Team. In geval van een opgeschaalde situatie zou een medisch team van het ziekenhuis met een erkenning als traumacentrum assisteren op de plaats van de calamiteit. Hiervoor werden MMT-voertuigen ter beschikking gesteld door het Ministerie van Binnenlandse Zaken.

Met de introductie van de 7/24u paraatheid van de vier traumahelikopters is, op basis van kwaliteitseisen en reeds bestaande dekking, gekozen voor een model in opgeschaalde situaties met vier parate MMT's (Groningen, Amsterdam, Rotterdam, Nijmegen) en twee beschikbare MMT's (Enschede en Utrecht) voor opgeschaalde situaties.

In de huidige beleidsregel Traumazorg en OTO (BR/CU-2097) is hiervoor een apart beleidsregelbedrag benoemd voor 10 traumacentra. Bij de beschikbaarheidsbijdrage MMT zijn de kosten voor dit onderdeel van de functie niet meegenomen, omdat deze in bovengenoemde beleidsregel waren opgenomen. Echter de invulling van deze beleidsregel is dus niet meer, zoals bij aanvang, van toepassing op 10 centra, maar op 6, waarbij differentiatie bestaat tussen de 4 parate centra en de 2 beschikbare MMT's in Utrecht en Enschede. Dit onderdeel is geen onderwerp in dit rapport, noch in de beschikbaarheidsbijdrage MMT en dient derhalve nog wel apart geagendeerd te worden.

2.2 Acute Zorg en ROAZ: taken en activiteiten binnen het acute zorgnetwerk

De traumacentra hebben, op basis van hun succesvolle ketenbenadering, van VWS de opdracht ook zorg te dragen voor de bereikbaarheid van andere vormen van acute zorg. Deze opdracht werd verankerd binnen de WTZi, met de verplichting een Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) voor de aanbieders van acute zorg in te stellen. Hierin heeft het ziekenhuis met de erkenning traumacentrum een coördinerende rol.

Doel van het ROAZ is ervoor te zorgen dat een patiënt zo snel mogelijk op de juiste plaats terechtkomt wanneer hij acute zorg nodig heeft. Opdracht die hieraan is verbonden is om het acute zorgaanbod in de regio in kaart te brengen, en oplossingen te bedenken wanneer niet aan de gewenste normen en eisen van bereikbaarheid wordt voldaan.

Door deze verbreding van taken transformeren de traumacentra tot acute zorgnetwerken waarin de aanbieders van acute zorg zoals ziekenhuizen, ambulancehulpverlening, huisartsen, verloskundigen, GGZ, GHOR en GGD met elkaar zijn verbonden.

2.2.1 Wettelijke verankering

Op grond van de beleidsregels ex artikel 4 WTZi heeft het ROAZ een aantal wettelijke taken:

“Basisziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen, academische ziekenhuizen, de crisisfunctie in GGZ-instellingen, regionale ambulancevoorzieningen en huisartsenposten nemen op een constructieve manier deel aan het op initiatief van het traumacentrum georganiseerde regionale overleg acute zorgketen. De in dat overleg gemaakte afspraken dienen te worden nagekomen.

De instelling legt in het jaarverslag verantwoording af over de wijze waarop de instelling invulling heeft gegeven aan de in het overleg gemaakte afspraken. De afspraken in het regionale overleg acute zorgketen moeten ertoe leiden dat deelnemers aan het overleg alleen (tijdelijk) kunnen stoppen met functies op een bepaalde locatie als de 45 minuten norm om een SEH afdeling van een basisziekenhuis te bereiken, niet in gevaar komt. Ten aanzien van de spreiding van zorgvoorzieningen zijn de betrokken regionale partijen (...) zelf verantwoordelijk voor de variatie, differentiatie en invulling”.

In een preambule⁴ geeft VWS een nadere procesbeschrijving van het ROAZ. Op basis daarvan kan de volgende samenvatting van de taken van het ROAZ worden gemaakt:

- afstemming van activiteiten tussen aanbieders van acute zorg;
- het in kaart brengen van het acute zorgaanbod in de regio:
 - o wie levert welke zorg?
 - o inzicht in behandelcapaciteit van elke zorgaanbieder;
 - o welke impliciete en expliciete afspraken zijn aanwezig voor aansluiting acute zorg;
- inzicht verkrijgen in en het oplossen van witte vlekken in het zorgaanbod of de bereikbaarheid;
- voorbereiding op geneeskundige hulpverlening bij rampen en crises.

2.2.2 Taken in praktijk

De verantwoordelijkheid van het ROAZ richt zich dus in eerste instantie op de organisatie, bereikbaarheid en kwaliteit van de hele acute zorgketen. De instellingen zijn zelf verantwoordelijk voor de beschikbaarheid en kwaliteit van het eigen zorgaanbod. De individuele instellingen hebben een meldingsplicht in het ROAZ in geval plannen zijn ontwikkeld die leiden tot wijziging in acuut zorgaanbod. De te volgen stappen binnen het ROAZ hiervoor zijn vastgelegd in de leidraad Wijziging acuut zorgaanbod⁵. In een dergelijk geval wordt vervolgens in ROAZ-verband gezamenlijk gezocht naar oplossingen voor eventuele hiaten in beschikbaarheid of bereikbaarheid.

Naast dit algemeen toezicht op het waarborgen van de toegankelijkheid van acute zorg in de regio geeft elk ROAZ specifiek aandacht aan het functioneren van de ketens acute obstetrie (verloskunde), acute psychiatrie, myocard infarct, cerebrovasculair accident (CVA oftewel beroerte) en acute heuptrauma's. In een specifiek samengestelde groep van professionals en management wordt gekeken of de ketens voldoende functioneren, welke verbeterpunten er zijn en hoe deze, indien aanwezig, opgepakt kunnen worden. Hierover wordt verantwoording afgelegd aan het (bestuurlijk) ROAZ.

Om invulling te geven aan deze taken zijn binnen het acute zorgnetwerk één of meerdere ROAZ-coördinatoren aangesteld. Die vormt de verbindende schakel tussen werkgroepen, voorbereidingsgroep (ook wel agendacommissie genoemd) en ketenpartners van het ROAZ. De coördinator vervult een belangrijke rol in het onderhouden van het netwerk en heeft een kritische en onmisbare rol in de bewaking van beschikbaarheid van en toegang tot spoedzorg, ook in opgeschaalde situaties binnen de acute zorgketen.

Het ROAZ fungeert als netwerkorganisatie, zij heeft geen formele hiërarchische structuur. De slagkracht wordt door elk ROAZ zelf bepaald en is dus regionaal verschillend. De mate van samenwerken binnen het ROAZ is momenteel vooral gebaseerd op de kwaliteit van het netwerk en de onderlinge relaties. De kwaliteit van de acute zorgketen wordt mede bepaald door de mate waarin zorgaanbieders met elkaar samenwerken, elkaar informeren en van elkaars expertise en handelen op de hoogte zijn.

⁴ WTZi en ROAZ, bestuurlijk overleg 15 september 2005

⁵ Leidraad wijziging acuut zorgaanbod, LNAZ, 11 oktober 2010

Een parallel kan worden gezien met de taken van het traumacentrum:

- Acute zorgnetwerken bevorderen samenwerkingsafspraken tussen ketenpartners die binnen de regio een rol spelen bij de hulpverlening aan patiënten met een acute zorgvraag. Specifiek wordt hierbij gekeken naar de toewijzing van patiënten aan de juiste ziekenhuizen, afhankelijk van de inhoud van de acute zorgvraag.
- Binnen acute zorgnetwerken worden afspraken gemaakt over beschikbare capaciteit voor opvang van patiënten met een acute zorgvraag. Samenwerkingsafspraken tussen individuele ketenpartners zijn geformuleerd in processen en protocollen.
- Acute zorgnetwerken ontwikkelen (of sluiten aan bij bestaande) kwaliteitscriteria waarmee de kwaliteit van de acute zorg gemeten kan worden.
- Acute zorgnetwerken ontwikkelen van een kenniscentrum voor het vergaren en verspreiden van kennis en kunde op het gebied van acute zorg door middel van zorgontwikkeling, training en opleiding.

Net als bij de Traumacentra geldt ook voor deze taak dat het acute zorgnetwerk in toenemende mate invulling gaat geven aan de coördinerende rol. Transparante samenwerkingsafspraken worden in het veranderende landschap van acute zorg van steeds groter belang. Concentratie en spreiding van spoedzorg heeft namelijk impact op de maatschappelijke doelstelling van voldoende bereikbaarheid. Goede coördinatie tussen ketenpartners in de regio is dan nog meer noodzakelijk om de patiënt met een acute zorgvraag binnen de juiste tijd op de juiste plaats passende zorg te leveren. Het netwerk acute zorg als verbindende schakel hierbij is essentieel teneinde gezamenlijk de doelmatige en kwalitatief goede traumazorg te kunnen blijven verlenen in de regio.

2.2.3 Functies voor taakuitvoer

Elk netwerk geeft invulling aan deze taken met verschillende combinaties van onderstaande functies:

- Hoofd/manager/coördinator
- Medisch coördinator
- ROAZ-coördinator
- Onderzoeker
- Ondersteunend secretariaat

2.3 Voorbereiding op hulpverlening bij opgeschaalde zorg: taken en activiteiten binnen het acute zorgnetwerk

Binnen de acute zorgnetwerken bereiden ziekenhuizen, GGD-en, ambulancediensten, huisartsen en GGZ instellingen zich gezamenlijk voor op hulpverlening in opgeschaalde zorgsituaties. Juist in geval van rampen en crises is een gecoördineerde inzet van veel partijen vereist om verantwoorde hulp te bieden en de schadelijke gevolgen van de catastrofe zoveel mogelijk te beperken. Ook hier hebben de traumacentra een coördinerende rol.

Met de OTO-stimuleringsmiddelen stimuleert VWS deze ontwikkeling in de voorbereiding op rampen. Met het landelijk project Opleiden, Trainen en Oefenen (OTO) wordt de kennis en expertise van hulpverleners voor hulpverlening bij rampen en crises continu verder ontwikkeld. Doel van het OTO-project is dat de zorgsector nauwer en beter samenwerkt bij rampen en dat de expertise verder wordt ontwikkeld en gebundeld. Door medewerkers van zorginstellingen op te leiden, te trainen en te laten oefenen maakt de zorgsector een kwaliteitsslag in de voorbereidingen op rampen en crises. Deze professionaliseringsslag vindt plaats op regionaal niveau en wordt, vaak in samenwerking met de GHOR, gecoördineerd vanuit het netwerk acute zorg en verantwoording wordt afgelegd aan het ROAZ.

2.3.1 Wettelijke verankering

Vorbereiding op opgeschaalde hulpverlening wordt gezien als een bijzondere vorm van acute zorg.

In de beleidsregels ex artikel 4 WTZi valt deze voorbereiding onder de taken van het ROAZ:

“Basisziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen en academische ziekenhuizen bereiden zich in samenwerking met andere zorgverleners en diensten uit de acute ketenzorg voor op inzet in opgeschaalde situaties. Hiervoor dient de zorginstelling over een Rampen Opvang Plan te beschikken (...). De gemaakte afspraken zullen worden opgenomen in een regionaal crisisplan, dat door het bestuur van de veiligheidsregio wordt vastgesteld”.

Om hier gezamenlijk invulling aan te geven is in 2008 het OTO-convenant gesloten tussen VWS en de landelijke vertegenwoordigers van acute zorg. In dit convenant worden afspraken gemaakt over de wijze waarop de OTO-stimuleringsmiddelen ingezet kunnen worden om de doelstelling van een adequate voorbereiding op rampen en crises met elkaar te bereiken.

2.3.2 Taken in praktijk

OTO-stimuleringsmiddelen moeten volgens het OTO-convenant op een gestructureerde en doelgerichte wijze worden besteed. Hiervoor werkt het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) samen met ziekenhuizen, GHOR-bureaus, huisartsen(posten), GGD-organisaties en ambulancediensten. Deze organisaties ontwikkelen samen een regionale risicoanalyse, het meerjaren OTO-beleidsplan en OTO-jaarplannen. Deze plannen bepalen waar, waarvoor en hoe de OTO-stimuleringsgelden binnen de regio worden ingezet. De partijen die het OTO-convenant hebben ondertekend, streven bij de inzet van de OTO-stimuleringsmiddelen naar informatie- en kennisuitwisseling tussen de verschillende regio's. Het doel hierbij is de kwaliteit van de voorbereiding van de zorginstelling te verhogen en het borgen van kennis en vaardigheden die worden opgedaan in het OTO-traject.

2.3.3 Functies voor taakuitvoer

Om invulling te geven aan deze taken rond Opleiden, Trainen en Oefenen voor hulpverlening in opgeschaalde zorgsituaties worden de volgende functies onderscheiden:

- Hoofd/manager/coördinator
- Medisch coördinator
- Beleidsmedewerker opgeschaalde zorg
- OTO-coördinator (beleidsmedewerker/stafmedewerker)
- Ondersteunend secretariaat

2.3.4 OTO buiten onderzoek

Gezien het feit dat er voor het OTO-project in het landelijk beleidskader OTO een aparte verantwoordingslijn is afgesproken en inmiddels ook een aparte beschikbaarheidsbijdrage geldt, wordt OTO bij dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. Wel is het van belang om te realiseren dat deze functie een plaats heeft binnen het acute zorgnetwerk gezien de opdracht binnen de WTZi. Deze functie wordt momenteel geheel bekostigd vanuit de OTO-stimuleringsmiddelen. Wijzigingen in de bekostigingssystematiek voor OTO moeten in samenhang worden gezien met het invullen van deze functie door acute zorgnetwerken.

2.4 Taken en activiteiten acute zorgnetwerken

In de voorgaande paragrafen zijn de (wettelijke) taken van de acute zorgnetwerken beschreven en de wijze waarop hier in de praktijk invulling aan wordt gegeven. Onderstaand schema vat de doelstelling, de taken en de activiteiten van de acute zorgnetwerken samen.

Doel van de acute zorgnetwerken is het optimaliseren van de beschikbaarheid, de bereikbaarheid en kwaliteit van de acute zorg in de regio, zodat een patiënt of groep patiënten (in geval van rampen en crises) met een acute zorg vraag zo snel mogelijk op de juiste plaats de juiste zorg ontvangt.

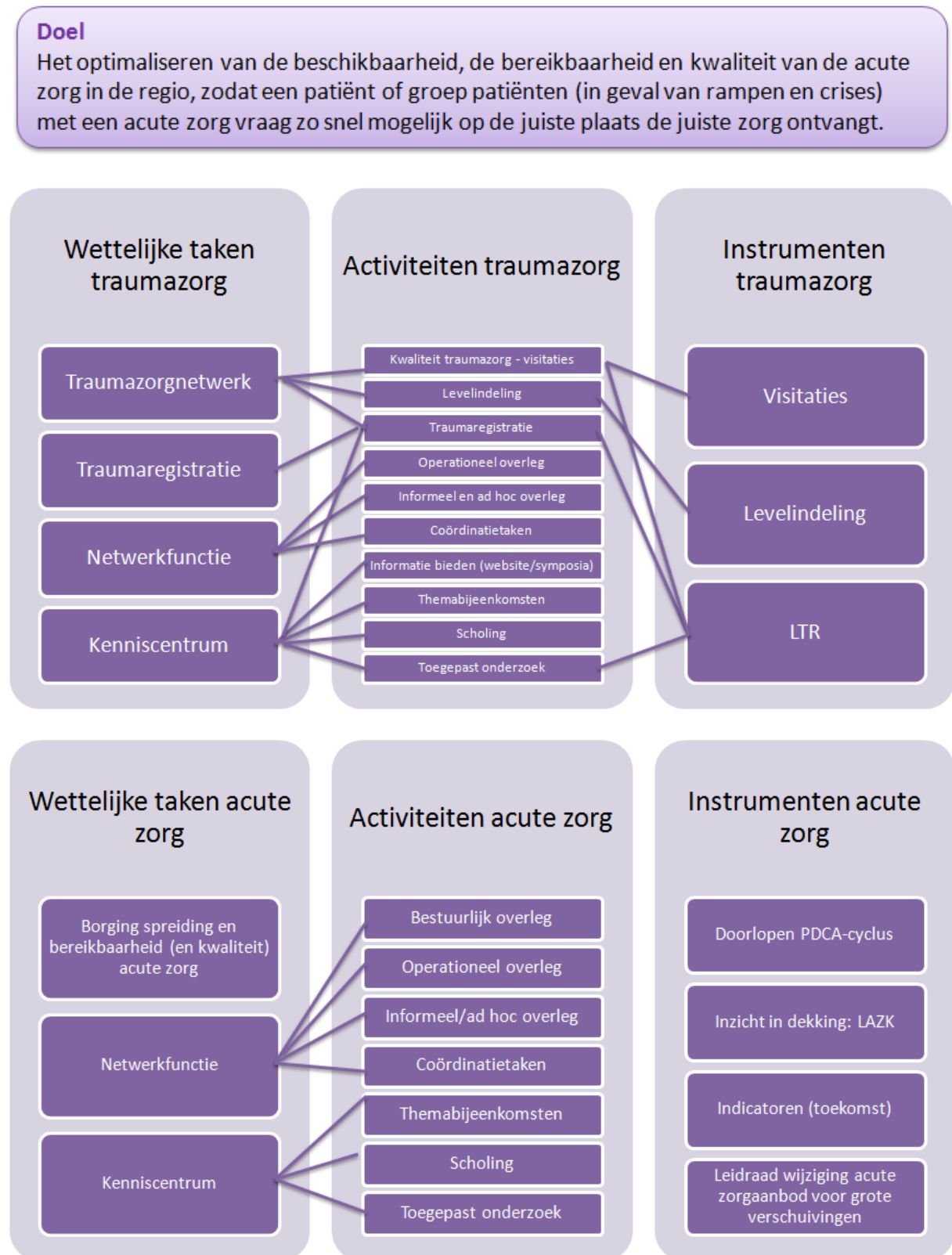
Het schema geeft een samenvatting van de taken en functies van een netwerk acute zorg en welke categorieën van activiteiten daaraan verbonden kunnen worden.

In de eerste kolom staan de taken die in de *Aanwijzing Traumacentrum* en WTZi (ROAZ) zijn benoemd. Het betreft de borging van de spreiding, bereikbaarheid en kwaliteit van de acute zorg in de regio, de netwerkfunctie, het kenniscentrum, het traumanetwerk en de traumaregistratie.

In de tweede kolom staan de activiteiten aangegeven die door het acute zorgnetwerk worden georganiseerd om invulling aan deze opdracht te geven. Dit betreffen de activiteiten die de basis vormen voor de relatie met de inzet van beschikbaarheidsbijdrage.

In de derde kolom staan instrumenten die ontwikkeld zijn of nog ontwikkeld worden die ons helpen de vragen behorend bij deze wettelijke taak te beantwoorden.

Figuur 2.4 Doelstelling, wettelijke taken en activiteiten acute zorgnetwerken



3 Uitgangspunten en overwegingen bij keuze geschikt bekostigingsmodel

De opdracht van dit onderzoek is om de prestaties van de acute zorgnetwerken zoveel mogelijk te relateren aan de kosten.

In het vorige hoofdstuk zijn de taken en activiteiten van de acute zorgnetwerken beschreven. In dit hoofdstuk staat centraal welk bekostigingsmodel het best past bij de activiteiten van acute zorgnetwerken.

In paragraaf 3.1 worden de uitgangspunten voor bekostiging beschreven. Deze zijn bepalend voor de uiteindelijke keuze van een passend bekostigingsmodel voor de acute zorgnetwerken. Daarna worden in paragraaf 3.2 vier vormen van bekostiging beschreven⁶. Vaak bestaat een bekostigingsmodel uit een combinatie van deze vormen. In paragraaf 3.3 wordt op basis hiervan een aantal mogelijke bekostigingsmodellen voor de acute zorgnetwerken gepresenteerd. In paragraaf 3.4 worden voorwaarden beschreven waaraan een prestatie moet voldoen om als drager voor bekostiging te kunnen fungeren.

3.1 Uitgangspunten en overwegingen bij bekostiging

Voor bekostiging geldt een aantal algemene uitgangspunten⁷, die leidend zijn bij de keuze voor de vormgeving van een optimaal bekostigingsmodel: globaliteit, rechtvaardigheid, dynamiek, doelmatigheid en toekomstbestendigheid. In deze paragraaf wordt de betekenis van deze uitgangspunten toegelicht, en wordt gekeken in welke mate ze aan kunnen aansluiten bij een bekostigingsmodel voor acute zorgnetwerken. Hiertoe wordt in paragraaf 3.1.2 een overzicht gegeven van de keuzes die gemaakt kunnen worden bij vormen van bekostiging.

3.1.1 Uitgangspunten voor bekostiging

Globaliteit

Het te verdelen budget over de acute zorgnetwerken is relatief beperkt (ruim € 8,5M). Zoals in hoofdstuk 2 is aangegeven zijn de taken van de acute zorgnetwerken wettelijk vastgelegd. De activiteiten en prestaties ten behoeve van de taken van de acute zorgnetwerken zijn echter door de verschillen in omgevingsfactoren niet altijd gelijk in aard en omvang. Door het bekostigingsmodel voor de acute zorgnetwerken overwegend te baseren op de taken kan het aantal bekostigingsparameters beperkt blijven en krijgt het een globaal karakter.

Rechtvaardigheid

De beschikbaarheidsbijdrage dient rechtvaardig over acute zorgnetwerken te worden verdeeld. Bij het ontwikkelen van een bekostigingsmodel voor acute zorgnetwerken is het daarom nodig een relatie te leggen tussen het budget en de kosten die gemaakt worden voor de uitvoering van de taken.

Samen met het verkennend onderzoek 2012 legt dit rapport een relatie tussen hoofdtaken en kostensoorten. In de werkgroep is geconstateerd dat voor de uitvoering van de taken van het acute zorgnetwerk in grotere regio's met meer ketenpartners ook meer inspanningen nodig lijken te zijn dan in kleinere regio's. Daarom wordt in dit onderzoek ook naar een objectieve maat gezocht voor de complexiteit van de regio om middelen daadwerkelijk rechtvaardig te kunnen verdelen.

⁶ De gehanteerde terminologie is afkomstig uit de notitie "Bekostigingsmodellen" van het TransitieBureau WMO, nov 2013; in die notitie worden de eerste 3 bekostigingsmodellen beschreven. Het 4^e model sluit aan bij een algemene wens om 'outcome' of resultaat meer te waarderen (zie Eijkenaar, 2013).

⁷ Deze uitgangspunten zijn gebruikt bij de inrichting van de Functiegerichte Budgettering ziekenhuizen. De werkgroep heeft deze uitgangspunten onderschreven.

Dynamiek

Om de dynamiek in beeld te brengen zijn de kosten gerelateerd aan de verschillende taken van de acute zorgnetwerken. Het verkennend onderzoek 2012, en de verdiepingsslag waarin de kostensoorten globaal toegedeeld zijn aan de hoofdtaken, legt die relatie. Het is belangrijk die toedeling blijvend te monitoren en wanneer nodig, het model bij te stellen. Bijvoorbeeld: in de afgelopen jaren is het aantal taken voor de acute zorgnetwerken uitgebreid (verbreding naar acute zorg/ROAZ) zonder dat daar extra budget en/of een herverdeling van budget tegenover stond.

Doelmatigheid

Budgetten brengen vrijheid in gebondenheid. Acute zorgnetwerken kennen zeer wisselende omstandigheden, zoals demografie, geografie en configuratie van het zorglandschap. De acute zorgnetwerken hebben enige mate van substitutievrijheid tussen de verschillende budgetonderdelen nodig om goed in te kunnen spelen op deze omstandigheden. Tegelijkertijd hoort bij het element doelmatigheid een koppeling aan resultaat. Dat kan door doelstellingen af te spreken en bij de verantwoording inzicht te geven in de mate waarin die doelen bereikt zijn.

Toekomstbestendigheid

Het verschijnen van de visie van Zorgverzekeraars Nederland op spoedzorg heeft het acute zorglandschap in Nederland onomkeerbaar in beweging gezet. De ingezette concentratie en spreiding van spoedzorg heeft direct impact op de maatschappelijke doelstelling van bereikbaarheid van acute zorg. Dit betekent een toename van de coördinatiefunctie van het acute zorgnetwerk in de regio teneinde de doelmatige en kwalitatief goede acute zorg te kunnen blijven verlenen in de regio. De bekostiging van de activiteiten passend bij deze (toenemende) coördinatiefunctie dient dan ook voldoende aan te sluiten bij deze ontwikkeling.

3.1.2 Bekostigingsvormen en bekostigingsmodellen

Om een passend budgetmodel voor de beschikbaarheidsbijdrage van de acute zorgnetwerken te ontwikkelen worden in bijlage 2 vier veel voorkomende bekostigingsvormen onderscheiden:

- Functionele bekostiging: vaste vergoeding per functie
- Populatiebekostiging: vergoeding op basis van de omvang en/of samenstelling van de bevolking in verzorgingsgebied
- Prestatiebekostiging: vergoeding op basis van tarief per prestatie
- Resultaatbekostiging: vergoeding met prikkel kwaliteit/doelmatigheid en gerelateerd aan outcome/resultaat.

In de bijlage wordt een toelichting gegeven op deze vier bekostigingsvormen en wordt met behulp van een formule aangegeven hoe bij elke bekostigingsvorm het budget wordt opgebouwd. Tenslotte vindt steeds een toepassing plaats op de situatie van de acute zorgnetwerken en wordt getoond wat dit zou betekenen voor de toekomstige budgetvorming.

Deze vier bekostigingsvormen komen in de praktijk meestal in combinaties voor. Daarom wordt in deze bijlage gekeken op welke wijze deze vormen gecombineerd kunnen worden tot een bekostigingsmodel dat toepasbaar is op de situatie van acute zorgnetwerken. Samengevat resulteert dit in de volgende drie optie:

- Bestendiging huidig model functionele bekostiging
- Combinatie van functionele-populatiebekostiging
- Combinatie functionele- populatie- en prestatiebekostiging

3.2 Uitgangspunten voor prestaties als drager bekostiging

In hoofdstuk 2 zijn de prestaties van acute zorgnetwerken onderscheiden. In deze paragraaf worden de uitgangspunten voor prestaties als drager voor bekostiging beschreven⁸. Vervolgens wordt beoordeeld in welke mate de taken en activiteiten van de acute zorgnetwerken aan deze uitgangspunten voldoen.

3.2.1 Uitgangspunten voor prestaties als drager voor bekostiging

- Er moeten *heldere product- /prestatiebeschrijvingen* bestaan over de prestaties die worden bekostigd. Voor de financier is het van belang dat er helderheid bestaat over de prestatie die wordt ingekocht. Op die manier is voor de inkoper inzichtelijk waarvoor wordt betaald en wat hiervoor wordt geleverd. Alleen met goede prestatieomschrijvingen kunnen afspraken gemaakt worden over omvang van de prestaties.
- De prestatie heeft betrekking op een *herkenbare periode*. Duidelijk is wanneer een prestatie start en eindigt.
- *De kwaliteit van de geleverde zorg is transparant*. Transparantie van de kwaliteit is voor de financier en de aanbieders van belang. De kwaliteit van de prestaties dient vergelijkbaar te zijn tussen de aanbieders van de prestaties.
- *De kostprijs van de geleverde zorg is transparant*. Naast de kwaliteit van de geleverde zorg moet voor de financier en de aanbieder ook de kostprijs van de prestatie transparant zijn.
- *Voorkom ongewenste prikkels*. Volume effecten of upcoding kan optreden als prestaties worden beloond op basis van integrale tarieven.

3.2.2 Prestaties in acute zorgnetwerken als drager voor bekostiging

Bestudering van figuur 2.1 laat zien dat de activiteiten van de acute zorgnetwerken gericht zijn op het bereiken van de doelstelling te weten “Het optimaliseren van de beschikbaarheid, de bereikbaarheid en kwaliteit van de acute zorg in de regio, zodat een patiënt of groep patiënten (in geval van rampen en crises) met een acute zorgvraag zo snel mogelijk op de juiste plaats de juiste zorg ontvangt”. Deze activiteiten komen voort uit de wettelijke taken van de acute zorgnetwerken.

Maar kunnen de activiteiten die worden ondernomen binnen de acute zorgnetwerken om de doelstelling te behalen steeds voldoen aan de eisen die worden gesteld om ze als drager voor bekostiging te laten gelden? Ofwel heeft het type activiteit steeds een heldere prestatiebeschrijving, een begrensde periode, transparante kwaliteit en eenduidige kostprijs?

Vaak is het antwoord nee. En dat heeft vooral te maken met het type activiteit van acute zorgnetwerken. Dit betreft vaak doorlopende activiteiten die geen eenduidige vorm kennen. Denk bijvoorbeeld aan de taken als bestuurlijk en operationeel overleg en coördinatietaken.

Allereerst kan geen begin en eind gedefinieerd worden aan de prestatie (transactie). Bij coördinatie kan ook niet gesproken worden over aantallen activiteiten, er wordt immers doorlopend gecoördineerd en afgestemd.

Voor activiteiten waarvoor wel aantallen gedefinieerd kunnen worden (dagdelen scholing, lezingen, symposia, focusgroepen of visitaties) geldt dat de homogeniteit van deze activiteiten nu niet altijd voldoende aanwezig is (het ene symposium is qua inzet van middelen niet te vergelijken met het andere). Wel zijn er momenteel landelijke en regionale initiatieven waarbij wordt gestreefd naar meer uniformiteit tussen de verschillende acute zorgnetwerken.

⁸ Gebaseerd op NZa, Visiedocument Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen, 2008

Heldere prestaties kunnen bijvoorbeeld wel zijn het aantal geregistreerde ongevalpatiënten in de traumaregistratie. Stel dat het aantal ongevalpatiënten lineair gerelateerd is aan de kosten die gemaakt worden voor de traumaregistratie dan kan dit in de toekomst een goede parameter zijn voor de bekostiging.

Integrale bekostiging van prestaties kan echter leiden tot meer volume van wat maatschappelijk wenselijk is. Stel dat het organiseren van referiebijeenkomst een activiteit is waar een tarief aan hangt, dan kan het interessant worden om veel referiebijeenkomsten te organiseren. Dat maakt deze activiteiten minder geschikt als drager voor bekostiging. Wel kunnen afspraken gemaakt worden hoeveel van welke activiteiten jaarlijks minimaal gedaan moeten worden.

3.3 Contouren van een nieuw bekostigingsmodel voor acute zorgnetwerken

De uitgangspunten globaliteit, rechtvaardigheid, dynamiek en doelmatigheid voor een bekostigingsmodel voor acute zorgnetwerken passen het best bij een combinatie tussen functionele- en populatiebekostiging.

Kijkende naar de geest van acute zorgnetwerken, namelijk een beschikbaarheidsfunctie, past hier een populatiebekostiging bij.

Echter de huidige financieringskaders binnen de zorg kennen een duidelijke wens tot prestatiebekostiging. Hierbij lijkt de financiering van beschikbaarheidsfuncties op meerdere vlakken tot administratieve problemen te leiden, met name in de verantwoording en vaststelling van de vergoedingsgronden.

Daarom is in dit kader is er ook gekeken naar een functionele bekostiging, waarbij toch aansluiting wordt gemaakt met de activiteiten van de acute zorgnetwerken, in lijn met de financieringsmodellen die de NZA voorstaat.

Kijkende naar de omvang van de functie en de grote diversiteit van activiteiten en variatie in de regio's is een pure prestatiebekostiging op dit moment in de ogen van de onderzoekers niet haalbaar. Hierin is de te financieren populatie namelijk te klein en de definities van activiteiten door de grote diversiteit, begrijpelijkerwijs nog te weinig uniform. Mogelijkerwijs kan op middellange termijn naar meer uniformiteit toegewerkt worden. Hierbij adviseren onderzoekers om de administratieve regeldruk, mate van detail in administratie en bijhorende kosten in relatie te bezien tot de omvang van de totale functie.

Door gebruik te maken door een combinatie van functionele en populatiebekostiging is er dan zowel aansluiting bij de huidige manier van bekostigen, als bij de onderliggende gedachte van een 'beschikbaarheidsbijdrage', die wordt gekenmerkt door een beperkte aanwezigheid van een relatie met prestaties. Het is dan wel van belang parameters te hanteren die recht doen aan de verschillen in omvang en complexiteit van de activiteiten van de zorgnetwerken, en de relatie gelegd tussen prestaties en bekostiging.

Als tenslotte de toekomstfunctie van de acute zorgnetwerken in oenschouw wordt genomen (namelijk meer coördinatie bij concentratie en spreiding van spoedzorg in Nederland), past deze financieringsvorm ook het beste bij deze maatschappelijke ontwikkelingen. Hiermee lijkt deze combinatie van functionele- en populatiebekostiging ook het meest toekomstbestendig.

4 Toerekening kosten naar kostensoort, taak en activiteit

In hoofdstuk 3 is geconcludeerd dat een combinatie van functionele- en populatiebekostiging het best past bij acute zorgnetwerken. Zo wordt zowel rekening gehouden met de verschillende taken van acute zorgnetwerken, en in de toekomst mogelijk ook met de zogenaamde complexiteit van een regio (zie hoofdstuk 5). Ook is geconstateerd dat niet alle activiteiten van acute zorgnetwerken in aanmerking komen om te fungeren als drager voor bekostiging.

Met deze gegevens is het doel in dit hoofdstuk te komen tot een geaccepteerde verdeling van de beschikbaarheidsbijdrage over de verschillende taken van de acute zorgnetwerken.

Hiertoe zijn de kosten van de acute zorgnetwerken over het jaar 2013 in beeld gebracht en is gekeken naar de gemiddelde inzet van de middelen door de netwerken op de in hoofdstuk 2 genoemde taken.

Hiertoe wordt allereerst gekeken naar de verbeterpunten uit de kostenanalyse van 2012. Vervolgens wordt in paragraaf 4.2 toegelicht hoe het onderzoek voor 2013 is opgezet en worden de bevindingen gepresenteerd.

4.1 Verkennend onderzoek 2012

In het verkennend onderzoek “Beschikbaarheidsbijdrage Traumazorg en OTO” zijn per acuut zorgnetwerk de kostensoorten (personeel, materieel, kapitaal, overhead) geïnventariseerd.

Uit deze inventarisatie bleken aanzienlijke verschillen tussen de acute zorgnetwerken. Deze verschillen hadden te maken met organisatorische verschillen in de inrichting van de acute zorgnetwerken en de rubricering van kostensoorten. Zo werd in sommige regio’s niet tot nauwelijks overhead of kapitaalkosten doorberekend vanuit het ziekenhuis, terwijl dat in andere acute zorgnetwerken wel gebeurde.

In het verkennend onderzoek van 2012 zijn aanbevelingen geformuleerd om te komen tot een meer eenduidige toerekening van de kosten van de acute zorgnetwerken. Hiermee is rekening gehouden in deze inventarisatie.

4.2 Onderzoek 2013

Op basis van de aanbevelingen uit het rapport over 2012, en de ondernomen maatregelen ter verbetering, is een nieuwe inventarisatie uitgevoerd op basis van de voorlopige cijfers 2013. Hierbij is een onderscheid aangebracht in kostensoorten en taken, en is de omvang van diverse activiteiten in kaart gebracht.

In deze paragraaf worden de resultaten gepresenteerd.

4.2.1 Bekostiging 2013

De beschikbaarheidsbijdrage 2013 voor UMC’s bedraagt € 785.000 en voor algemene ziekenhuizen € 777.000.

De huidige bekostiging van acute zorgnetwerken betreft landelijk dus € 8,6M. Afgezet tegen de landelijke kosten voor spoedzorg in de tweede lijn beslaat de functie van de acute zorgnetwerken ongeveer 1%. De kosten voor deze ondersteunende functie voor de regionale zorgaanbieders van acute zorg zijn derhalve marginaal. Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat de scope van acute zorgketens breder is dan alleen de tweedelijns zorg.

Tabel 4.2.1 Landelijke kosten spoedzorg (2^e lijn)

Spoedzorgtweede lijn	Kosten (€)
Aantal behandelingen spoedzorg	ca. € 1,5 M
Gemiddelde kostprijs behandeling spoedzorg	ca. € 265 M
Totale kosten spoedzorg ziekenhuizen	ca. € 535 - 595 M

Bron: KIWA 2012⁹

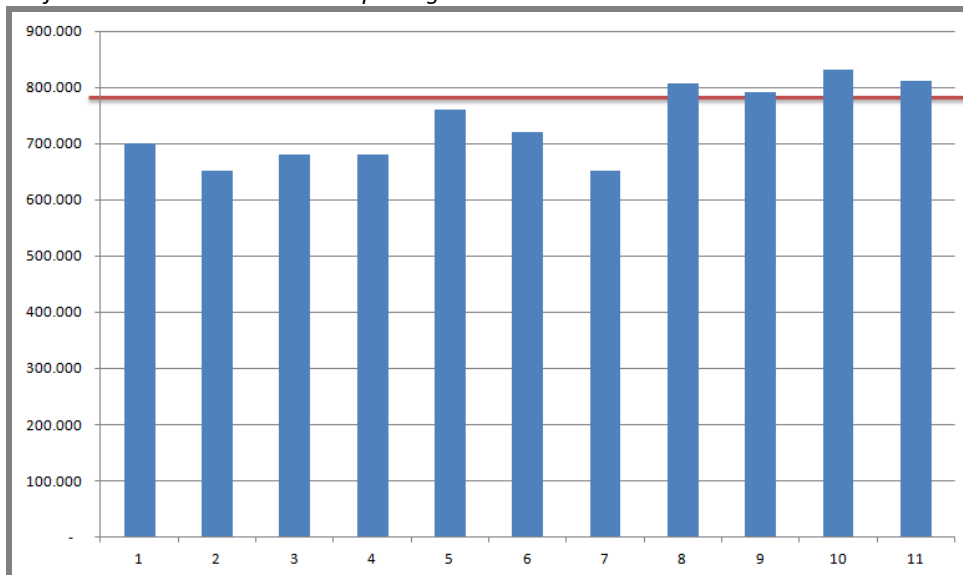
4.2.2 Kosten 2013

In onderstaande grafiek zijn op basis van de voorlopige cijfers de totale kosten over 2013 per regio weergegeven zoals opgegeven in de inventarisatie over 2013. Hieruit blijkt dat de kosten van de acute zorgnetwerken onderling dicht bij elkaar liggen. De variatie wordt verklaard door wisselende regionale dynamiek.

De acute zorgnetwerken vervullen een kritische en onmisbare rol in de bewaking van beschikbaarheid van en toegang tot spoedzorg. Om hun rol optimaal te kunnen invullen, moeten zij de ruimte hebben om de middelen naar eigen inzicht en ook op ad hoc basis in te kunnen zetten.

De gemiddelde beschikbaarheidsbijdrage 2013 (gemiddeld voor UMC's en algemene ziekenhuizen) is in onderstaande grafiek met de rode lijn weergegeven.

Grafiek 4.2.2 Totale kosten 2013 per regio



⁹ Op basis van DIS data 2012, rekening houdend met de aanname dat de DIS 2012 voor 70% gevuld is. Wanneer hiervoor gecorrigeerd wordt, is het totaal aantal SEH verrichtingen/zorgactiviteiten 2,14 M (1,5 M *100/70).

4.2.3 Kosten naar kostensoorten 2013

Bij deze inventarisatie is eerst opnieuw gekeken naar de verdeling van de kosten van de acute zorgnetwerken naar kostensoorten. Op basis van de aanbevelingen uit het kostenonderzoek 2012 is voor het rubriceren van de kosten een meer eenduidige indeling gehanteerd.

Het inzicht naar kostensoorten is nodig voor een adequate indexering van de beleidsregels in het uiteindelijke bekostigingsmodel. Voor personele en materiële kosten geldt in de bekostigingssystematiek immers een andere grondslag voor de jaarlijkse indexering.

De verdeling naar kostensoorten over de regio's heen laat het volgende globale beeld zien:

Tabel 4.2.3 Gemiddelde kosten naar kostensoort

Kosten naar kostensoort	Gemiddelde (€)
Personeel	445.000
PNIL/inhuur	38.000
Materieel	118.000
Overhead	84.000
Kapitaallasten	50.000

Personeel en Materieel

De personele kosten vertegenwoordigen de hoogste kostenpost van acute zorgnetwerken. De personele kosten zijn in twee delen gesplitst. In *personele kosten* voor het personeel dat direct op de kostenplaats van het acute zorgnetwerk drukt en de indirecte personele kosten. En in personeel niet in loondienst (pnil) en inhuur van diensten door derden voor projecten en doorbelastingen van personele kosten door het ziekenhuis, niet zijnde overhead (P&O, facilitair enzovoort).

Bij de materiële kosten gaat het om kosten van kantoorbenodigdheden, apparatuur, communicatiemiddelen, bijdrage LNAZ, verzekeringen enzovoort.

Overhead

De overheadkosten bestaan uit de doorberekende diensten zoals P&O, EAD, P&C. Het directe management en de ondersteuning door een secretariaat van het netwerk hoort hier nadrukkelijk niet toe. Dit is opgenomen in de personeelskosten.

Kapitaalkosten

De kapitaalkosten bestaan uit de kosten van huur, rente afschrijvingen en lease.

4.2.4 Vertaling naar toekomstbestendige beschikbaarheidsbijdrage

De kosten die in beeld zijn gebracht zijn de kosten over 2013. In 2014 tekent zich al een nieuw beeld af van de veranderende rol van de acute zorgnetwerken. En het ligt in de lijn der verwachting dat deze rol verder groeit in importantie. Dit komt vooral voort uit de ingezette koers op concentratie en spreiding en de daarmee samenhangende verschuivingen in het acute landschap de komende jaren. Dit betekent dat een aantal functies en indelingen op het terrein van spoedzorg herzien moeten worden.. Bij deze herschikking zal het acute zorgnetwerk in toenemende mate een coördinerende rol gaan vervullen.

De kosten voor 2013 zijn de meest recent beschikbare gegevens over een heel jaar, echter als eerste kijk naar het huidige jaar 2014 zijn hier al bijstellingen voor aangegeven. Deze zijn in onderstaande tabel meegenomen als onderdeel van de 'extra kosten concentratie spoedzorg'. Hierbij is nog geen rekening gehouden met het jaar 2015.

Verder wordt het gezien deze veranderende functie van het acute zorgnetwerk van belang geacht dat flexibiliteit aanwezig is voor innovatie, uitbreiding, meerjarige projecten en onderzoek, alsmede ruimte voor om tegenvallers op te vangen (ziekte, vertrekkend personeel etc) . Gezien de dynamiek van het veranderende veld zijn dit kosten die niet altijd ruim een jaar van tevoren te voorspellen zijn. Een voorziening voor dergelijk onvoorziene omstandigheden achten de onderzoekers dan ook wenselijk.

Hierbij dient een de administratieve inrichting de dynamiek van de realiteit te volgen.

Met deze kennis van de kosten van 2013 en de huidige inrichting van de acute zorgnetwerken zou de beschikbaarheidsbijdrage als volgt ingericht moeten worden:

Tabel 4.2.4 Toekomstbestendige beschikbaarheidsbijdrage

Kosten naar kostensoort	Gemiddelde (€)	%
Personeel	445.000	56%
PNIL/inhuur	38.000	5%
Materieel	118.000	15%
Overhead	84.000	11%
Kapitaallasten	50.000	6%
Extra kosten concentratie spoedzorg	65.000	8%
Totaal	800.000	

4.2.5 Kosten naar taken

In deze paragraaf is gekeken naar de kostentoedeling naar taak van het netwerk. In hoofdstuk 2 zijn vier taken onderscheiden. Inzicht hierin is van belang voor de verdeling van de beschikbaarheidsbijdrage naar taken. De taken die hier zijn onderscheiden zijn de taken zoals genoemd in hoofdstuk 2, te weten Netwerkfunctie, Kenniscentrum, Traumazorgnetwerk en Traumaregistratie.

De grafiek en de tabel laten zien dat in 2013 de gemiddelde kosten van de acute zorgnetwerken uitkwamen op € 800.000. Duidelijk wordt dat gemiddeld 33% van de kosten samenhangt met de bureaunkosten, 29% met de netwerkfunctie (19% netwerkfunctie + 10% traumazorgnetwerk), 15% met kenniscentrum, 16% met traumaregistratie en 8% aanvullende kosten benodigd voor de extra taken rondom de concentratie van de spoedzorg als gevolg van het gewijzigd beleid van de zorgverzekeraars.

Tabel 4.2.5 Gemiddelde kosten per taak acute zorgnetwerken

Kosten naar taak/functie	Gemiddelde (€)	%	Gemiddeld fte	%
Bureaunkosten	255.000	33%	1	15%
Netwerkfunctie	153.000	19%	3	34%
Kenniscentrum	118.000	15%	1	15%
Traumazorg				
- Traumazorgnetwerk	80.000	10%	1	8%
- Traumaregistratie	129.000	16%	3	29%
Extra kosten concentratie spoedzorg	65.000	8%		
Totaal	800.000			

Kosten specifieke taken

Voor een bekostiging op basis van taken is het nodig om zicht te krijgen op de gemiddelde kosten per taak. Het aantal fte's per taak en de activiteiten die in de tabel van hoofdstuk 2 staan benoemd, zijn gebruikt bij het toedelen van de personele en materiële kosten per taak.

Bij aanpassingen van de wettelijke taken van de acute zorgnetwerken naar omvang of inhoud kunnen de budgettaire gevolgen per taakonderdeel eenvoudig inzichtelijk worden gemaakt.

Kosten bureaufunctie

Naast de kosten voor de verschillende taken worden ook kosten gemaakt om acute zorgnetwerken te kunnen laten functioneren: de bureaunkosten. Hiertoe worden de kosten gerekend die niet direct aan één van de vier taken zijn toe te schrijven. Het betreft hier bijvoorbeeld: management bureau, drukwerk, websites, contributie (zoals LNAZ). Ook de overhead en de kapitaalkosten zijn onder deze categorie bureaunkosten opgenomen.

4.2.6 Kosten naar activiteiten

Tenslotte is aandacht besteed aan het aantal activiteiten. Hierbij is gekeken in welke mate de omvang van de activiteiten een directe relatie heeft met de kosten. Slechts een aantal activiteiten komen hiervoor in aanmerking, zoals het aantal scholingsdagen, refereerbijeenkomsten, symposia, onderzoeken en aantal ongevalsloffers. De acute zorgnetwerken zijn gevraagd opgave te doen over het aantal van deze activiteiten in 2013. Dit laat een gevarieerd beeld zien tussen de regio's.

4.3 Conclusie en aanbevelingen

Uit de inventarisatie blijkt dat de gemiddelde kosten voor een acute zorgnetwerk in de huidige situatie nagenoeg overeenkomen met de huidige hoogte van de bekostiging. De verwachting is echter dat met de ontwikkelingen na de spoedzorgvisie van ZN het activiteiten niveau van de acute zorgnetwerken in de regio zal toenemen. Dit geeft een doelmatigheidsopgave voor de huidige centra. Door concentratie en spreiding van spoedzorg wordt nog meer gevraagd van de huidige coördinatiefunctie teneinde te voldoen aan de maatschappelijke doelstelling van voldoende bereikbaarheid en bevorderen van doelmatige en kwalitatief goede acute zorg aan patiënten in de regio.

De beschikbaarheidsfunctie maakt dat een derde van de kosten aan bureaunkosten wordt toegerekend. Deze is ondersteunend aan de (trauma)netwerkfunctie, kenniscentrum en traumaregistratie. Deze onderdelen hebben ook een substantieel aandeel in besteding van de beschikbaarheidsbijdrage. Deze opbouw vormt een goed uitgangspunt voor de nieuwe inrichting van de beschikbaarheidsbijdrage in een populatie en functionele bekostiging.

In de toekomst kunnen aan deze onderdelen parameters gekoppeld worden voor de prestatie/activiteiten bekostiging. Aandachtspunt blijft hierbij de definitie van de activiteit of prestatie die hiervoor gehanteerd moet worden. Door het ontbreken op dit moment van heldere en eenduidige gedefinieerde activiteiten betekent dit dat op activiteiten niveau helder opgezet moet worden. Dit vergt een administratieve inspanning met daaraan gekoppeld een helder nalevingskader. Dit zal in de komende tijd opgezet moeten worden. Vandaar de keuze voor initieel een functionele en populatie bekostiging.

5 Een eerste oriëntatie op toekomst: populatiebekostiging

De conclusie van hoofdstuk 3 luidde dat een combinatie van functionele en populatiebekostiging het best van toepassing is voor de bekostiging van acute zorgnetwerken. In een dergelijk model wordt namelijk met een vast budget per zorgnetwerk goed rekening gehouden met het feit dat acute zorgnetwerken jaarlijks vergelijkbare taken uitvoeren, die vergelijkbare activiteiten en inzet van middelen vergen. Een groot deel van de activiteiten is daarbij niet afhankelijk van de omvang van de regio.

In dit hoofdstuk wordt onderzocht op welke wijze rekening gehouden kan worden met de wisselende omvang en complexiteit van een netwerk bij het inrichten van de beschikbaarheidsbijdrage. Allereerst wordt gekeken wat een goede indicator (proxy) is voor complexiteit van de regio. Vervolgens wordt gekeken welke invloed een gekozen proxy moet hebben op het budget.

5.1 Proxy voor verschillen in complexiteit en omvang activiteiten

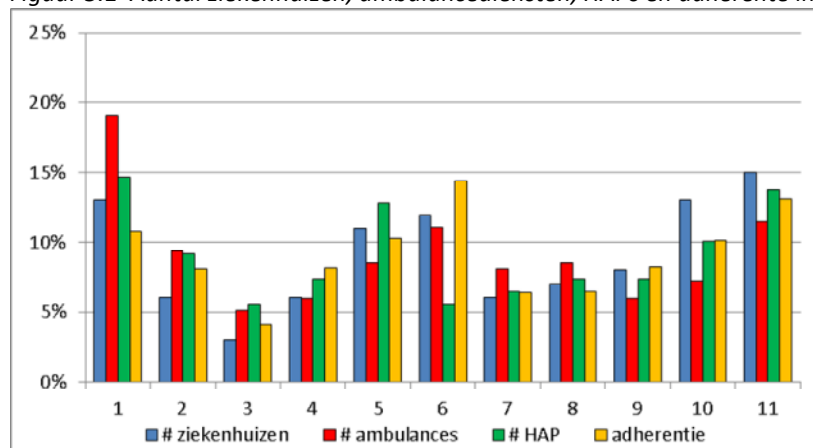
Het bereiken van de doelstellingen door de acute zorgnetwerken kost soms meer inzet van middelen naarmate meer ketenpartners aanwezig zijn of de organisatie van het netwerk complexere dimensies kent. Als een netwerk meer ketenpartners heeft kan dit bijvoorbeeld leiden tot meer contactmomenten, een grotere doelgroep voor scholing en opleiding. Een ander voorbeeld kan zijn dat meer tijd wordt besteed aan registratie bij een grotere hoeveelheid ongevalslachtoffers.

Omdat deze activiteiten zelf niet geschikt zijn als drager voor bekostiging (bekostiging van overleg zou kunnen leiden tot overleg) is gezocht naar een indicator die in de toekomst gebruikt zou kunnen worden om onderscheid te maken in omvang van de activiteiten en complexiteit van de regio.

Adherentie en aantal ketenpartners

Allereerst kan in de toekomst gekeken worden naar de omvang van de populatie die het acute zorgnetwerk bedient (adherentie, als aandeel klinische opnames in een verzorgingsgebied). Een andere indicator voor de complexiteit kan het aantal ketenpartners zijn van een acuut zorgnetwerk. Om een beeld te krijgen in welke mate deze twee indicatoren verdeeld zijn over de regio's is in onderstaande figuur per regio aangegeven hoeveel ketenpartners er zijn per regio en wat de omvang van de adherentie per regio is.

Figuur 5.1 Aantal ziekenhuizen, ambulancediensten, HAPs en adherente inwoners per acute zorgnetwerk



Bron: LNAZ en Kiwa Charity 2012. Deze adherentie cijfers zijn gebaseerd op het aantal inwoners waar de ziekenhuizen in de acute netwerken zorg voor verlenen

De bovenstaande figuur laat zien dat adherentie en het aantal ketenpartners een vergelijkbare verdeling kennen. Het voordeel bij adherentie is dat deze in de loop der jaren minder fluctueert. Als het aantal instellingen wordt genomen als proxy voor complexiteit en omvang lijkt deze sneller te variëren met de tijd door fusies. Een fusie betekent weliswaar een vermindering van instellingen, maar het activiteitsniveau van de acute zorgnetwerken zal in een dergelijke situatie nauwelijks verminderen.

Vanwege de relatief sterke samenhang tussen de adherentie en het aantal ketenpartners en het feit dat adherentie hier de meest stabiele factor is, lijkt de adherentie geschikt als proxy voor de omvang en complexiteit van de zorgnetwerken.

Complexiteit wordt echter door meer factoren bepaald dan alleen adherentie en aantal stakeholders. Zo kan de intensiteit van contacten wisselen per type stakeholder, maar ook naar type omstandigheid (bij fusies of SEH-sluitingen zal contact intensiever zijn dan in de situatie van going concern). Daarnaast zijn ook externe en lokale omstandigheden bepalend voor de omvang van de inzet aan middelen om de doelen te halen. Hierbij kan gedacht worden aan de mate waarin de ketenpartners zich inzetten voor de doelstelling van het acute zorgnetwerk. De indicatoren voor complexiteit zijn dus van meer elementen afhankelijk dan adherentie en aantal ketenpartners. Deze laatste twee geven wel een indicatie, maar er is zeker geen sprake van een eenduidig lineair verband met complexiteit van een regio. Daarom zou de proxy adherentie in de toekomst slechts in beperkte mate invloed kunnen zijn op de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage.

5.2 Conclusie

Bij bekostigingsmodel 2, waarin functionele bekostiging en populatiebekostiging worden gecombineerd zou adherentie in de toekomst een proxy voor complexiteit in de regio kunnen zijn. In de huidige overgangssituatie lijkt het prematuur om ook met deze factor reeds rekening te houden. Om die reden zal de proxy in de formule voor de beschikbaarheidsbijdrage die gebaseerd is op een mix van functionele- en populatiebekostiging voorlopig op 1 worden gezet (zie 6.1).

6 Een nieuw Bekostigingsmodel Acute Zorgnetwerken en de verantwoording

In de inleiding van dit rapport is de definitie gegeven van een bekostigingsmodel.

“Het begrip *bekostiging* heeft betrekking op een set van *afspraken* tussen de aanbieder en de financier. Deze afspraken hebben betrekking op de te leveren *diensten, prestaties of activiteiten* door de aanbieder, de *betaling* door de financier en de *verantwoording* over de geleverde prestatie. Deze *set van afspraken* wordt dan ook wel het *bekostigingsmodel* genoemd.”

In de voorgaande hoofdstukken zijn bijna alle begrippen uit de definitie aan de orde gekomen:

Ten eerste is duidelijk gemaakt welke afspraken er zijn tussen VWS als opdrachtgever en de acute zorgnetwerken als aanbieder. In hoofdstuk 2 zijn de wettelijke taken beschreven en is aangegeven welke activiteiten hiervoor worden ondernomen. Vervolgens is gesteld dat een bekostigingsmodel gebaseerd op functiegerichte bekostiging en populatiegerichte bekostiging het best past bij de opdracht. Een directe relatie tussen kosten en prestaties bleek ingewikkelder. Daarom is gekomen tot een gemiddelde verdeling van de bijdrage naar de taken. Gezien de impact van de omvang van de regio is hier voor de budgetonderdelen die beïnvloed worden door complexiteit een complexiteitsfactor in de vorm van adherentie aan toegevoegd.

6.1 Bekostigingsmodel

Zoals in hoofdstuk 3 is aangegeven, sluiten de uitgangspunten globaliteit, rechtvaardigheid, dynamiek en doelmatigheid voor een bekostigingsmodel voor acute zorgnetwerken het best aan bij een combinatie tussen functionele- en populatiebekostiging. Op die manier is er zowel aansluiting bij de huidige manier van bekostigen, als bij de onderliggende gedachte van een ‘beschikbaarheidsbijdrage’, die wordt gekenmerkt door een beperkte aanwezigheid van een relatie met prestaties.

De formule voor de beschikbaarheidsbijdrage van acute zorgnetwerken ziet er dan als volgt uit:

Beschikbaarheidsbijdrage = Bureaunkosten + (Netwerkfunctie + Kenniscentrum + Traumazorg + Extra kosten concentratie spoedzorg) *complexiteitsfactor¹.

1) Waarbij voorlopig geldt complexiteitsfactor = 1

In deze formule wordt rechtgedaan aan de verschillende taken van acute zorgnetwerken en hun aandeel in de kosten. Naast de taken van acute zorgnetwerken worden de bureaunkosten apart genoemd. Dit betreft de kosten die niet beïnvloed worden door de omvang en dynamiek van de specifieke taken. Dit betreft onder andere kosten voor management en ondersteuning, alsmede overhead en kapitaallasten. Daarnaast wordt in deze formule rekening gehouden met de omvang en complexiteit van de netwerken. Mogelijk zal deze factor in de toekomst effect kunnen sorteren op de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage van een regio.

Met deze inrichting van de beschikbaarheidsbijdrage wordt binnen deze beschikbaarheidsfunctie op toekomstbestendige wijze een relatie gelegd tussen prestaties en bekostiging.

Ook kan in de toekomst het model worden verfijnd en kan de bekostiging van de onderdelen meer gerelateerd worden aan de omvang van de activiteiten. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de relatie tussen de activiteiten die eerder zijn geïnventariseerd in de bekostiging (aantal opleidingen, refereeravonden, onderzoeken, ROAZ-bijeenkomsten enzovoort).

6.2 Verantwoording

Naast de inrichting van het bekostigingsmodel moeten ook afspraken gemaakt worden over de wijze van verantwoording. Deze zal bestaan uit een combinatie van een kwantitatieve en een kwalitatieve verantwoording, waarbij de volgende processtappen worden onderscheiden :

- De acute zorgnetwerken doen zelfstandig een aanvraag voor een beschikbaarheidsbijdrage bij de NZa.
- Deze aanvraagprocedure bestaat uit een begroting op kostensoort (gespecificeerd naar personele kosten, kosten inhuur, materiële kosten, overheadkosten en kapitaallasten), een werkprogramma, inclusief benoemde taken en doelen. Acute zorgnetwerken kunnen hierdoor verschillende accenten binnen de benoemde taken leggen.
- Na afloop van het boekjaar wordt in een jaarverslag op uniforme wijze verantwoording afgelegd over de besteding van de ontvangen beschikbaarheidsbijdrage, waarbij ook een kwalitatieve beschrijving wordt gegeven van de (aantallen) activiteiten en de gerealiseerde doelen. Daarbij valt te denken aan aantal ROAZ-en, aantal refereravonden, traumaregistratie enzovoort. Zowel de begroting als het jaarverslag bestaan uit een aantal vaste items. Het LNAZ doet hiertoe een voorstel.

Het gaat om het ontwikkelen van een model voor de toekomst (we kunnen een onderscheid aanbrengen tussen de externe verantwoording nu, het anticiperen op de toekomst en de informatie die we delen tussen de 11 netwerken).

De verantwoording wordt nog verder uitgewerkt, maar zal vooral gericht zijn op de verantwoording op het niveau van het individuele netwerk. Hieraan wordt op uniforme wijze door de regio's invulling gegeven. Het is van belang aandacht te hebben voor de externe verantwoording, en vooral de stappen die hierin richting toekomst genomen moeten worden en welke informatie tussen de netwerken wordt gedeeld. Op landelijk niveau wordt daarbij een globale verantwoording afgegeven van de kosten en de gezamenlijk gerealiseerde doelen en activiteiten via de ALV van het LNAZ.

BIJLAGE SAMENSTELLING WERKGROEP BESCHIKBAARHEIDSBIDRAGE TRAUMAZORG EN OTO

Mevrouw drs. D. Bonink, manager Netwerk Acute Zorg, regio VUMC

Mevrouw drs. K. Damen, projectleider ROAZ a.i.

Mevrouw drs. C.B.M. Kaagman, manager Acute Zorg Netwerk Noord-Nederland

Mevrouw drs. M.L. Köhlen, medisch directeur AMC

De heer drs. A.J.M. Reusken, manager bedrijfsvoering divisie 1 LUMC

De heer C. Schenkeveld, manager Acute Zorg Euregio

De heer dr. R. Spanjers, directeur Informatievoorziening en Financien, MST

De heer drs. R.A. Thieme Groen, waarnemend voorzitter Raad van Bestuur Isala Klinieken

De heer drs. L. Vandermeulen, onderzoeksleider Kiwa Carity

Mevrouw drs. R.M. Verheul MBA, algemeen secretaris LNAZ

Mevrouw drs. E. van der Wallen, managar Traumacentrum Zuidwest Nederland

BIJLAGE 2 BEKOSTIGINGSVORMEN -EN MODELLEN

1. Bekostigingsvormen

Om een passend budgetmodel voor de beschikbaarheidsbijdrage van de acute zorgnetwerken te ontwikkelen worden in deze paragraaf vier veel voorkomende bekostigingsvormen onderscheiden: Functionele -, Populatie -, Prestatie -, en Resultaatbekostiging. Steeds wordt een toelichting gegeven op deze vier bekostigingsvormen en wordt met behulp van een formule aangegeven hoe bij elke bekostigingsvorm het budget wordt opgebouwd. Tenslotte wordt elke vorm toegepast op de situatie van de acute zorgnetwerken en wordt getoond wat dit zou betekenen voor de budgetvorming. In de volgende paragraaf wordt vervolgens gekeken op welke wijze deze vormen gecombineerd kunnen worden tot modellen die toepasbaar zijn op de acute zorgnetwerken.

1.1 Functionele bekostiging

Functionele bekostiging vindt plaats met vaste vergoedingen (per functie). Deze vorm wordt momenteel gebruikt voor de bekostiging van de acute zorgnetwerken. Ieder netwerk ontvangt jaarlijks een vergelijkbaar budget. Jaarlijks vindt indexering plaats voor de ontwikkeling van de loonkosten en de materiële kosten.

In *formule* ziet dit er als volgt uit:

$$B = F \text{ of } B = F1 + F2 + Fn...$$

Waarbij B staat voor Budget en F voor de vaste budget onderdelen. F1 bijvoorbeeld als vast budget voor de Traumacentrumfunctie, F2 het vaste budget voor ROAZ, F3 het vaste budget voor OTO en n voor het aantal budgetonderdelen van het totale budget voor acute zorgnetwerken. In dit model zou ieder acuut zorgnetwerk een vergelijkbaar vast budget ontvangen.¹⁰

1.2 Populatiebekostiging

Populatiebekostiging vindt plaats op basis van de omvang en/of samenstelling van de bevolking in het verzorgingsgebied (bijvoorbeeld adherentie). Deze vorm van bekostiging wordt vaak gehanteerd als een zorgaanbieder een maatschappelijke taak of opdracht heeft voor een afgebakende populatie of geografisch gebied. In het 'oude' functiegerichte budgetteringsmodel was de component adherentie opgenomen die de beschikbaarheidsfunctie representeerde. Populatiebekostiging¹¹ wordt momenteel overwogen bij de financiering van de anderhalfslijnszorg voor chronische zorg als CPOD en diabetes.

In *formule* ziet dit er als volgt uit:

$$B_i = A_i * TA = (A_i / A_{NL}) * B$$

Hierbij staat B_i voor Budget van acute zorgnetwerk i en A_i staat voor de omvang van de populatie (adherentie) van zorgnetwerk i en TA het tarief (landelijke beleidsregel) per (adherente) inwoner. A_{NL} is gelijk aan het aantal adherente inwoners in Nederland en B het totaal beschikbaar budget.

In dit model zou ieder acuut zorgnetwerk een budget ontvangen op basis van de omvang van het verzorgingsgebied, ofwel op basis van het relatieve aandeel in de adherente bevolking.

¹⁰ Momenteel bestaan er verschillen tussen de UMC's en de algemene ziekenhuizen. Deze verschillen zijn terug te voeren op het verschil in loonontwikkeling (andere cao's) en het gegeven dat de medisch specialisten in de UMC's in loondienst zijn.

¹¹ Mark Pomp, Populatiebekostiging, Panacee, hype of verkapt kartel, NZa, 2013

1.3 Prestatiebekostiging

Bij prestatiebekostiging vindt bekostiging plaats op basis van tarieven per prestatie ($P \cdot Q$). Deze vorm van bekostiging wordt veelal gehanteerd als de aanbieder gespecificeerde diensten of activiteiten levert. Bekostiging vindt plaats volgens een prijs die per dienst of activiteit - lokaal of landelijk - bepaald of overeengekomen is.

In *formule* ziet dit er als volgt uit:

$$B_i = \sum Q_{i,j} \cdot TQ_j$$

Hierbij staat B_i voor Budget van het acute zorgnetwerk i en $Q_{i,j}$ staat voor het aantal activiteiten/prestaties van soort j is van zorgnetwerk i . En TQ_j is het tarief (landelijke beleidsregel) voor prestatie/activiteit j . Indien sprake is van vrije prijzen bestaat het tarief $TQ_{i,j}$ uit een lokaal overeengekomen tarief per prestatie j .

In dit model zou ieder acuut zorgnetwerk een budget ontvangen op basis van het (met tarief gewogen) aantal prestaties/activiteiten. Stel de prestaties van de acute zorgnetwerken in het bekostigingsmodel bestaan uit aantallen ongevalpatiënten, referaten, overleggen en scholingsdagen, dan zou het budget per netwerk bestaan uit de som van het aantal prestaties gewogen met hun tarief. Dit zou betekenen dat bij meer ongevalpatiënten overleggen enzovoort een acuut zorgnetwerk een hoger budget zou ontvangen.

1.4 Resultaatbekostiging

In het laatste decennium is de aandacht toegenomen voor *pay for performance*-systemen (P4P).

Bij dit bekostigingsprincipe ontvangen de zorgaanbieders een expliciete prikkel voor het bereiken van een bepaald niveau van de kwaliteit en doelmatigheid, vaak per transactie.

Deze bekostigingsvorm wordt in de praktijk niet in zijn zuivere vorm toegepast. Wel kunnen extra prikkels ingebouwd worden *boven op de basisbekostiging* waarmee de gewenste 'outcome' of 'resultaat' wordt bevorderd. Bijvoorbeeld door extra volumeafspraken of een hoger tarief dat ziekenhuizen krijgen als ze aan specifieke kwaliteitseisen voldoen die zorgverzekeraars opleggen. In de praktijk stelt deze vorm van bekostiging hoge eisen aan de meetbaarheid van het resultaat per transactie.

In dit model zou ieder acuut zorgnetwerk een bonus (of malus) ontvangen wanneer bepaalde overeengekomen doelstellingen wel (of niet) zijn behaald. De functie van acute zorgnetwerken daarentegen is niet patiënt specifiek en wordt vooral gekenmerkt door een meer algemene netwerkfunctie ten behoeve van een populatie of groep (potentiele) patiënten. Daardoor is de meetbaarheid van het resultaat per transactie gering.

2. Mogelijke bekostigingsmodellen voor acute zorgnetwerken

De bekostigingsvormen uit de vorige paragraaf komen in de praktijk meestal in combinaties voor. In dit hoofdstuk zijn drie modellen samengesteld voor acute zorgnetwerken.

2.1 Bekostigingsmodel 1: Bestendigen huidige model: Functionele bekostiging

In dit eerste scenario blijft de huidige situatie gehandhaafd, waarin de 11 regio's een gelijk budget ontvangen.

Dit model heeft de volgende *kenmerken*:

- Ieder acute zorgnetwerk ontvangt hetzelfde budget¹².
- Veronderstelling dat de kosten een vast karakter hebben en geen relatie hebben met de omvang van de regio of het aantal geleverde prestaties of diensten.
- Het macrobudget ligt van te voren vast.
- Jaarlijkse vindt indexering plaats voor de ontwikkeling van de loonkosten en de materiële kosten.
- Extra taken en activiteiten worden niet (op voorhand) vergoed.

Het model kent de volgende voor- en nadelen:

- Het *voordeel* is dat dit model stimuleert concentratie op de taak. De ontvangende partij weet van te voren over welke middelen hij kan beschikken en welke taken hiervoor uitgevoerd moeten worden.
- Het *nadeel* is dat geen rekening gehouden wordt met verschillen in omvang en complexiteit (casemix).
- Een ander *nadeel* van dit model is dat het kan leiden tot 'onderconsumptie': er is geen prikkel om meer volume te produceren. Bij de acute zorgnetwerken kan dit vertaald worden in: er bestaat geen prikkel om extra activiteiten te ontwikkelen.

2.2 Bekostigingsmodel 2: Combinatie van Functionele-en Populatie bekostiging

In dit bekostigingsmodel wordt een vast budget (functioneel) gecombineerd met populatiebekostiging.

Populatiebekostiging bestaat in de AWBZ, waarbij zorgkantoren een vast regiobudget ontvangen, dat verdeeld wordt over de verschillende zorgaanbieders. De oude ziekenhuisbekostiging (Functiegerichte Budgettering) kent eveneens een component voor de beschikbaarheidskosten, gebaseerd op adherentie.

In Hoofdstuk 6 wordt onderzocht op welke wijze rekening gehouden kan worden met de omvang en complexiteit van een netwerk bij het inrichten van de beschikbaarheidsbijdrage. Allereerst wordt gekeken wat een goede indicator (proxy) is voor complexiteit van de regio. Vervolgens wordt gekeken welke invloed een gekozen proxy moet hebben op het budget.

Dit model heeft de volgende *kenmerken*:

- Ieder acute zorgnetwerk ontvangt voor een deel hetzelfde budget en voor een deel een budget gerelateerd aan de omvang van het 'verzorgingsgebied'.
- Veronderstelling is dat de kosten deels een vast karakter hebben en deels een relatie hebben met de omvang van de regio.
- Het macrobudget ligt van te voren vast, en verandert jaarlijks deels met een nader te bepalen proxy, bijvoorbeeld de omvang van de bevolking of met het aantal instellingen.
- Jaarlijks vindt indexering plaats voor de ontwikkeling van de loonkosten en de materiële kosten.
- Het uitvoeren van meer of minder prestaties of activiteiten heeft geen consequenties voor het budget.

¹² In de praktijk zijn er kleine verschillen in de bekostiging. Deze zijn vooral toe te schrijven aan een verschillende ontwikkeling van de loonkosten tussen algemene en academische ziekenhuizen.

Het model kent de volgende voor- en nadelen:

- Het *voordeel* is dat dit model concentratie op de taken stimuleert. De zorgaanbieder weet van te voren over welke middelen hij kan beschikken en welke taken hiervoor uitgevoerd moeten worden.
- Een *voordeel* is verder dat rekening gehouden kan worden met verschillen in omvang en complexiteit (casemix) van een regio.
- Het *nadeel* van dit model is dat het kan leiden tot ‘onderconsumptie’: de prikkel om meer volume te produceren, of extra prestaties uit te voeren, is afwezig.

2.3 Bekostigingsmodel 3: Combinatie Functionele, Populatie en Prestatiebekostiging

In dit derde bekostigingsmodel wordt een vast budget (functioneel) gecombineerd met populatiebekostiging en prestatiebekostiging.

Dit model heeft de volgende *kenmerken*:

- Ieder zorgnetwerk ontvangt voor een deel hetzelfde budget, voor een deel een budget gerelateerd aan de omvang van het ‘verzorgingsgebied’ en voor een resterend deel een budget gerelateerd aan geleverde prestaties, activiteiten of diensten.
- Veronderstelling is dat de kosten deels een vast karakter hebben, deels een relatie hebben met de omvang of de complexiteit van de regio en deels een relatie hebben met feitelijk uitgevoerde prestaties.
- Het macrobudget ligt *niet* van te voren vast; toename van het aantal prestaties levert een hoger budget op, ook het wel of niet behalen van de doelstellingen kan een bonus of malus opleveren.
- Jaarlijks vindt indexering plaats voor de ontwikkeling van de loonkosten en de materiële kosten.
- Extra taken en activiteiten worden dus in principe vergoed (overigens kan een plafond worden ingesteld; overschrijding van dit plafond leidt dan tot een lagere vergoeding per prestatie).

Het model kent de volgende voor- en nadelen:

- Dit model combineert de *voordelen* uit bekostigingsmodel 2 (concentratie op de wettelijke taken, rekening houdend met verschillen in omvang en complexiteit van een netwerk) met gerichte prikkels om prestaties extra te honoreren.
- Het *nadeel* van dit model is de complexiteit die ontstaat bij het eenduidig meten van prestaties.