

**Aan**  
Zorginstituut

**Van**  
Projectteam Quickscan

**E-mailadres**  
jdraaisma@nza.nl

**Kenmerk**  
0279132/0417141

**Onderwerp**  
Quickscan Kwaliteitskader spoedzorgketen (versie 18 december 2018)

**Datum**  
18 december 2018

## **A. Inleiding**

Op verzoek van het Zorginstituut (brief dd 18 januari 2018 met kenmerk 2017057773) heeft de NZa een quickscan uitgevoerd van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen. Dit Kwaliteitskader is op 12 januari 2018 door de LNAZ namens de indieners aangeboden aan het Zorginstituut. Deze quickscan verkent de mogelijke financiële gevolgen van de invoering van dit Kwaliteitskader. Ook geeft de quickscan inzicht in de uitvoerbaarheid van een eventuele budget impact analyse (BIA) en in de informatie die hiervoor nodig is van de indieners.

Een aantal partijen heeft een voorbehoud gemaakt en wenst pas definitief in te stemmen met het Kwaliteitskader als inzicht bestaat in de financiële gevolgen ervan.

De quickscan is onderdeel van de toetsing door het Zorginstituut van de doelmatigheid van dit Kwaliteitskader, en volgt uit de constatering door het Zorginstituut dat dit Kwaliteitskader meerkosten kan genereren. Daarnaast toetst het Zorginstituut op de handhaafbaarheid, waarover de IGJ i.o adviseert. De resultaten van de toetsing en de afspraken binnen de publieke driehoek over het proces van de BIA zijn bepalend voor de vervolgstappen.

## **B. Vragen en aanpak**

De quickscan is uitgevoerd aan de hand van de volgende vragen:

- a. Welke elementen uit het kwaliteitskader leiden mogelijk tot meerkosten?
- b. Zijn er indicaties dat er binnen de sector of daarbuiten besparingen te verwachten zijn door het invoeren van dit kwaliteitskader?
- c. In welke mate zijn de financiële (en personele) gevolgen te kwantificeren?
- d. Welke informatie vraagt een budget impact analyse van de indieners van het kwaliteitskader?
- e. Hoeveel (doorloop)tijd is naar verwachting nodig voor de uitvoering van de uiteindelijke BIA?

### *Aanpak*

Bij het beoordelen van de financiële gevolgen hanteert de NZa een integraal perspectief. Dit betekent dat gekeken is naar de gevolgen van het gehele Kwaliteitskader voor de totale zorguitgaven, ongeacht waar eventuele meerkosten of besparingen zich zullen voordoen. Bijgevolg is niet alleen gekeken naar die normen waarvoor de indieners een budget impact analyse als randvoorwaarde hebben benoemd, maar ook naar andere normen.

Als de financiële gevolgen niet te kwantificeren zijn, is gekeken naar mogelijkheden om deze gevolgen tentatief in te schatten.

Om zicht te krijgen op de informatiebehoefte en daarmee de uitvoerbaarheid van een BIA, is aandacht besteed aan de bekostiging van eventuele financiële gevolgen en eerder kostenonderzoek van de NZa. De bekostigingsvorm kan verschillen per type zorg.

**Kenmerk**  
0279132/0417141

**Pagina**  
2 van 9

#### *Leeswijzer*

Eerst volgt een korte beschrijving van het Kwaliteitskader (C). Vervolgens gaan we in op vraag a-c voor elementen met mogelijke meerkosten (onderdeel D) en besparingen (onderdeel E). In onderdeel F gaan we nader in op de bekostiging van financiële gevolgen en op de informatiebehoefte om de financiële gevolgen te bepalen. Hieruit volgen de vragen om informatie aan de indieners die nodig is voor een BIA (vraag d, onderdeel G). We besluiten met een planning van een BIA (vraag e, onderdeel H), en een vooruitblik op wat op basis van deze quickscan kan worden verwacht van de BIA (onderdeel I).

### **C. Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen**

Het Kwaliteitskader spoedzorgketen bevat een groot aantal veldnormen ter verbetering van de kwaliteit van de spoedzorg. Deze normen zijn op een logische wijze ingedeeld overeenkomstig de fasen in een fictieve patient journey: van de melding en triage van een acute zorgvraag, de fase van diagnostiek en behandeling, tot en met normen voor de keteninformatie, zoals het uitwisselen van gegevens tussen zorgverleners en dossierbeheer, en normen voor de evaluatie van de acute zorgketen. Het Kwaliteitskader omvat grotendeels bestaande en deels nieuwe veldnormen. Ervan uitgaande dat bestaande normen reeds zijn geïmplementeerd en dus geen financiële gevolgen hebben, richt de quickscan zich alleen op de nieuwe normen.

### **D. Nieuwe veldnormen met mogelijke meerkosten**

Aan nieuwe normen kunnen meerkosten verbonden zijn als bovenop de reguliere exploitatie investeringen nodig zijn vanwege noodzakelijke veranderingen in personeelssamenstelling, organisatie of technologie.

#### *Personeelsnormen en kwantificering van meerkosten*

Van de nieuwe veldnormen betreffen er drie een personeelsnorm op de SEH (Kwaliteitskader H6, zie tekstkader). De eerste hiervan betreft de 24/7 aanwezigheid van een arts en is een aanscherping van een bestaande norm. Invoering van deze normen leidt tot meerkosten voor ziekenhuizen voor zover zij hier nog niet aan voldoen.

Om deze meerkosten in te kunnen schatten is ten eerste informatie nodig over de wijze waarop de personeelsnormen in de praktijk zijn te operationaliseren. Vervolgens is informatie nodig over het verschil tussen de huidige norm/situatie en de gewenste situatie in termen van (personeels)kosten. Dit verschil is goed te kwantificeren mits van voldoende ziekenhuizen informatie verkregen kan worden over de aanwezigheid en bereikbaarheid van zorgprofessionals met de juiste kwalificaties.

#### *Technologische vernieuwing en organisatorische verandering*

Er zijn geen nieuwe normen die een grote technologische vernieuwing bevatten. Ook zijn geen organisatorische veranderingen te verwachten die substantiële meerkosten vragen.

**Nieuwe normen die volgens de indieners van het Kwaliteitskader voldoende menskracht of middelen vereisen voor het realiseren ervan**

Kenmerk  
0279132/0417141

Pagina  
3 van 9

*H6. Diagnostiek en behandeling*

Op elke geopende SEH is 24/7 tenminste een arts aanwezig met minimaal 2 jaar klinische ervaring, waarvan minimaal 1 jaar ervaring in een poortspecialisme.

Voor elke geopende SEH is 24/7 binnen een halfuur een arts of verpleegkundig specialist met geriatische expertise bereikbaar voor telefonische consultatie. Indien nodig, is de arts of verpleegkundig specialist binnen twee uur fysiek aanwezig op de SEH/in het ziekenhuis.

Bij iedere geopende SEH zijn ondersteunende specialismen binnen 30 minuten bereikbaar: apotheek, klinische chemie, medische microbiologie.

*H7. Coördinatie uitstroom*

Goede electieve tweedelijnszorg, na uitstroom uit de acute zorgketen, is zowel overdag als tijdens ANW-uren mogelijk door de beschikbaarheid van opnamecapaciteit in het ziekenhuis waar de spoedzorg plaatsgevonden heeft of in een ander ziekenhuis.

*Nieuwe norm betreffende voldoende opnamecapaciteit*

De bij het Kwaliteitskader betrokken partijen hebben van nog één nieuwe norm aangegeven dat deze inzicht vergt in de financiële gevolgen, namelijk die betreffende de beschikbaarheid van voldoende opnamecapaciteit voor medisch-specialistische zorg na de acute fase, in hetzelfde ziekenhuis of in een ander ziekenhuis (Kwaliteitskader H7, zie tekstkader). De beschikbaarheid van voldoende opnamecapaciteit maakt onderdeel uit van de contractering van medisch-specialistische zorg.

Deze nieuwe norm is onvoldoende smart geformuleerd om de financiële gevolgen te kunnen kwantificeren als hiervan sprake zou zijn. Echter, deze nieuwe norm leidt volgens de NZa naar verwachting niet tot meerkosten. Hiervoor zijn de volgende redenen.

- In de afgelopen jaren hebben ziekenhuizen hooguit incidenteel een patiëntenstop moeten afgeven door een tekort aan opnamecapaciteit.
- De Marktscan acute zorg laat zien dat het aantal stops bij spoedentrees toeneemt en dat het vóórkomen van deze stops regionaal sterk verschilt (NZa, 2017). Deze stops kunnen meerdere oorzaken hebben waaronder onvoldoende opnamecapaciteit in het betreffende ziekenhuis. Cijfers over deze specifieke oorzaken ontbreken. Echter ongeacht de onderliggende oorzaken heeft de NZa geconstateerd dat de toegankelijkheid van de acute medisch-specialistische zorg niet in het geding is doordat in de praktijk voldoende capaciteit aanwezig is in nabijgelegen ziekenhuizen.
- De opnamecapaciteit kan beter worden benut door zorgprocessen te verbeteren en de planbare en acute patiëntstromen beter op elkaar af te stemmen (NZa, 2017).
- De informatievoorziening over de beschikbaarheid van eerstelijnsbedden in de regio en de kennis bij ziekenhuispersoneel over het benutten hiervan is voor verbetering vatbaar (NZa, 2017). Zorgverzekeraars en zorgaanbieders werken momenteel samen om regionale loketten in te richten waar deze informatie beschikbaar is.

De verwachting is dat dit de doorstroom van patiënten bevordert en leidt tot een betere benutting van de bedden capaciteit.

**Kenmerk**  
0279132/0417141

**Pagina**  
4 van 9

## **E. Nieuwe normen met mogelijke besparingen**

### *Besparingspotentieel*

In het Kwaliteitskader zijn een aantal nieuwe normen opgenomen waarbij een betere kwaliteit van zorg naar verwachting samengaat met – per saldo – lagere zorgkosten, soms elders in de zorgketen. Besparingen zijn in algemene zin mogelijk als acute zorgvragers, meer dan nu het geval is, de juiste zorg op de juiste plek krijgen, en als complicaties worden voorkomen die opnieuw een beroep op (acute) zorg noodzakelijk maken. Voorbeelden van “de juiste zorg op de juiste plek” zijn:

- a) er wordt minder onnodige diagnostiek gedaan
- b) lichte spoedvragen waarvoor medisch-specialistische zorg niet nodig is worden door de eigen huisarts of in een hap behandeld
- c) ouderen die ambulantly worden geholpen of verder worden onderzocht in een eerstelijnsverblijf als een ziekenhuisopname medisch niet (meer) noodzakelijk is.
- d) acute zorgvragen waarvoor medisch-specialistische zorg is aangewezen worden direct naar een seh verwezen. Herhaling van diagnostiek als deze zorgvragen eerst op een hap terechtkomen, kan worden voorkomen.
- e) patiënten worden per ambulance indien nodig direct naar een ziekenhuis met specifieke expertise vervoerd. Overplaatsingen naar een andere SEH/ziekenhuis worden hiermee voorkomen.
- f) ambulances die niet meer hoeven worden ingezet om de werkdruk van de eigen huisarts of hap op te vangen.

De Marktscan acute zorg en de Monitor samenwerking seh en hap van de NZa geven diverse aanwijzingen voor mogelijke besparingen (NZa, 2017). Bijna de helft van de SEH-bezoeken betreft patiënten die hier meer dan eens per jaar komen. Een deel hiervan zou voorkomen kunnen worden door gerichte maatregelen zoals het nabellen van patiënten. Ook worden lichte spoedvragen nog vaak te “zwaar” behandeld. Vaak gaat het hier om patiënten die op eigen initiatief naar de seh komen. De Monitor noemt dat jaarlijks ongeveer 180.000 (11%) minder behandelingen kunnen worden gedaan op de seh, als het ziekenhuizen zou lukken om het percentage lichte behandelingen op de seh te reduceren tot 16,5%; een percentage dat in ziekenhuizen met goede samenwerkingsafspraken en zorgcoördinatie wordt gehaald. Tenslotte laten best practices zien dat versterking van de expertise op de SEH het aantal ziekenhuisopnamen en vervolgbezoeken vermindert (Medisch Contact, 29 juni 2016).

Naar verwachting dragen met name de nieuwe veldnormen die gericht zijn op een betere kwaliteit van melding en triage (H3 en H4), van zorgcoördinatie (H5), van aanwezige expertise op de seh (H6), en van coördinatie van de uitstroom (H7), bij aan “de juiste zorg op de juiste plek” en aan het voorkomen van complicaties.

### *Kwantificering van eventuele besparingen*

De mogelijke besparingen kunnen alleen worden gekwantificeerd als voldoende gedetailleerde gegevens voor handen zijn over de patiëntstromen in de acute zorgketen, en over de mate waarin deze patiëntstromen worden geraakt door invoering van de nieuwe normen. Deze informatievoorziening is echter gebrekkig, zoals is geconstateerd in de Marktscan acute zorg (NZa, 2017).

Een alternatief is om op basis van genoemde NZa-rapporten, aanverwante literatuur en met behulp van experts een tentatieve inschatting te maken van de impact die redelijkerwijs te verwachten is bij invoering van het Kwaliteitskader. Bijvoorbeeld door een inschatting van de orde van grootte of bandbreedte van het aantal lichte spoedvragen dat in plaats van op de seh in de huisartsenzorg kan worden geholpen (rekening houdend met verschillen in openingstijden), van een reductie van herhaalbezoek op de seh en van het aantal ziekenhuisopnames. Deze inschatting kan vervolgens in een gevoeligheidsanalyse of door middel van scenario's worden meegenomen in een budget impact analyse.

## F. De bekostiging van eventuele financiële gevolgen

Onder voorbehoud dat het Kwaliteitskader wordt ingeschreven in het Register, is de wijze waarop eventuele financiële gevolgen worden verwerkt in de bekostiging afhankelijk van de bekostigingsvorm. De nieuwe personeelsnormen hebben betrekking op de medisch-specialistische zorg (msz). Deze wordt bekostigd via prestaties (dbc-zorgproducten) en beschikbaarheidsbijdragen.

### *Productstructuur msz kan ongewijzigd blijven*

De NZa stelt voor de msz de productstructuur vast. Dit betekent kortgezegd welke behandelingen of zorgactiviteiten leiden af tot welke dbc en onder welke voorwaarden (zie tekstkader). Als er vanwege nieuwe veldnormen behandelingen geleverd gaan worden die nog niet in de dbc-structuur zitten, kan het zijn dat nieuwe activiteiten moeten worden aangemaakt. De NZa constateert vooralsnog dat de nieuwe personeelsnormen geen aanleiding geven tot nieuwe activiteiten, en dus geen gevolgen hebben voor de productstructuur van de msz.

### **Acute zorgactiviteiten in de dbc-productstructuur**

In de dbc-productstructuur zitten zorgactiviteiten (ZA) die te typeren zijn als acute zorg (spoedeisende hulp) en onderdeel zijn van een dbc. Dit zijn:

- *Spoedeisende hulp contact op de SEH-afdeling (ZA 190015).* Een face-to-face contact tussen een patiënt en poortspecialist, SEH-arts KNMG, arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant in het kader van een acute zorgvraag op de spoedeisende hulp. Deze activiteit kan naast een polikliniekbezoek worden vastgelegd.
- *Spoedeisende hulp contact buiten de SEH-afdeling, elders in het ziekenhuis (ZA 190016).* Een face-to-face contact tussen een patiënt en poortspecialist, SEH-arts KNMG, arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant in het kader van een acute zorgvraag op een andere afdeling dan de spoedeisende hulp. Deze activiteit kan naast een polikliniekbezoek worden vastgelegd.

Daarnaast zijn er groepen zorgproducten waar activiteiten gerelateerd aan acute zorg een rol spelen in welk zorgproduct wordt afgeleid, bijvoorbeeld binnen de cardiologische zorgproductgroepen.

*Aanpassing tarieven zorgproducten msz*

Gegeven dat de productstructuur onveranderd blijft, zal een eventuele stijging in loonkosten kunnen leiden tot een aanpassing van de tarieven. Hierbij moet onderscheid gemaakt worden tussen de NZa-maximumtarieven voor het A-segment, overeengekomen tarieven in de zorginkoop en passanttarieven voor niet-gecontracteerde zorg.

**Kenmerk**  
0279132/0417141  
**Pagina**  
6 van 9

Afspraken over de aanwezigheid en bereikbaarheid van zorgprofessionals met geriatrische expertise of van ondersteunende specialismen zijn onderdeel van de toelatingsovereenkomst (vrijgevestigd medisch-specialisten) of de arbeidsovereenkomst (verpleegkundigen en artsen in loondienst). De dbc-zorgproducten met zorgactiviteiten die te typeren zijn als acute zorg of hieraan gerelateerd zijn, betreffen voornamelijk B-segment zorg met vrij onderhandelbare tarieven.

Indien de normen van invloed zijn op A-segment zorgproducten en tarieven zal de NZa in overleg treden met veldpartijen over hoe deze normen in de tarieven kunnen worden verwerkt. In lopend NZa kostenonderzoek voor de berekening van tarieven A-segment voor 2019 worden kostprijzen per dbc gebruikt, met een onderverdeling naar onder andere personeel en materieel. Dit kostenonderzoek geeft geen inzicht in de gevolgen van het verhogen van de nieuwe personeelsnormen. Hiervoor is nader onderzoek nodig.

*Beschikbaarheidsbijdragen*

Een aantal ziekenhuizen komt in aanmerking voor een beschikbaarheidsbijdrage voor de seh. Het gaat om ziekenhuizen waarvoor de genormeerde kosten voor de seh hoger zijn dan de genormeerde opbrengsten, de seh voldoet aan de geldende normen van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en waarvan sluiting van de seh betekent dat de 45 minuten norm niet meer wordt gehaald. Om de hoogte van deze beschikbaarheidsbijdrage vast te stellen heeft de NZa in 2016 kostenonderzoek gedaan.

De financiële gevolgen van de nieuwe personeelsnormen voor alle seh's kunnen in kaart worden gebracht door voort te bouwen op dit kostenonderzoek met een additionele gegevensvraag bij ziekenhuizen. Aan de hand van informatie over de operationalisering van de personeelsnormen kunnen de benodigde gegevens worden gespecificeerd over de personeelsbezetting van seh's per functie en verspreid over de verschillende ANW-diensten. Ook kan met een additionele gegevensvraag de invulling van de achterwachtfunctie van de specialismen genoemd in de nieuwe normen worden gekwantificeerd, aangezien cijfermatige inzichten hierover in het kostenonderzoek ontbraken.

Om de administratieve lasten voor ziekenhuizen zoveel mogelijk te beperken, kan worden overwogen om niet alle ziekenhuizen, maar een steekproef te benaderen voor het aanleveren van gegevens. Hiervoor is het behulpzaam als vooraf een inschatting mogelijk is van het aantal ziekenhuizen dat al wel of nog niet aan de nieuwe personeelsnormen voldoet, bijvoorbeeld door middel van de seh-inventarisatie van het RIVM en beschikbare gegevens van indienende partijen.

Uit de aanwijzing volgt de afbakening voor de beschikbaarheidsbijdrage voor de seh, namelijk 24/7 aanwezigheid van minimaal één seh-arts KNMG of één arts SEH en één seh-verpleegkundige, en bevat geen vergoeding voor de achterwacht. Omdat deze overeenkomt met de nieuwe personeelsnormen voor de seh is het niet aannemelijk dat het

kwaliteitskader gevolgen heeft voor de hoogte van deze beschikbaarheidsbijdrage, mits de aanwijzing hiervoor niet wijzigt.

**Kenmerk**  
0279132/0417141

**Pagina**  
7 van 9

## **G. Vragen voor de indienende partijen**

Deze quickscan levert inzicht in de informatie die nodig is van de indienende partijen om een budget impact analyse voor te bereiden. De informatievragen hebben we hieronder weergegeven.

Antwoord is nodig op de volgende vragen:

- a. *Deelt u de inhoud van deze quickscan? Zo nee, op welke onderdelen bent u het oneens? Heeft u zelf een analyse gedaan van de budget impact van het Kwaliteitskader?*
- b. *Hoe kunnen de drie personeelsnormen voor de seh in de praktijk worden geoperationaliseerd? Met welke functies kunnen de nieuwe normen voor aanwezigheid en bereikbaarheid worden ingevuld? Welke bekwaamheidseisen worden gesteld aan de geriatrische expertise? Is voor de bereikbaarheid van ondersteunende specialismen (apotheek, microbiologie, klinische chemie) voldoende als dit telefonisch is of is meer nodig? Toelichting: deze informatie is van belang voor een goede gegevensuitvraag over de seh-bezetting bij ziekenhuizen.*
- c. *Voor ziekenhuizen die niet voldoen aan de nieuwe personeelsnormen op de seh voor geriatrische expertise en voor bereikbaarheid van ondersteunde specialismen: welke aanpassingen moeten deze ziekenhuizen doen om aan deze normen te gaan voldoen? Toelichting: deze informatie is van belang voor een goede gegevensuitvraag bij ziekenhuizen.*
- d. *Hoeveel ziekenhuizen voldoen naar uw inschatting momenteel aan de drie nieuwe personeelsnormen voor de seh? Toelichting: het antwoord helpt om te bepalen hoeveel ziekenhuizen benaderd moeten worden met een gegevensuitvraag.*
- e. *In onderdeel E lichten we toe dat van invoering van het Kwaliteitskader ook besparingen te verwachten zijn. Deelt u dit? Zo nee, op welke onderdelen bent u het oneens? Zo ja, kunt u – zonedig met behulp van experts of literatuur – een orde van grootte of bandbreedte inschatting geven van:*
  - *het aantal lichte spoedvragen dat in de huisartsenzorg of ambulancezorg kan worden geholpen, verondersteld dat de capaciteit hiervoor beschikbaar is, met een evenredige reductie van seh-bezoek? Graag deze vraag ook apart beantwoorden voor de grote steden.*
  - *het percentage herhaalbezoeken op de seh dat kan worden voorkomen door gericht aandacht te besteden aan mensen die meer dan eens per jaar op de seh komen?*
  - *Een verwachte reductie van het percentage ziekenhuisopnamen bij seh-patiënten?*
  - *Eventuele andere gevolgen die kosten kunnen besparen?*

## H. Voorbereiding budget impact analyse

Kenmerk  
0279132/0417141

Pagina  
8 van 9

Voor een budget impact analyse is ... weken nodig (zie schema). Het uitgangspunt voor deze planning is dat de vragen onder G beantwoord zijn.

Stappen	Tijd
1. Plan van aanpak en vraagformulering. Formeren projectteam en klankbordgroep. Afstemming met Zorginstituut en klankbordgroep (twee bijeenkomsten en mogelijke ledenraadpleging).	5 weken
2. Gegevensuitvraag bij ziekenhuizen	8 weken
3. Opzetten rekenmodel en berekeningen (incl. gevoeligheidsanalyse), concept rapport	2 weken (overlap met fase 2.)
4. Interne en externe consultatie (twee bijeenkomsten), afstemming met Zorginstituut	4 weken
5. Definitieve rapportage, besluit RvB	2 weken
Totale voorbereidingstijd	21 weken

### *Toelichting*

De NZa streeft ernaar om een eventuele budget impact analyse zoveel mogelijk in samenwerking met de indieners van het Kwaliteitskader op te stellen. Dit om de toegang tot expertise en informatiebronnen optimaal te benutten, en het draagvlak voor invoering van het Kwaliteitskader te vergroten. Onderdeel van de consultatie van indiene partijen is om te checken op welke zorgactiviteiten de nieuwe veldnormen invloed hebben (zie onder F), en wat de registratiepraktijk is van deze zorgactiviteiten. Mede op basis hiervan kan de NZa beoordelen in hoeverre herijking van de maximumtarieven voor A-segment zorgproducten in de medisch-specialistische zorg noodzakelijk is.

## I. Vooruitblik budget impact analyse

Tot slot gaan we in op wat op basis van deze quickscan van de budget impact analyse kan worden verwacht, hoe deze moet worden geïnterpreteerd, en wat dit betekent voor het gebruik ervan.

De BIA zal geen eenduidige berekening opleveren van de financiële gevolgen van het Kwaliteitskader, maar hooguit een indicatie hiervan met de nodige nuances en onzekerheden. De aard en kwantificeerbaarheid van de financiële gevolgen verschillen namelijk aanzienlijk. De nieuwe personeelsnormen voor de seh kunnen, mits deze eenduidig kunnen worden geoperationaliseerd en informatie over de huidige bezetting voor handen is, redelijk nauwkeurig worden gekwantificeerd. De ervaring leert echter dat er zeer grote verschillen bestaan in de manier waarop ziekenhuizen invulling geven aan de achterwachtfunctie, en dat de inzet van achterwachten op de seh niet wordt geregistreerd. Bovendien laten andere financiële gevolgen, met name de besparingen die in de keten ('zorg op de juiste plek') door een verbeterde kwaliteit van zorg te verwachten zijn, zich veel minder hard berekenen. De werking van de spoedzorgketen en de relatie tussen zorgkwaliteit en gezondheidsuitkomsten is immers complex. Een modelmatige aanpak waarbij deze (keten)relaties in kaart worden gebracht en gekwantificeerd kan hier verbetering in brengen vergeleken met de huidige, pragmatische aanpak, maar zal aanzienlijk meer tijd en administratieve lasten kosten en is dus onwenselijk.



De resultaten van de BIA zullen voor een deel een weergave zijn van verschillen in de bedrijfsvoering tussen ziekenhuizen, en zeggen daarom slechts in beperkte mate iets over de relatie tussen kosten (mensen en middelen) en het kunnen voldoen aan kwaliteitsnormen, of over wat nodig is om zorgaanbieders op het gewenste niveau van het Kwaliteitskader te brengen. Op basis van signalen is de verwachting dat een aantal ziekenhuizen al aan de nieuwe personeelsnormen voldoen en anderen nog niet. Dit betekent dat ziekenhuizen verschillen in het voldoen aan kwaliteitsnormen ondanks dat zij kunnen beschikken over dezelfde hoeveelheid mensen en middelen, verondersteld dat sprake is van een level playing field in de zorgcontractering. Tegen deze achtergrond zou het een perverse prikkel zijn als de BIA resultaten worden gebruikt om de minder doelmatige ziekenhuizen op niveau te brengen, omdat dit onbedoeld de voorlopers bestraft. Bovendien gaat dit voorbij aan het inzicht dat kwaliteit van zorg niet alleen bepaald door voldoende mensen en middelen, maar ook een voortdurend proces is van leren en verbeteren.

De wijze waarop het Kwaliteitskader na opname in het Register via aanpassing van de tarieven landt in de bekostiging van zorg, is uiteindelijk het resultaat van de zorgcontractering. De verwachting is dat de BIA, met inachtneming van de genoemde kanttekeningen, waardevolle inzichten oplevert die hiervoor benut kunnen worden.