



# ADVIES BEKOSTIGING ZORGNETWERKEN ANTIBIOTICARESISTENTIE

Eindrapport, 5 april 2018

in opdracht van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport







# Inleiding

## Inleiding

Steeds meer bacteriën ontwikkelen resistentie tegen antibiotica. Bij een infectie met een resistentie bacterie is slechts beperkt of soms zelfs helemaal geen behandeling mogelijk. Zelfs eenvoudige aandoeningen kunnen dan levensbedreigend worden. Antibioticaresistentie (verder: abr) vormt dan ook een nationale en internationale bedreiging voor de volksgezondheid.

Resistente bacteriën houden zich niet aan de grenzen van instellingen. Patiënten die een resistentie bacterie bij zich dragen bewegen zich door de zorgketen heen en kunnen zo resistente bacteriën op anderen overdragen. Ook zorgverleners kunnen resistente bacteriën verspreiden. Het is dus van belang dat zorginstellingen en zorgprofessionals samenwerken bij het voorkomen en bestrijden van antibioticaresistentie. Daarom heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (verder: VWS) besloten tien regionale Zorgnetwerken antibioticaresistentie (verder: Zorgnetwerken abr) op te richten. In deze netwerken kunnen de verspreiding van infectieziekten en antibioticaresistentie op een effectievere manier worden voorkomen en bestreden. De taken van deze Zorgnetwerken abr staan beschreven in het functieprofiel dat is opgesteld door partijen uit de curatieve, langdurige en openbare gezondheidszorg.

VWS heeft aan de Zorgnetwerken abr subsidie verleend. Met deze subsidie is in elke regio een kwartiermaker aangesteld. Deze stelt voor het Zorgnetwerk een plan van aanpak op dat invulling geeft aan het functieprofiel. De subsidies gelden voor de periode mei 2017 tot mei 2019. Deze periode wordt gezien als een pilotfase. Het Landelijk Netwerk Acute Zorg en GGD GHOR Nederland ondersteunen en adviseren de Zorgnetwerken abr tijdens de pilotfase. Over de financiering van de Zorgnetwerken abr na de pilotfase moet nog een beslissing worden genomen.





## Opdracht VWS

VWS heeft aan Zorgmarkten gevraagd om (zoveel mogelijk aanhakend bij bestaande structuren) te adviseren hoe en met welke bedrag de Zorgnetwerken abr vanaf mei 2019 het beste bekostigd kunnen worden, en daarbij de volgende deelvragen te beantwoorden:

- Welke taken dienen (structureel) gefinancierd te worden vanaf mei 2019?
- Welke bekostigingsmodellen voor het financieren van de Zorgnetwerken abr zijn mogelijk? Wat zijn de voor- en nadelen per model?
- Wat is het voorkeursmodel voor de bekostiging van Zorgnetwerken abr en wat betekent dit in de praktijk?
- Hoe zou de juridische verankering van dit voorkeursmodel eruit moeten zien?
- Hoe ziet de praktische uitvoering van dit voorkeursmodel voor de financiering van zorgnetwerken abr eruit?
- Wat is de verwachte hoogte van het bedrag per netwerk per jaar?

## Aanpak Zorgmarkten

Om te komen tot een bekostigingsmodel voor de Zorgnetwerken abr (het 'hoe') moet eerst duidelijk zijn welke taken gefinancierd moeten worden (het 'wat') en hoe deze taken ingebed zijn of worden in het zorglandschap (het 'waar').

Door deskresearch, interviews en diverse bijeenkomsten (zie bijlage lijst gesprekspartners) heeft Zorgmarkten daarom in kaart gebracht welke actoren en nu en in de nabije toekomst actief zijn in de Zorgnetwerken abr. Vervolgens is in kaart gebracht welke taken zorgverleners nu al (zouden moeten) uitvoeren voor het voorkomen en bestrijden van abr (verder: reguliere taken). Ook zijn de reguliere taken van VWS, het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (verder: RIVM) en de lokale overheden in kaart gebracht. Deze reguliere taken worden al bekostigd, en zouden dus buiten de nieuwe bekostiging moeten blijven.

Daarna hebben wij gedefinieerd welke taken de Zorgnetwerken abr hebben. Wij hebben hiervoor de taken uit het functieprofiel geconcretiseerd en afgebakend ten opzichte van de reguliere taken. In het verlengde daarvan is ook bepaald welke taken de actoren erbij krijgen, welke taken zij anders dan tot nu toe zullen moeten uitvoeren, en of deze taken verband houden met zorg in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg (verder: Wmg). Dat laatste bepaalt mede welke bekostigingsmodellen mogelijk zijn.

De drie meest voor de hand liggende bekostigingsmodellen hebben wij vervolgens gewaardeerd aan de hand van een toetsingskader. Dit toetsingskader bevat inhoudelijke en structuurcriteria. Hieruit is een voorkeurkeursmodel naar voren gekomen.

Dit voorkeursmodel is door Zorgmarkten uitgewerkt in een advies. Wij hebben ons daarbij niet beperkt tot het beste passende bekostigingsmodel, maar ook geadviseerd over de juridische inbedding en het implementatietraject, inclusief planning. Tot slot heeft Zorgmarkten een financiële afweging gemaakt en geadviseerd over de hoogte van de financiering van de Zorgnetwerken abr in de eerste drie jaar van de structurele financiering.



## Samenvatting

VWS heeft aan Zorgmarkten gevraagd om (zoveel mogelijk aanhakend bij bestaande structuren) te adviseren hoe de Zorgnetwerken abr vanaf mei 2019 het beste bekostigd kunnen worden, en welk bedrag daarvoor nodig is.

Om deze vraag te kunnen beantwoorden moet duidelijk zijn welke taken gefinancierd moeten worden (het 'wat') en hoe deze taken ingebed zijn of worden in het zorglandschap (het 'waar').

Door deskresearch, interviews en diverse bijeenkomsten heeft Zorgmarkten daarom eerst in kaart gebracht welke actoren nu en in de nabije toekomst actief zijn in de Zorgnetwerken abr, en welke taken deze actoren nu al (zouden moeten) uitvoeren voor het voorkomen en bestrijden van abr. Van die taken mag immers worden aangenomen dat ze al door de huidige bekostiging van de betrokken actoren worden gedekt. Er is voor deze taken geen aparte bekostiging nodig.

Daarna hebben wij gedefinieerd welke taken de Zorgnetwerken abr zullen gaan uitvoeren. Deze taken volgen uit het functieprofiel, dat door partijen als uitgangspunt is genomen voor de taken tijdens de pilotperiode. Sommige van deze taken waren in het functieprofiel nog niet voldoende geconcretiseerd en afgebakend ten opzichte van de reguliere taken van de actoren in de Zorgnetwerken abr. Wij hebben de elf taken van het functieprofiel op basis van aanvullende informatie daarom opnieuw gerangschikt in twaalf taken voor de zorgnetwerken:

1. Actoren in beeld en activeren
2. Stimuleren deelname landelijke surveillance
3. Transmurale werkafspraken informatiedeling (dragerschap, resistentie)
4. Beschikbaar stellen regionale informatie (dragerschap, resistentie)
5. Overbrengen informatie van landelijk naar lokaal niveau
6. Lokale communicatie tussen zorgdomeinen over resistentie en uitbraak
7. Opstellen regionaal risicoprofiel en beheersplan
8. Verzorgen, stimuleren en ondersteunen kennisdeling en deskundigheidsbevordering
9. Opstellen plan en formats uniforme audits infectiepreventie
10. Preventiemaatregelen in kaart brengen en waarderen
11. Onderlinge bijstand en advies bestrijdingsmaatregelen
12. Cyclisch verbeteren bewustwording en uitvoering rationeel voorschrijven

De structurele bekostiging van de Zorgnetwerken abr ziet op deze nieuw gedefinieerde taken en verantwoordelijkheden, die géén onderdeel (gaan) uitmaken van de reguliere bekostiging van de actoren.

De twaalf taken waarvoor de Zorgnetwerken abr als collectief verantwoordelijk zijn, hebben echter ook gevolgen voor de reguliere taken van de individuele actoren in het netwerk.

De actoren zullen die taken door de komst van het netwerk anders moeten gaan uitvoeren en zij zullen er ook taken bij krijgen. Wij hebben daarom ook bepaald welke taken voor de actoren 'anders' en 'extra' zijn. Deze wijzigingen betreffen een zestal activiteiten aan de kant van de individuele actoren:

- a. Uniformeren metingen en informatieaanleveringen
- b. Delen van aanpak infectiepreventie met netwerk
- c. Delen van informatie met actoren netwerk (dragerschap, resistentie)
- d. Uitvoering geven aan transmurale werkafspraken
- e. Bij- en nascholingen intensiveren en toegankelijk maken voor netwerk
- f. Het uitvoeren van audits op kwaliteit intramurale infectiepreventie

Het is aannemelijk dat deze activiteiten uiteindelijk tot het reguliere takenpakket van de betreffende actoren zullen gaan behoren. Om die reden spreken wij van een 'ingroei van taken en verantwoordelijkheden ten behoeve van de Zorgnetwerken abr'.

Voor de 'ingroeitaken en -verantwoordelijkheden' (a t/m f hierboven) adviseren wij een tijdelijke tegemoetkoming die de ingroei faciliteert tot het moment waarop de kosten ervan onderdeel zijn geworden van de reguliere bekostiging van de actoren. Op het moment dat deze ingroeitaken ook regulier zijn geworden is separate bekostiging niet meer nodig.

De Zorgnetwerken worden ingezet als middel om effectieve behandeling van infecties ook in de toekomst mogelijk te houden. De behandeling van infecties is zorg in de zin van de Zvw en de Wlz, en het kunnen behandelen van infecties is ook voor een groot deel van de (overige) medische behandelingen en voor de langdurige zorg van belang. Wij zijn er daarom van uitgegaan dat het merendeel van de te bekostigen activiteiten kunnen worden aangemerkt als kosten van zorg in de zin van de Zvw en de Wlz. De Wmg bepaalt dan welke bekostigings-



modellen mogelijk zijn. Op hoofdlijnen zien wij drie mogelijk oplossingen voor de bekostiging van de Zorgnetwerken abr:

- Voortzetten van de huidige VWS-subsidie;
- Onderdeel maken van reguliere (prestatie)bekostiging;
- Instellen van een beschikbaarheidsbijdrage.

Wij hebben deze drie bekostigingsmodellen aan de hand van een toetsingskader gewaardeerd op inhoudelijke en structurele geschiktheid. Hieruit is de beschikbaarheidsbijdrage als voorkeurkeursmodel naar voren gekomen. De belangrijkste voordelen ten opzichte van de andere modellen zijn:

- De beschikbaarheidsbijdrage benadrukt dat de individuele activiteiten een collectieve verantwoordelijkheid dienen. De herkenbare financiering ten laste van de fondsen draagt hieraan bij.
- De beschikbaarheidsbijdrage is onderdeel van de bestaande zorgbekostiging. Er is een bestaande verantwoordingsstructuur, en periodiek kostenonderzoek prikkelt een kritisch oordeel over nut en noodzaak van uitgaven.
- Het is de bedoeling de Zorgnetwerken abr structureel in te bedden in het zorglandschap en verantwoordelijkheden bij de juiste partijen te beleggen. Bekostiging via de NZa past hier beter bij dan een subsidie via VWS.

Voor de financiering van de Zorgnetwerken abr is de beschikbaarheidsbijdrage via één ziekenhuis per regio naar ons oordeel daarom het meest voor de hand liggende bekostigingsmodel. Dit model wordt al gebruikt voor de bekostiging van netwerken rond acute zorg. Op deze wijze kunnen zowel de structurele taken van de Zorgnetwerken abr als (zolang nodig) de 'ingroeitaken' van de actoren in die netwerken worden bekostigd.

Deze bekostiging zou van kracht kunnen zijn per 1 januari 2020. Dit betekent dat de huidige subsidieregeling tot die datum moet worden verlengd. Voor de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage adviseert Zorgmarkten in de periode 2020, 2021 en 2022 een bedrag per jaar per netwerk van afgerond € 850.000, waarvan € 700.000 voor de twaalf taken en verantwoordelijkheden van de Zorgnetwerken abr (uitgevoerd door het Regionaal coördinatieteam en de experts van het netwerk) en € 150.000 voor 'ingroeitaken en -verantwoordelijkheden' voor de individuele actoren. In deze periode kan worden onderzocht hoe ingroeitaken onderdeel kunnen worden van de reguliere bekostiging en wat daarvan de financiële consequenties zijn. Voor de structurele taken van de Zorgnetwerken abr kan in die periode de kostprijs worden berekend. Zo kan voor de periode vanaf 2023 een 'definitieve' hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage voor de Zorgnetwerken abr worden vastgesteld.

De implementatie van het advies vraagt om een gecoördineerde inspanning van verschillende partijen en op verschillende terreinen. De stappen die hiervoor nodig zijn staan in dit rapport. Daarin is ook de ontwikkeling van zorgstandaarden rond (tegenaan van) abr meegenomen. Deze kan een belangrijke bijdrage leveren aan de doelen waarvoor de Zorgnetwerken zijn ingesteld.





# 1 Uitgangspunten

## 1.1 Actoren in het netwerk

Binnen de Zorgnetwerken abr onderscheiden wij de onderstaande, op [figuur 1](#) weergegeven actoren. Dit zijn de belangrijkste regionale actoren met een direct contact met (potentiële) dragers van resistente bacteriën. Wij maken onderscheid tussen actoren die zorg leveren in een intramurale setting (binnen een instelling) en actoren die dat doen in een extramurale setting. Daarnaast onderscheiden de gemeentelijke gezondheidsdienst (verder: GGD), die een rol speelt bij ondermeer preventie en de bestrijding van uitbraken. In deze figuur hebben wij ook de actoren van de landelijke en lokale overheid die een verantwoordelijkheid hebben in het tegengaan van antibioticaresistentie (hierna: abr) een plek gegeven.

### Intramuraal



*Ziekenhuizen.* Hieronder verstaan wij universitaire medische centra, algemene ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra, revalidatie instellingen en overige categorale instellingen. Deze instellingen leveren medisch-specialistische zorg.



*Wlz-instellingen met behandeling.* Hieronder verstaan wij de voormalige 'verpleeghuizen' en de gehandicapteninstellingen. De cliënten ontvangen er behandeling en verblijven intramuraal.



*Ggz-instellingen met verblijf.* Hieronder worden verstaan de Ggz-instellingen waar geestelijke gezondheidszorg wordt geleverd in combinatie met intramuraal verblijf en waar nodig verpleging en verzorging.



*Woonclusters met begeleiding/zorg.* Hieronder worden woonclusters verstaan waarin cliënten begeleid (zelfstandig) wonen en waarbinnen zij ook vormen van zorg ontvangen. Te denken valt aan cliënten met een beperking. Hieronder valt ook het 'beschermd wonen' voor mensen met psychische of psychosociale problemen.





## Extramuraal



*Huisartsen.* Hieronder wordt verstaan het integrale zorgaanbod zoals geleverd door huisartsen, al dan niet apotheehoudend. Dit is inclusief het ondersteunende personeel werkzaam bij de huisartsen, zoals de praktijkondersteuners.



*Wijkverpleging.* Hieronder vallen verpleegkundige handelingen in de thuissituatie door verpleegkundigen. Deze leveren de zorg als zelfstandige of vanuit een organisatorisch verband.



*Thuiszorg.* Hieronder verstaan wij niet-medische persoonlijke verzorging, begeleiding en huishoudelijke hulp die bij mensen thuis wordt geleverd, door verzorgenden als zelfstandige of vanuit een organisatorisch verband.

## GGD



*GGD.* Elke gemeente beschikt (al dan niet in samenwerking met andere gemeenten) over een GGD.

Figuur 1 geeft de actoren in eenzelfde omvang weer. Dit betekent niet dat in de huidige situatie de rol van elke actor even groot is. Bij het in kaart brengen van de taken en verantwoordelijkheden hierna, wordt duidelijk waar het zwaartepunt ligt.

## Overige actoren



Naast deze acht actoren zijn er ook nog andere actoren die onderdeel (gaan) uitmaken van de Zorgnetwerken abr, zoals laboratoria en apothekers. De laboratoria zijn vaak onderdeel van de ziekenhuizen, maar in sommige regio's spelen ook zelfstandige laboratoria een belangrijke rol. In beide gevallen liggen de meeste taken van de laboratoria in het verlengde van de taken van de ziekenhuizen. De zelfstandige laboratoria hebben meestal geen rechtstreeks contact met patiënten. Daarom zijn de laboratoria in figuur 1 naast de ziekenhuizen geplaatst. Dit betekent niet dat de laboratoria geen andere opdrachtgevers hebben dan ziekenhuizen.



Eenzelfde principe hanteerden wij voor de apothekers. De taken van de apothekers in het kader van abr liggen in de meeste gevallen in het verlengde van de taken van de huisarts. Om die reden is deze actor bij de huisartsen gepositioneerd. De apotheken kunnen echter wel een rol hebben als actor in de Zorgnetwerken abr.

Verder zijn met name in de eerste lijn nog diverse andere behandelaren actief die een rol kunnen spelen bij het tegengaan van abr, zoals bijvoorbeeld tandartsen. Wij hebben deze buiten beschouwing gelaten omdat ze op dit moment in het functieprofiel en de praktijk van de zorgnetwerken nog geen actieve rol spelen. Ook is de veterinaire sector buiten beschouwing gelaten, omdat de aansluiting met deze sector nog in ontwikkeling is.





FIGUUR 1

ACTOREN





## 1.2 Reguliere abr-gerelateerde taken en verantwoordelijkheden

In [figuur 2](#) hebben wij in kaart gebracht wat voor de betrokken actoren reguliere taken zijn in het kader van het voorkomen en bestrijden van abr. Van deze reguliere taken mag worden verwacht dat ze al zijn meegenomen in de reguliere bekostiging van de diverse actoren. De reguliere taken van landelijke en lokale overheid en RIVM zijn volledigheidshalve ook vermeld; de taken van de actoren houden op waar de overheidstaak begint.

### Reguliere taken overheid

Het ministerie van VWS is verantwoordelijk voor het maken van landelijk beleid ten aanzien van abr. Daarnaast houdt VWS zich bezig met sector-overstijgende afspraken zoals 'One Health', waarin het humane en het veterinaire domein met elkaar worden verbonden. Het ministerie bevordert Europese samenwerking op het gebied van abr. Tot slot is het ministerie via de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (verder: IGJ) verantwoordelijk voor het toezicht op veiligheid en kwaliteit van de zorg. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de algemene infectieziektebestrijding en moeten optreden bij acuut gevaar voor de volksgezondheid.

### Reguliere taken RIVM

De taken van het RIVM volgen uit de Wet op het RIVM en de daaruit voortvloeiende jaarprogramma's. Ten aanzien van abr komen deze taken op het volgende neer:

- Beleidsadvisering minister van VWS
- Landelijk systematisch en projectmatig gegevens verzamelen (surveillance)
- Onderzoek naar resistentie
- Spiegelinformatie ontwikkelen
- Coördineren van de bestrijding bij een uitbraak
- Informatiestandaarden ontwikkelen
- Zorgdragen voor een landelijke signaleringsstructuur
- Landelijke vraagbaak (expertisecentrum)
- Gegevens interpreteren en terugkoppelen

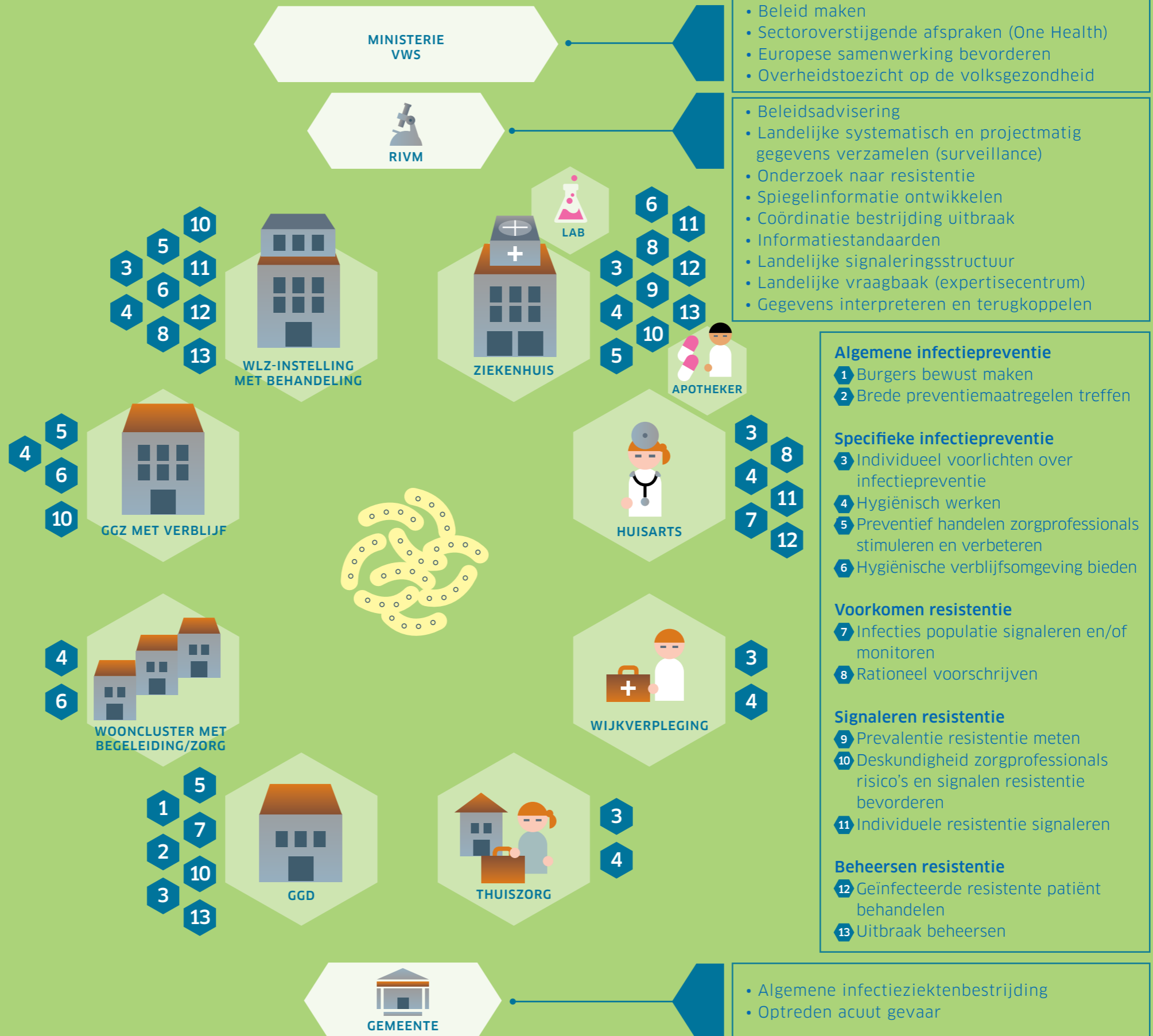
### Reguliere abr-gerelateerde taken actoren

Voor de actoren onderscheiden wij dertien taken die zij in het kader van abr uitvoeren, of waarvan verwacht kan worden dat zij dat doen. Deze dertien taken zijn vastgesteld op basis van deskresearch en interviews en onderverdeeld in vijf hoofdcategorieën:

- Algemene infectiepreventie
- Specifieke infectiepreventie
- Voorkomen resistentie
- Signaleren resistentie
- Beheersen resistentie



**FIGUUR 2**  
REGULIERE ABR-GERELATEERDE TAKEN EN VERANTWOORDELIJKHEDEN





### 1.3 Wettelijke grondslagen

Gegeven de opdracht om in dit advies zoveel mogelijk aan te haken bij bestaande structuren, maar ook met het oog op transparantie, toekomstbestendigheid en het voorkomen van administratieve lasten, zal de bekostiging van de Zorgnetwerken abr binnen de bestaande wettelijke kaders moeten passen. Voor de (individuele) zorg zijn dat de Wmg, de Zorgverzekeringswet (verder: Zvw), de Wet langdurige zorg (verder: Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (verder: Wmo) en de Jeugdwet. De regie voor de bekostiging van de zorg ligt bij de zorgverzekeraars (Zvw), zorgkantoren (Wlz), en gemeenten (Wmo en Jeugdwet). Onder de zorg die vergoed wordt via deze wetten valt ook de preventie die is bedoeld om verergering van gezondheidsklachten te voorkomen.

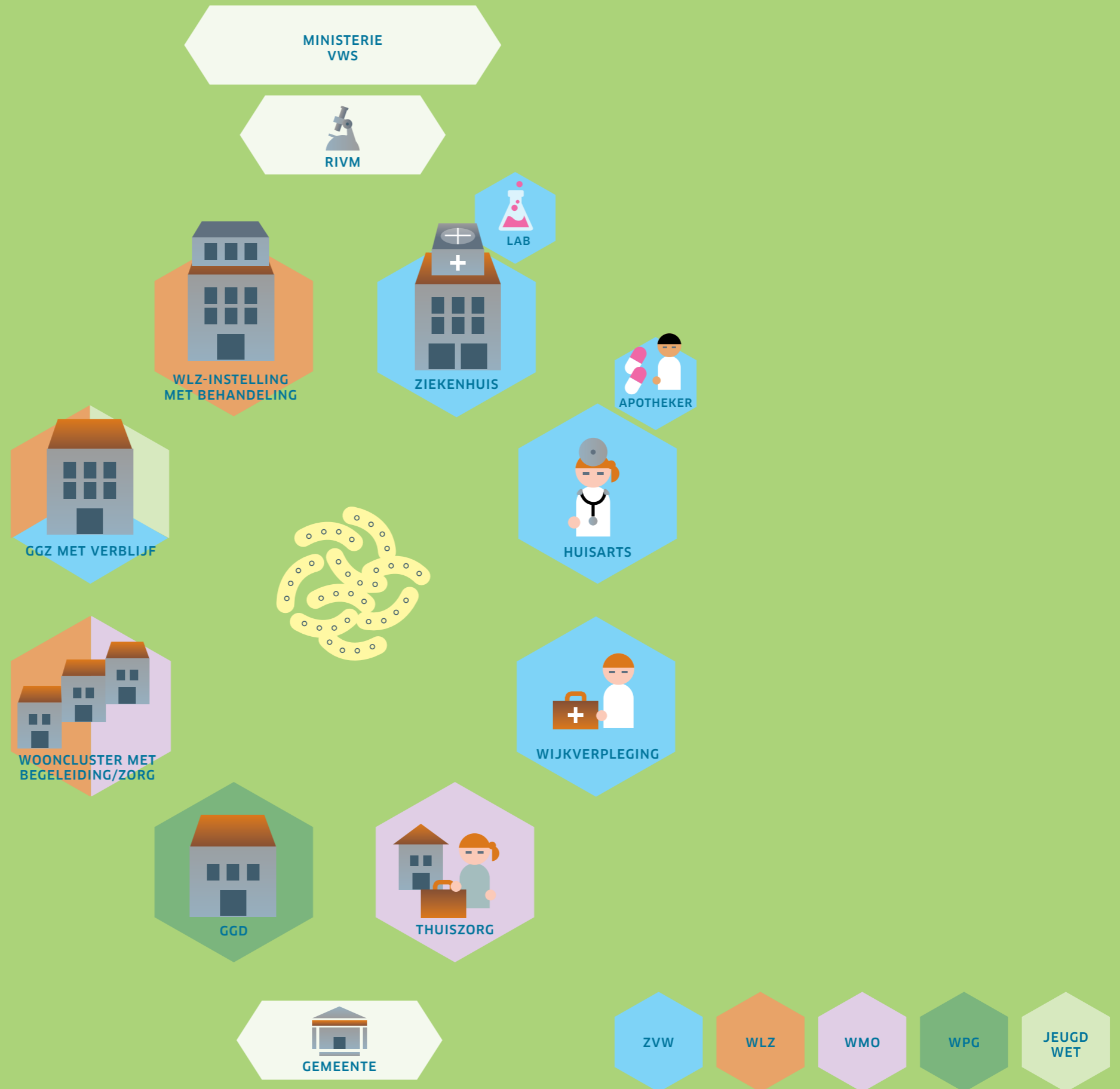
De Wet publieke gezondheid (verder: Wpg) regelt de preventie voor (nog) gezonde burgers. Deze kan zich richten op de bevolking als geheel, of op risicogroepen. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wpg, die zij bekostigen uit gemeentelijke belastingen. De feitelijke uitvoering vindt grotendeels plaats door de GGD'en. De wet verplicht instellingen waar kwetsbare populaties verblijven of samenkomen om de GGD op de hoogte te stellen van – kort gezegd – een ongewoon aantal zieken (ook onder personeel) door infectieuze aandoeningen. Daaronder vallen ook MRSA, en binnenkort mogelijk CPE.

De meeste actoren die (individuele) zorg leveren worden bekostigd uit één 'hoofdbron'. Voor actoren die met name curatieve zorg leveren (ziekenhuizen, huisartsen, wijkverpleging, laboratoria en apotheken) is dat de Zvw. Voor de thuiszorg (huishoudelijke verzorging en begeleiding) is dat de Wmo. Ggz-instellingen die behandeling met opname leveren worden – afhankelijk van duur van de opname en leeftijd van de cliënt – bekostigd uit Jeugdwet, Zvw of Wlz. Wlz-instellingen met behandeling en Woonclusters met begeleiding/ behandeling worden bekostigd op basis van de Wlz, met uitzondering de Woonclusters die vallen onder de categorie 'Beschermd wonen'. Deze worden bekostigd vanuit de Wmo.



FIGUUR 3

WETTELIJKE GRONDSLAGEN





# 2 Analyse

## 2.1 Taken en verantwoordelijkheden Zorgnetwerken abr

In [paragraaf 1.2](#) is opgesomd wat voor de actoren al reguliere taken zijn in het kader van het voorkomen en bestrijden van abr. Van deze reguliere taken mag worden verwacht dat ze al onderdeel uitmaken van de reguliere bekostiging van de diverse actoren. In dit hoofdstuk kijken wij naar de taken en verantwoordelijkheden van de Zorgnetwerken abr.

De taken die de regionale Zorgnetwerken abr zullen gaan uitvoeren volgen uit het functieprofiel, dat door partijen als uitgangspunt is genomen voor de verdere uitrol tijdens de pilotperiode. Wij hebben geconstateerd dat bepaalde taken uit het functieprofiel nog onvoldoende waren geconcretiseerd en afgebakend ten opzichte van de reguliere taken van de actoren in de Zorgnetwerken abr die zijn opgesomd in [paragraaf 1.2](#). Daarom hebben wij waar nodig de elf taken uit het functieprofiel geconcretiseerd op basis van het functieprofiel en overige informatie en opnieuw gerangschikt in twaalf taken.

Deze twaalf taken en verantwoordelijkheden van de Zorgnetwerken abr zijn weergegeven in [figuur 4](#).

### Taken en verantwoordelijkheden Zorgnetwerken abr

1. Actoren in beeld en activeren
2. Stimuleren deelname landelijke surveillance
3. Transmurale werkafspraken informatiedeling (dragerschap, resistentie)
4. Beschikbaar stellen regionale informatie (dragerschap, resistentie)
5. Overbrengen informatie van landelijk naar lokaal niveau
6. Lokale communicatie tussen zorgdomeinen over resistentie en uitbraak
7. Opstellen regionaal risicoprofiel en beheersplan
8. Verzorgen, stimuleren en ondersteunen kennisdeling en deskundigheidsbevordering
9. Opstellen plan en formats uniforme audits infectiepreventie
10. Preventiemaatregelen in kaart brengen en waarderen
11. Onderlinge bijstand en advies bestrijdingsmaatregelen
12. Cyclisch verbeteren bewustwording en uitvoering rationeel voorschrijven

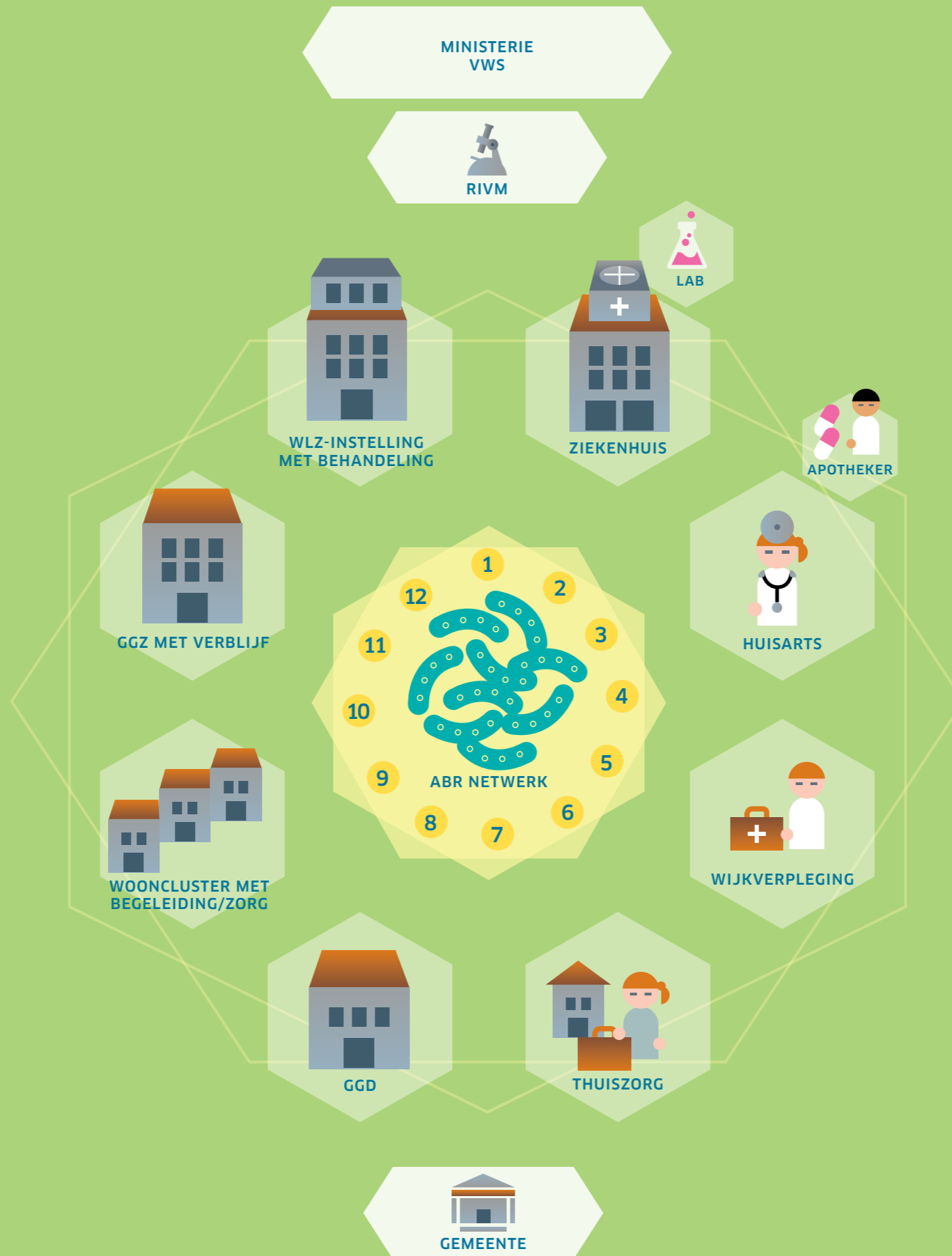




FIGUUR 4

## TAKEN EN VERANTWOORDELIJKHEDEN ZORGNETWERKEN ABR

- 1 Actoren in beeld en activeren
- 2 Stimuleren deelname landelijke surveillance
- 3 Transmurale werkafspraken informatiedeling (dragerschap, resistentie)
- 4 Beschikbaar stellen regionale informatie (dragerschap, resistentie)
- 5 Overbrengen informatie van landelijk naar lokaal niveau
- 6 Lokale communicatie tussen zorgdomeinen over resistentie en uitbraak
- 7 Opstellen regionaal risicoprofiel en beheersplan
- 8 Verzorgen, stimuleren en ondersteunen kennisdeling en deskundigheidsbevordering
- 9 Opstellen plan en formats uniforme audits infectiepreventie
- 10 Preventiemaatregelen in kaart brengen en waarderen
- 11 Onderlinge bijstand en advies bestrijdingsmaatregelen
- 12 Cyclisch verbeteren bewustwording en uitvoering rationeel voorschrijven





## 2.2 Ingroei taken en verantwoordelijkheden actoren

De in de vorige paragraaf beschreven taken en verantwoordelijkheden van de Zorgnetwerken abr hebben ook gevolgen voor de reguliere taken van de actoren. De actoren zullen die taken door de komst van het netwerk anders moeten gaan uitvoeren en er ook taken bij krijgen. Wij hebben daarom ook bepaald welke taken voor de actoren 'anders' en 'extra' zijn. Wij keken hierbij naar de mate waarin de taak nu al een verantwoordelijkheid is van de actor en naar welke taken substituten zijn van taken die de actoren al uitvoeren. Het is aannemelijk dat de 'anders' en 'extra' uit te voeren taken op langere termijn tot het reguliere takenpakket van de betreffende actoren zullen gaan behoren. Om die reden spreken wij van een 'ingroei van taken en verantwoordelijkheden ten behoeve van de Zorgnetwerken abr'.

In [figuur 5](#) zijn zes taken opgesomd die kunnen worden gezien als 'ingroei taken en verantwoordelijkheden'.

### Ingroei taken en verantwoordelijkheden actoren

- a. Uniformeren metingen en informatieaanleveringen
- b. Delen van aanpak infectiepreventie met netwerk
- c. Delen van informatie met actoren netwerk (dragerschap, resistentie)
- d. Uitvoering geven aan transmurale werkafspraken
- e. Bij- en nascholingen intensiveren en toegankelijk maken voor netwerk
- f. Het uitvoeren van audits op kwaliteit intramurale infectiepreventie

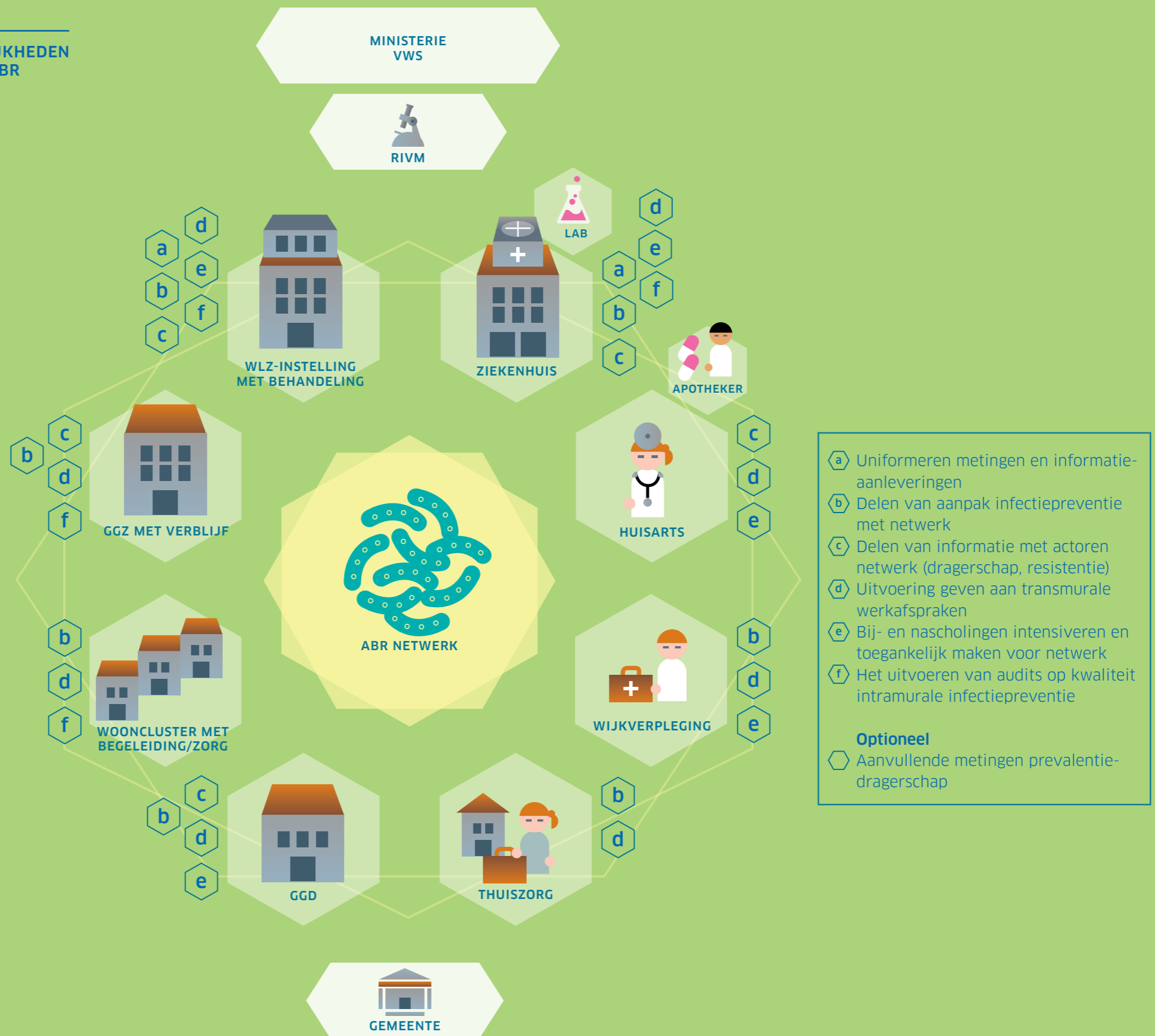
Wij hebben één taak, 'aanvullende metingen prevalentie dragerschap', gedefinieerd als optioneel. Het gaat om het zogenoemde Puntprevalentie Onderzoek (PPO), waarmee kan worden vastgesteld hoeveel mensen resistente bacteriën bij zich dragen. In 2018 doet het RIVM een dergelijk onderzoek onder bewoners van ongeveer 300 Wlz-instellingen. Bij circa 40 cliënten per instelling wordt onderzocht of zij resistente bacteriën bij zich dragen. Het PPO wordt niet in het functieprofiel genoemd, maar als dit soort onderzoeken tot de verantwoordelijkheid van de zorgnetwerken zou gaan behoren, dan zal dit voor bepaalde actoren (zoals die Wlz-instellingen) extra taken meebrengen. Dat is echter nu nog niet duidelijk.





FIGUUR 5

INGROEI TAKEN EN VERANTWOORDELIJKHEDEN ACTOREN T.B.V. DE ZORGNETWERKEN ABR





## Naar een structurele bekostiging

WWS heeft verzocht te adviseren over de *structurele* bekostiging de Zorgnetwerken abr. Daarvoor is het van belang vast te stellen welke taken en verantwoordelijkheden toebehoren aan het domein van de Zorgnetwerken abr én structureel van aard zijn. Wij hebben deze weergegeven in [figuur 4](#).

De Zorgnetwerken abr zijn geen ‘instituten’: ze worden gevormd en ingevuld door de actoren. Het is dan ook logisch dat een deel van de taken die in [figuur 4](#) zijn weergegeven als taken van de Zorgnetwerken abr *in de praktijk* uitgevoerd worden door actoren, naast de taken die door de doelen en taken uit het functieprofiel worden uitgebreid of veranderd en die zijn weergegeven in [figuur 5](#) als ‘ingroei taken en verantwoordelijkheden’. Voor deze ‘ingroei taken en verantwoordelijkheden’ van de actoren geldt dat deze op dit moment nog op een andere manier, minder intensief of geheel niet worden uitgevoerd. Dit verschilt per actor.

De taken van de Zorgnetwerken en de ‘ingroei taken en verantwoordelijkheden’ samen vormen de scope voor de bekostiging van de Zorgnetwerken abr. Deze is weergegeven in [figuur 6](#). [Figuren 4](#) en [5](#) zijn daarin samengevoegd. Links zijn de structurele taken en verantwoordelijkheden weergegeven van de Zorgnetwerken abr waar een passende vergoeding voor gevonden moet worden. Rechts staan de ‘ingroei taken en verantwoordelijkheden van actoren’ beschreven. Voor die taken zal sprake kunnen zijn van een (tijdelijke) tegemoetkoming, om de ingroei te faciliteren.

Deze tegemoetkoming zal kunnen vervallen, als deze ingroeitaken in de eindsituatie onderdeel zijn geworden van het reguliere takenpakket van de actoren en deze kosten onderdeel zijn geworden van reguliere (prestatie) bekostiging. Deze eindsituatie is weergegeven in [figuur 7](#), waar te zien is dat de ingroei taken en verantwoordelijkheden geen gele kleur meer hebben. Zie verder [paragraaf 2.3](#) waar bij de mogelijke bekostigingsmodellen ook reguliere (prestatie)bekostiging wordt beschreven. Wanneer deze eindfase aanbreekt is nu nog niet te zeggen. Gegeven het in [figuur 10](#) weergegeven tijdpad zal dit niet voor 2023 zijn.





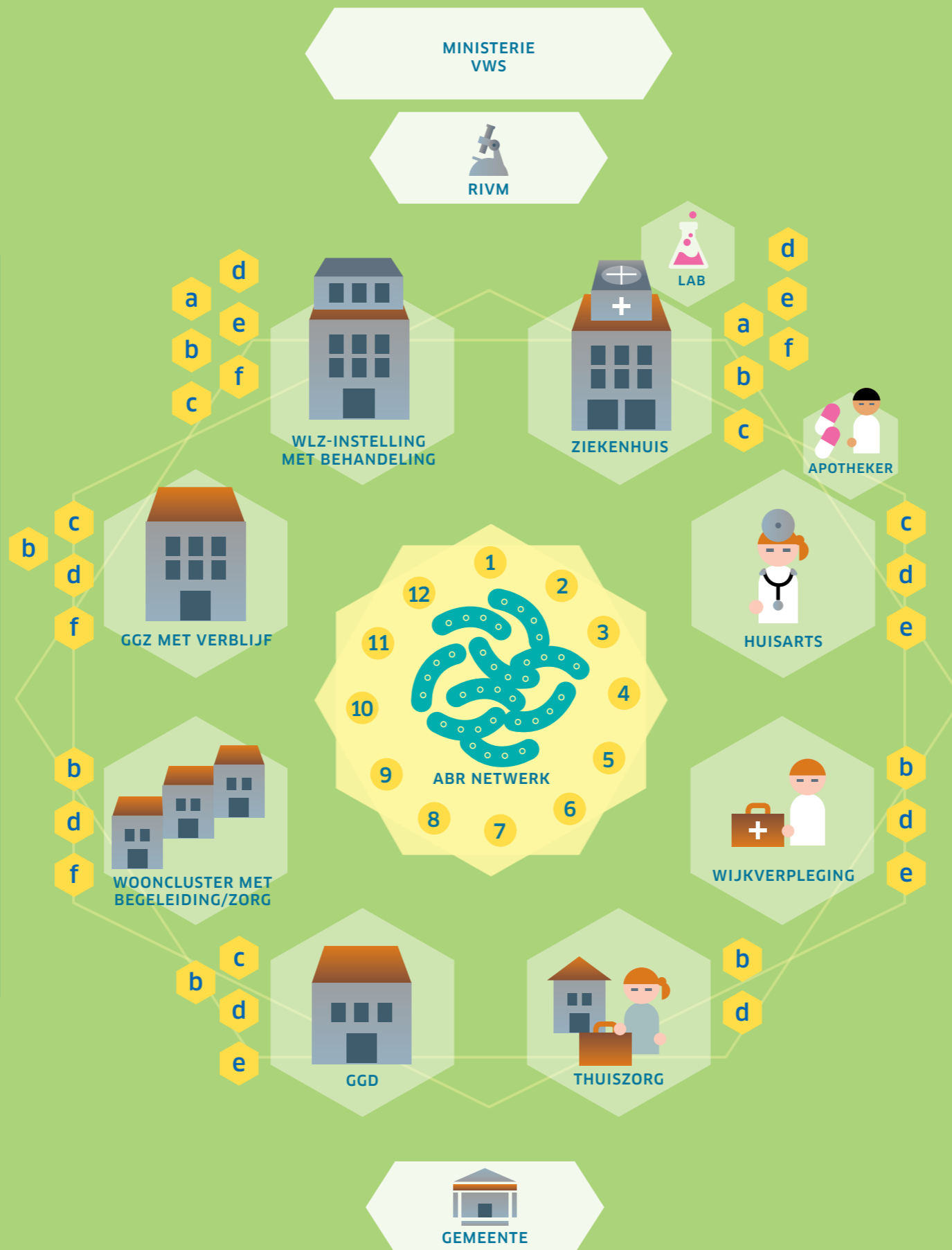
FIGUUR 6

 SCOPE BEKOSTIGING  
ZORGNETWERKEN ABR

## STRUCTURELE VERGOEDING

 Taken en verantwoordelijkheden  
zorgnetwerken abr

- 1 Actoren in beeld en activeren
- 2 Stimuleren deelname landelijke surveillance
- 3 Transmurale werkafspraken informatiedeling (dragerschap, resistentie)
- 4 Beschikbaar stellen regionale informatie (dragerschap, resistentie)
- 5 Overbrengen informatie van landelijk naar lokaal niveau
- 6 Lokale communicatie tussen zorgdomeinen over resistentie en uitbraak
- 7 Opstellen regionaal risicoprofiel en beheersplan
- 8 Verzorgen, stimuleren en ondersteunen kennisdeling en deskundigheidsbevordering
- 9 Opstellen plan en formats uniforme audits infectiepreventie
- 10 Preventiemaatregelen in kaart brengen en waarderen
- 11 Onderlinge bijstand en advies bestrijdingsmaatregelen
- 12 Cyclisch verbeteren bewustwording en uitvoering rationeel voorschrijven



## TIJDELIJKE TEGEMOETKOMING

 Ingroei taken en verantwoordelijkheden  
actoren t.b.v. de zorgnetwerken abr

- a Uniformeren metingen en informatie-aanleveringen
- b Delen van aanpak infectiepreventie met netwerk
- c Delen van informatie met actoren netwerk (dragerschap, resistentie)
- d Uitvoering geven aan transmurale werkafspraken
- e Bij- en nascholingen intensiveren en toegankelijk maken voor netwerk
- f Het uitvoeren van audits op kwaliteit intramurale infectiepreventie



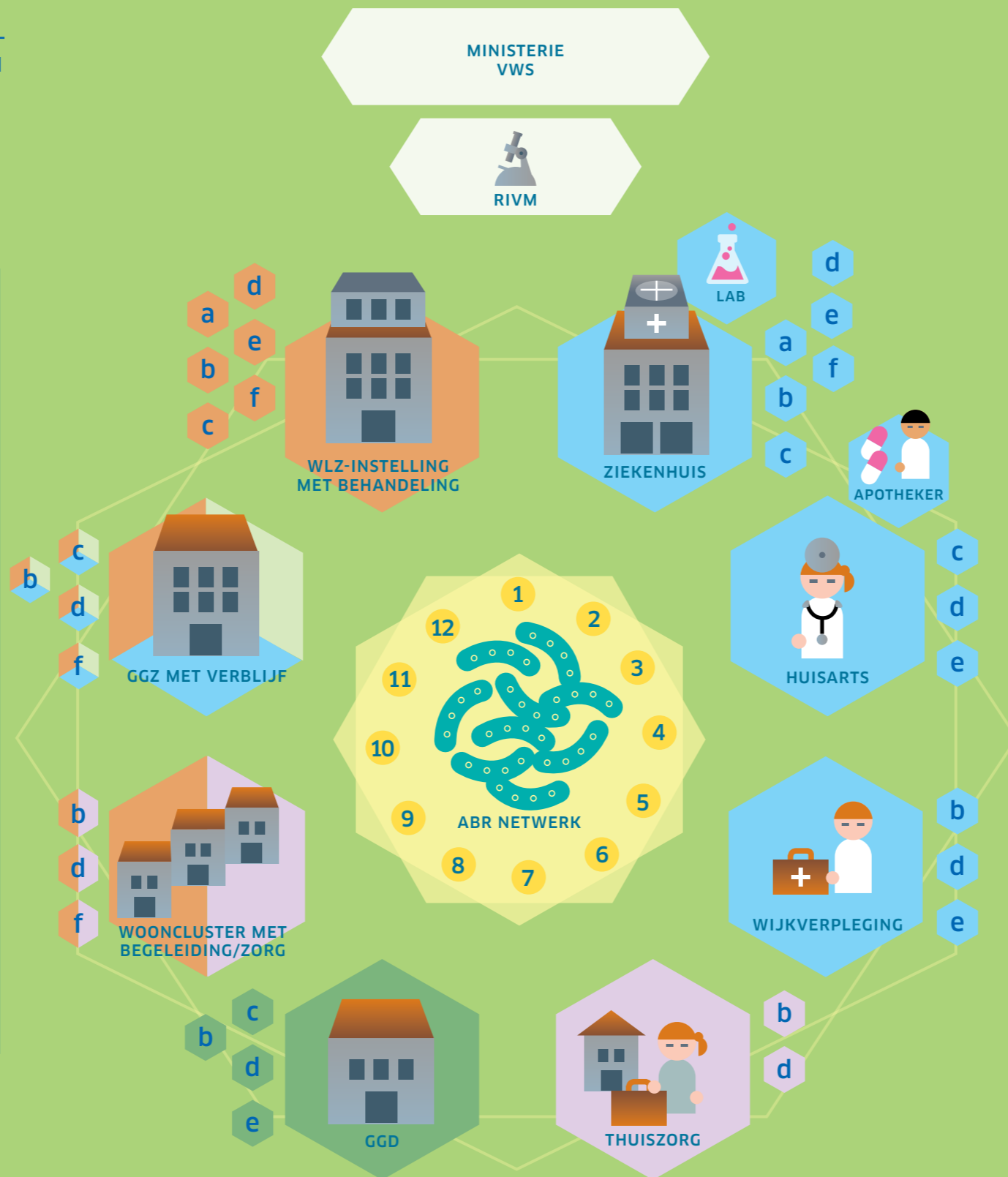
FIGUUR 7

SCOPE FINANCIERING ZORGNETWERKEN ABR EINDSITUATIE

STRUCTURELE VERGOEDING

Taken en verantwoordelijkheden zorgnetwerken abr

- 1 Actoren in beeld en activeren
- 2 Stimuleren deelname landelijke surveillance
- 3 Transmurale werkafspraken informatiedeling (dragerschap, resistentie)
- 4 Beschikbaar stellen regionale informatie (dragerschap, resistentie)
- 5 Overbrengen informatie van landelijk naar lokaal niveau
- 6 Lokale communicatie tussen zorgdomeinen over resistentie en uitbraak
- 7 Opstellen regionaal risicoprofiel en beheersplan
- 8 Verzorgen, stimuleren en ondersteunen kennisdeling en deskundigheidsbevordering
- 9 Opstellen plan en formats uniforme audits infectiepreventie
- 10 Preventiemaatregelen in kaart brengen en waarderen
- 11 Onderlinge bijstand en advies bestrijdingsmaatregelen
- 12 Cyclisch verbeteren bewustwording en uitvoering rationeel voorschrijven



ONDERDEEL REGULIERE (PRESTATIE)BEKOSTIGING

Ingroei taken en verantwoordelijkheden actoren t.b.v. de zorgnetwerken abr

- a Uniformeren metingen en informatie-aanleveringen
- b Delen van aanpak infectiepreventie met netwerk
- c Delen van informatie met actoren netwerk (dragerschap, resistentie)
- d Uitvoering geven aan transmurale werkafspraken
- e Bij- en nascholingen intensiveren en toegankelijk maken voor netwerk
- f Het uitvoeren van audits op kwaliteit intramurale infectiepreventie





## 2.3 Mogelijke bekostigingsmodellen

Om vast te stellen welk bekostigingsmodel het meest geschikt is, moet eerst vastgesteld worden welke bekostigingsmodellen *mogelijk* zijn. Dit hangt in de eerste plaats af van de vraag of er een relatie is met het voldoen aan een individuele aanspraak op zorg of ondersteuning van een verzekerde burger. Als er een aanspraak is op grond van de Zvw of de Wlz, dan bepaalt de Wmg welke bekostigingsmodellen mogelijk zijn. Voor Wmo en Jeugdwet vloeit dit voort uit de wetten zelf. Gaat het niet om een individuele aanspraak maar om preventie voor (nog) gezonde burgers dan geldt het regime van de Wpg.

Vooruitlopend op een meer gedetailleerde uitwerking in [paragraaf 3.1](#) hanteren wij als hypothese dat de zorgnetwerken inderdaad gerelateerd zijn aan individuele aanspraken op verzekerde zorg in de zin van de Zvw en de Wlz. De activiteiten van de zorgnetwerken zijn bedoeld om effectieve behandeling van infecties mogelijk te houden. Niet alleen valt de behandeling van een infectie zelf onder de Zvw of de Wlz; de mogelijkheid een infectie te voorkomen of bestrijden is ook voor een groot deel van de (overige) medische behandelingen en voor de langdurige zorg van belang. Wij gaan daarom hierna in eerste instantie uit van de bekostigingsvarianten die in de Wmg zijn geregeld.

De meest gebruikelijke van die varianten is de prestatiebekostiging. Sinds 2006 geldt in het Nederlandse zorgstelsel een gereguleerde marktwerking. Private zorgaanbieders leveren zorg aan de (verzekerde) burger, meestal in opdracht van diens zorgverzekeraar, zorgkantoor of gemeente. Het overgrote deel van die zorg valt onder de Zvw en de Wlz en zoals aangegeven regelt de Wmg de bekostiging van deze zorg. In de Wmg is bepaald dat de vergoeding van de geleverde zorg plaatsvindt via zorgprestaties: door de overheid (Nederlandse Zorgautoriteit, verder: NZa) vastgestelde eenheden van levering. Deze eenheden worden in de meeste gevallen afgerekend tussen de zorgverzekeraar/zorgkantoor en de zorgaanbieder. Deze vorm van bekostiging wordt doorgaans prestatiebekostiging genoemd. Voorbeelden zijn dbc-zorgproducten (vergoedingen gekoppeld aan een diagnose), ZZP's (integrale tarieven voor langdurige zorg), inschrijftarieven (een vergoeding voor elke bij een huisartsenpraktijk ingeschreven patiënt) en tarieven per behandelsessie.

Die manier van afrekenen is niet altijd geschikt. Dit geldt bijvoorbeeld bij kostbare voorzieningen die maar incidenteel worden gebruikt (zoals een traumahelikopter), of voor voorzieningen die nodig zijn om zorg ook in de toekomst beschikbaar te hebben (zoals medische vervolgoopleidingen). Van de kosten daarvan kan vaak niet worden vastgesteld bij welke verzekerde of patiënt ze horen, en als dat wel kan, kan toerekening aan de patiënt soms tot marktverstoring leiden. In die gevallen kan de overheid een beschikbaarheidsbijdrage toekennen. De zorgaanbieder brengt dan de kosten van de zorg niet in rekening bij de patiënt, de verzekeraar of het zorgkantoor, maar bij Zorginstituut Nederland (verder: ZiNL). Deze vergoedt de zorgkosten rechtstreeks uit het Zorgverzekeringsfonds of het Fonds langdurige zorg.

Bij de keuze van een bekostigingsvariant moet ook in het oog gehouden worden welke kosten in het tarief mogen worden verrekend: het moet gaan kosten die een relatie hebben met de betreffende zorgprestatie. Dat kunnen overigens wel kosten zijn van activiteiten die *zélf* geen zorg zijn. Een voorbeeld daarvan zijn de werkzaamheden van de accountant van zorginstellingen.

Bij het in kaart brengen van de taken en verantwoordelijkheden Zorgnetwerken abr ([figuur 4](#)) zijn twaalf taken gedefinieerd. Wij gaan er hierna vanuit dat de met deze taken verbonden kosten in aanmerking komen om te worden toegerekend aan de kosten van zorgprestaties.

Als wij aannemen dat de kosten die 'Zorgnetwerken abr' met zich meebrengen aan zorgprestaties mogen worden toegerekend, is de volgende vraag welk wettelijk kader het beste als basis kan dienen voor de selectie van bekostigingsmodellen. Bij het in kaart brengen van de abr-gerelateerde taken en verantwoordelijkheden ([figuur 2](#)) is al duidelijk geworden dat er het zwaartepunt ligt bij de Wlz-instellingen en de ziekenhuizen. Voor de taken en verantwoordelijkheden van de Zorgnetwerken abr ([figuur 4](#)) geldt hetzelfde. Welbeschouwd is dat ook logisch, omdat het hier een versterking van hun oorspronkelijke taken betreft.

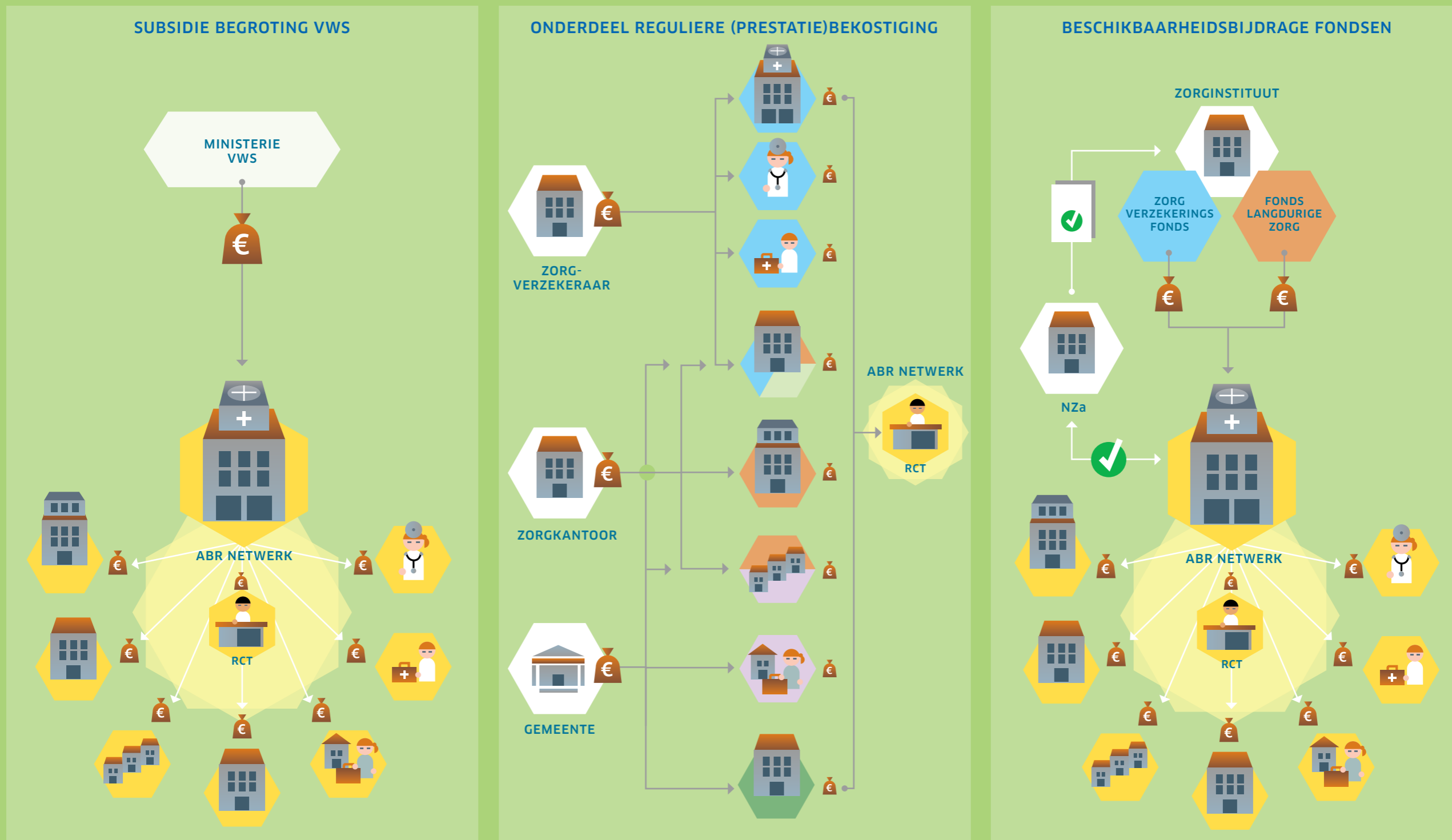
Dit betekent dat wij op hoofdlijnen drie mogelijk oplossingen zien voor de bekostiging van de Zorgnetwerken abr (zie [figuur 9](#)):

- Voortzetten van de huidige VWS-subsidie;
- Onderdeel maken van reguliere (prestatie)bekostiging;
- Instellen van een beschikbaarheidsbijdrage.



FIGUUR 8

BEKOSTIGINGSMODELLEN





# 3

## Advies

### 3.1 Advies bekostigingsmodel

Om de drie bekostigingsmodellen met elkaar te vergelijken en om te wegen welk model per saldo het meest geschikt is, heeft Zorgmarkten een toetsingskader (figuur 9) opgesteld. Daarmee zijn de modellen gescoord op twaalf belangrijke eigenschappen. Daarbij keken wij zowel naar de inhoudelijke kwaliteit van het model ('draagt het model bij aan een goede werking van de Zorgnetwerken abr?') als naar de structurele kwaliteit ('werkt het model zelf goed in deze context?'). Een toelichting op de scores staat op [pagina 24](#). Inhoudelijke kwaliteit en structurele kwaliteit zijn in gelijke mate bepalend voor de eindscore. Deze eindscore is een abstractie ten behoeve van de selectie van het voorkeursmodel. Dit voorkeursmodel werken wij verder uit.

Bekostiging op basis van afzonderlijke prestaties is volgens dit toetsingskader de laagst scorende optie. Dit kan worden verklaard doordat prestatiebekostiging in grote lijnen een ander doel heeft dan de Zorgnetwerken abr. Prestatiebekostiging is er naar zijn aard op gericht om zorg op te knippen in eenheden die zo goed mogelijk aansluiten bij de 'transactie' van een zorglevering. De focus ligt dus meestal op één zorgverlener, één patiënt en één leveringsmoment. Een vooraf omschreven handeling uitvoeren betekent recht op de vooraf bepaalde vergoeding. In de Zorgnetwerken abr gaat het juist om de samenhang tussen de verschillende transacties, en samenwerking binnen de zorgketen met het oog op de landelijke en regionale doelstellingen.

De lage score betekent dat prestatiebekostiging hierna niet verder zal worden uitgewerkt. Het betekent echter niet dat het als bekostigingsvorm moet worden afgeschreven. Als er een manier wordt gevonden om de individuele transacties te richten naar de doelen van de Zorgnetwerken abr kan een deel van de huidige minpunten veranderen in voordelen. De ontwikkeling van zorgstandaarden kan zo'n manier zijn. Wij komen hierop terug bij het advies over de implementatie in [paragraaf 3.2](#). Ook de 'ingroeitaken en verantwoordelijkheden' kunnen naar verwachting op termijn wel aansluiten bij de eenheden die geformuleerd worden op basis van prestatiebekostiging. Wij staan hier later in deze paragraaf bij stil.





De bekostigingsmodellen 'subsidie' en 'beschikbaarheidsbijdrage' scoren beide positief in het toetsingskader. Daarbij valt op dat de score op de structuurkenmerken voor beide bijna gelijk is: de scores op de inhoudelijke criteria bepalen grotendeels het verschil tussen de beide totalen. Dit laat zich verklaren doordat de beschikbaarheidsbijdrage juridisch een vorm van subsidie is en dus daarmee vergelijkbare structuurkenmerken heeft. De beschikbaarheidsbijdrage is echter, anders dan de 'gewone' subsidie, toegesneden op (bepaalde vormen van) zorg. Dat geeft logischerwijs een hogere score op de inhoudelijke kenmerken.

De belangrijkste elementen waarom de beschikbaarheidsbijdrage een duidelijkere positievere score kent dan subsidie lichten wij toe.

- Een beschikbaarheidsbijdrage benadrukt het integrale aspect van de abrzorg, waarbij er tegelijk sprake is van individuele verantwoordelijkheden binnen een netwerk, en van een collectieve verantwoordelijkheid. Door deze gelden te onttrekken uit het Zvw-fonds en Wlz-fonds wordt voor de actoren ook de collectieve verantwoordelijkheid benadrukt.
- Een beschikbaarheidsbijdrage is transparanter over de besteding van de zorggelden.
- Een beschikbaarheidsbijdrage dient een specifiek doel en is onderdeel van de bekostiging van zorg. Daarvoor geldt een duidelijk verantwoordingskader, en kostenonderzoek prikkelen een kritisch oordeel over nut en noodzaak van uitgaven.
- Het is de bedoeling deze Zorgnetwerken abr structureel in te bedden in het zorglandschap en verantwoordelijkheden bij de juiste partijen te beleggen. Bekostiging via de Nederlandse Zorgautoriteit past hier beter bij dan een subsidie via VWS.

De scores verklaren waarom Zorgmarkten hierna de beschikbaarheidsbijdrage als bekostigingsmodel verder uitwerkt.







FIGUUR 9

## TOELATINGSKADER BEKOSTIGINGSMODEL

Criteria voor bekostigingsmodel		SUBSIDIE BEGROTING VWS		ONDERDEEL REGULIERE (PRESTATIE)BEKOSTIGING		BESCHIKBAARHEIDSBIJDRAGE FONDSEN	
Inhoud (max 24 punten)	Zwaarte	Score	Toelichting	Score	Toelichting	Score	Toelichting
Faciliteert de bekostiging de einddoelen van het abr-programma?	2	+ 2	Focust meer op structuur dan op zorg	+ 2	Focust op gerelateerde zorg	++ 6	Focust op abr-zorg
Zijn de activiteiten van het netwerk herkenbaar in de bekostiging?	2	+ 2	Kan gekoppeld worden aan abr-activiteiten	- 2	Indirecte financiering taken netwerk en onherkenbaar	++ 6	Gekoppeld aan abr-activiteiten en is onderdeel van de bekostiging van zorg
Stimuleert de bekostiging deelname aan het netwerk?	2	++ 6	Direct betrokkenen zien duidelijke allocatie voor het netwerk	- 2	Geld voor zorgtaken, maar niet voor meedoen netwerk	++ 6	Direct betrokkenen zien duidelijke allocatie voor het netwerk
Activeert de bekostiging uitoefening taken door actoren?	2	+ 2	Kán, mits goede toedeling aan taken	+ 2	Kán, mits voldoende specifiek	+ 2	Kán, mits goede toedeling aan taken
Structuur (max 24 punten)	Zwaarte						
Is er ruimte binnen de bekostiging voor inhoudelijke ontwikkeling?	1	+ 1	Subsidiekader staat vast, inhoudelijk criteria kunnen worden aangepast	- 1	Aanpassingen duren lang	+ 1	Aanpassingen mogelijk, maar binnen kader aanwijzing
Is de bekostiging eenvoudig uit te voeren?	1	- 1	Moet apart worden verantwoord	- 1	Monitoring ingewikkeld door fragmentatie	- 1	Moet apart worden verantwoord
Bevordert de bekostiging een juiste allocatie van beschikbare middelen?	1	+ 1	Kán, mits criteria subsidie helder	- 1	Geringe herkenbaarheid door versnippering	++ 3	Kán, mits beleidsregel NZa helder. NZa aangewezen partij zorgtarievering
Zijn de uitgaven goed controleerbaar?	1	+ 1	Goed controleerbaar op procedure, inhoud hangt af van regeling	+ 1	Controleerbaar op prestatieniveau	+ 1	Goed controleerbaar op procedure, inhoud hangt af van regeling
Bevordert de bekostiging gewenst gedrag?	1	+ 1	Koppeling aan set relevante activiteiten	+ 1	Koppeling aan uitvoeren prestaties	+ 1	Koppeling aan set relevante activiteiten
Zijn de uitgaven beheersbaar?	1	+ 1	Gebonden aan subsidieplafond, maar moet kostendekkend zijn	+ 1	Voorspelbaar, maar niet bij voorbaat gelimiteerd	+ 1	Kan gelimiteerd worden, maar moet kostendekkend zijn
Is de bekostiging solide en bestendig?	1	+ 1	Als criteria goed zijn geformuleerd	- 1	Veel transactiemomenten en over meerdere schijven	+ 1	Als criteria goed zijn geformuleerd
Kan de bekostiging regionale verschillen aan?	1	+ 1	Als criteria hierin voorzien	- 1	Prestaties in principe uniform	+ 1	Als criteria hierin voorzien
<b>Eindscore</b>		<b>18</b>		<b>-2</b>		<b>28</b>	





## Toelichting bij de scores in [figuur 9](#)

### *Faciliteert de bekostiging de einddoelen van het ABR-programma?*

Bij een beschikbaarheidsbijdrage vanuit de fondsen en bij reguliere (prestatie) bekostiging ligt de focus op de bekostiging van de zorgverlening. Een beschikbaarheidsbijdrage krijgt daarbovenop een extra + voor de goede koppeling aan de einddoelen. Die koppeling is er bij een subsidie ook, maar deze benadert abr vooral als een afgescheiden activiteit.

### *Zijn de activiteiten van het netwerk herkenbaar in de bekostiging?*

Herkenbaarheid van de taken is belangrijk voor het voorkomen van dubbele bekostiging. Reguliere (prestatie)bekostiging scoort negatief vanwege de versnippering, die ten koste gaat van de herkenbaarheid. Een subsidie is minder ingebed (en daardoor minder bekend) in het zorgveld dan een beschikbaarheidsbijdrage en scoort daarom minder positief.

### *Stimuleert de bekostiging deelname aan het netwerk?*

Met een subsidie en een beschikbaarheidsbijdrage wordt het netwerk direct gefinancierd. Het netwerk kan met die middelen actieve deelname stimuleren. In reguliere (prestatie)bekostiging krijgt iedereen geldt, ongeachte mate van activiteit. Dit verklaart de negatieve score.

### *Activeert de bekostiging uitoefening van taken door actoren?*

Uitoefening van taken door actoren kan in alle vormen van bekostiging worden geactiveerd. Bij een subsidie en een beschikbaarheidsbijdrage hangt dit samen met een goede toedeling aan taken. Bij reguliere (prestatie)bekostiging met een goede toedeling aan prestaties. Daarom zijn deze gelijk gewaardeerd.

### *Is er ruimte binnen de bekostiging voor inhoudelijke ontwikkeling?*

De doorontwikkeling van reguliere (prestatie)structuren neemt vaak jaren in beslag. Daarom hebben wij deze negatief gewaardeerd. Criteria voor subsidie of beschikbaarheidsbijdrage kunnen jaarlijks (weliswaar binnen grenzen) worden aangepast.

### *Is de bekostiging eenvoudig uit te voeren?*

De complexiteit van de uitvoering zit bij een subsidie of een beschikbaarheidsbijdrage vooral op de afzonderlijke verantwoording. Bij reguliere (prestatie) bekostiging is minder inzichtelijk waaraan het geld wordt besteed. Daarom zijn deze alle drie negatief gewaardeerd.

### *Bevordert de bekostiging een juiste allocatie van beschikbare middelen?*

Bij reguliere (prestatie)bekostiging is het opleggen van een specifieke allocatie niet goed mogelijk, vandaar de negatieve score. Bij een subsidie en een beschikbaarheidsbijdrage kan dit wel (+), waarbij de beschikbaarheidsbijdrage als extra voordeel heeft dat deze onderdeel is van het totale bekostigingsstelsel van de zorg en beter aansluit op de andere zorgbekostiging (++)

### *Zijn de uitgaven goed controleerbaar?*

De manier van controleren verschilt. Bij reguliere (prestatie)bekostiging ligt dit bij de private financiers die op prestatieniveau kunnen controleren. Bij een subsidie en een beschikbaarheidsbijdrage ligt de controlerende functie de overheid. Daarom zijn deze gelijk gewaardeerd.

### *Bevordert de bekostiging gewenst gedrag?*

Een subsidie of beschikbaarheidsbijdrage is een indirecte financiering van specifieke abr-activiteiten. Reguliere (prestatie)bekostiging is een directe financiering, maar zal in de regel geen specifieke abr-activiteiten betreffen. Daarom zijn deze gelijk gewaardeerd.

### *Zijn de uitgaven beheersbaar?*

In alle drie de bekostigingsstructuren zijn de uitgaven beheersbaar, zij het bij reguliere (prestatie)bekostiging veel indirecter. Bij een subsidie of beschikbaarheidsbijdrage moet er sprake zijn van een bepaalde kostendekkendheid. Daarom zijn deze gelijk gewaardeerd.

### *Is de bekostiging solide en bestendig?*

Reguliere (prestatie)bekostiging betekent veel transactiemomenten en verschillende schijven. Dat is minder solide dan subsidie of beschikbaarheidsbijdrage en heeft daarom een lagere score.

### *Kan de bekostiging regionale verschillen aan?*

In de reguliere (prestatie)bekostiging kan per regio gedifferentieerd worden als hier in de prestaties of tarieven ruimte is. Dit vereist wel medewerking van de zorgverzekeraars. Bij de subsidie of beschikbaarheidsbijdrage worden regionale parameters centraal bepaald. Daarom hebben wij deze laatste twee hoger gewaardeerd.





## De beschikbaarheidsbijdrage als bekostigingsmodel

De beschikbaarheidsbijdrage scoort hoog als bekostigingsmodel, maar kan alleen worden verstrekt voor Zvw- en Wlz-zorg, als aan de wettelijke voorwaarden is voldaan. De belangrijkste voorwaarden zijn:

1. Het gaat om een vorm van Zvw- of Wlz-zorg die de overheid beschikbaar wil houden en die staat vermeld in het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG. Op dit moment geldt dat bijvoorbeeld voor bepaalde vormen van traumazorg en medische vervolgopleidingen.
2. Het gaat om een vorm van zorg "(a) waarvan de kosten niet of niet geheel zijn toe te rekenen naar, of door middel van tarieven in de zin van deze wet in rekening te brengen zijn aan, individuele ziektekostenverzekeraars of verzekerden, of; (b) waarvan de bekostiging bij een zodanige toerekening dan wel een zodanige tarifiering marktverstoring zou werken, en (c) die niet op andere wijze worden bekostigd".

Wij menen dat aan deze voorwaarden kan worden voldaan, als het gaat om bekostiging van taken van de Zorgnetwerken abr. Wij lichten dat als volgt toe.

*Eerste voorwaarde: Zorgnetwerken abr zijn noodzakelijk om Zvw- en Wlz- zorg beschikbaar te houden.*

Als effectieve behandeling van infecties niet meer mogelijk is, heeft dat gevolgen voor veel geneeskundige behandelingen en voor de langdurige zorg, in het bijzonder die aan risicogroepen zoals ouderen. Zonder effectieve behandeling van infecties worden zoals gezegd eenvoudige aandoeningen levensbedreigend, en zou geen goede zorg meer kunnen worden geboden. Zowel de behandeling van infecties zelf, als de geneeskundige en langdurige zorg waarbij infectiegevaar bestaat, zijn zorg in de zin van de Zvw en de Wlz.

De Zorgnetwerken abr zijn een van de middelen die nodig zijn om de beschikbaarheid van deze zorg te kunnen waarborgen. In haar brief '[aanpak antibioticaresistentie](#)' van 24 juni 2015 (kenmerk 767152-136545-PG) schrijft minister Schippers: "Zorgaanbieders en zorginstellingen, zoals ziekenhuizen, verpleeghuizen, GGD'en, revalidatieklinieken, huisartsen en thuiszorg zullen als één geheel in een netwerkverband moeten samenwerken. Duidelijk moet zijn wie waarvoor verantwoordelijk is. Alleen op deze manier is het mogelijk de verspreiding van infectieziekten en antibioticaresistentie op een effectieve manier te bestrijden".

Wij stellen daarom dat de kosten van de Zorgnetwerken abr kunnen worden toegerekend aan de genoemde zorg; de geneeskundige en langdurige zorg volgens Zvw en Wlz in het algemeen, en de behandeling van infecties in het bijzonder. Het Besluit beschikbaarheidsbijdrage Wmg hanteert een vergelijkbare redenering als het gaat om opleidingen: medische vervolgopleidingen zijn een noodzakelijk middel om Zvw- en Wlz-zorg beschikbaar te hebben en komen daarom in aanmerking om te worden bekostigd via een beschikbaarheidsbijdrage.

*Tweede voorwaarde: toerekening van kosten naar individuele verzekerde niet mogelijk of leidt tot marktverstoring.*

Op dit moment is het volgens ons niet mogelijk om de twaalf structurele taken van de zorgnetwerken abr of de ingroeitaken van de actoren ten behoeve van de Zorgnetwerken abr (zie [figuur 6](#)) toe te rekenen naar individuele verzekerden en langs die weg bij de zorgverzekeraars of zorg-kantoren in rekening te brengen. Er is in veel gevallen geen 1-op-1 relatie tussen activiteiten van de actoren en patiënten. Activiteiten die nu in de een regio worden opgezet, strekken misschien pas veel later tot voordeel van een patiënt in een andere regio. Waar een dergelijke relatie wel zou kunnen worden gevonden, is het aannemelijk dat de kosten op dit moment nog onvoldoende inzichtelijk en stabiel zijn om te kunnen toerekenen zonder dat dit tot marktverstoring leidt. De hoogte van de kosten zal in de beginjaren sterk afhankelijk zijn van de regionale situatie en ook – bijvoorbeeld door aanloopkosten – in de tijd sterk variëren.

Wij gaan er, zoals eerder beschreven, van uit dat in ieder geval de ingroei-taken van de actoren ten behoeve van de Zorgnetwerken abr op termijn wel grotendeels via het tarief van de zorgprestatie in rekening worden gebracht bij de patiënt of diens verzekeraar. Voor de prestaties met een gereguleerd tarief loopt dit via de kostprijsberekening. Het vaststellen van zorg-standaarden kan hierbij een stimulans zijn. Op de zorgstandaard komen wij terug in [paragraaf 3.2](#).





De wet vereist ook dat de zorgaanbieder die de beschikbaarheidsbijdrage in rekening brengt is belast met een dienst van algemeen (economisch) belang, dat duidelijk is op basis van welke parameters de hoogte van de bijdrage wordt berekend en dat de compensatie niet hoger is dan wat de zorg werkelijk heeft gekost. Wij laten deze voorwaarden hier buiten beschouwing. Ze zijn (anders dan de drie voorwaarden) niet bepalend voor de vraag of de beschikbaarheidsbijdrage als bekostigingsvorm is toegestaan. Wel biedt dit advies in paragraaf 3.3 handvatten om de bedoelde parameters vast te stellen. Op termijn zal een kostenonderzoek van de NZa naar de werkelijke gemaakte kosten de hoogte van de bijdrage verder moeten onderbouwen. Tot dat moment zou de beschikbaarheidsbijdrage in gelijke mate ten laste van het de beiden fondsen (Zvw en Wlz) gebracht kunnen worden.

In de eindsituatie zijn de 'ingroeitaken' onderdeel geworden van de voor de betreffende actor geldende financieringssystematiek. Dat zal in de meeste gevallen prestatiebekostiging zijn.

In de eindsituatie hebben de actoren echter ook te maken met de structurele netwerktaken. Uit het functieprofiel en de visie van de minister volgt immers dat het niet de bedoeling dat de netwerken 'instituten' worden. Ook de structurele netwerktaken zullen dus grotendeels door de samenwerkende actoren moeten worden uitgevoerd. Dit betekent niet dat wij in dit model uitgaan van een beschikbaarheidsbijdrage voor elke afzonderlijke actor. Dit zou zich niet verhouden tot het uitgangspunt van centrale coördinatie, en is administratief nauwelijks uitvoerbaar. Het meest voor de hand ligt om voor de toedeling aan te sluiten bij de systematiek die ook in de acute zorgnetwerken wordt gehanteerd. Dat is een beproefde systematiek die bovendien grotendeels dezelfde regio-indeling kent als de zorgnetwerken abr. In die systematiek geldt één zorgaanbieder (een ziekenhuis) als verantwoordelijke voor aanvraag, verdeling en verantwoording van de beschikbaarheidsbijdrage. Deze verantwoordelijkheid zal in de praktijk grotendeels worden ingevuld door 'het netwerk'. Wij raden aan te onderzoeken of deze rol (en in het verlengde daarvan, een constructieve samenwerking in netwerkverband) kan worden versterkt door haar via de Wtzi te formaliseren (zie kader).

### Conclusie

Voor de financiering van de Zorgnetwerken abr is de beschikbaarheidsbijdrage via één ziekenhuis per regio het meest voor de hand liggende bekostigingsmodel. Dat geldt voor de structurele taken van de abr zorgnetwerken én (zolang nodig) voor de 'ingroeitaken' van de actoren in die netwerken. In het volgende hoofdstuk werken wij uit hoe het traject naar de invoering van deze manier van bekostiging eruit kan zien.

### Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi)

Zorginstellingen die Zvw- of Wlz-zorg willen aanbieden moeten aan voorwaarden voldoen. De WTZi regelt welke voorwaarden dat zijn. Alleen instellingen die aan de voorwaarden voldoen, krijgen een 'toelating'. Dit regime geldt ook voor een aantal van de actoren, met name ziekenhuizen en Wlz-instellingen.

Volgens de WTZi maakt de minister periodiek zijn visie op een kwalitatief goed zorgstelsel bekend. Daarbij beschrijft hij ook hoe de bereikbaarheid wordt gewaarborgd van acute zorg, de daarmee verbonden basiszorg en van overige zorg waarvoor bereikbaarheid belangrijk is. Deze visie moet zich vertalen in beleidsregels die worden gehanteerd bij de toelating van zorginstellingen, en als onderdeel daarvan, de spreiding van de zorg die bereikbaar moet zijn.

Volgens de nu geldende beleidsregels vormt het deel van het beleid dat betrekking heeft op de acute zorgketen automatisch een voorschrift (verplichting) voor de instellingen die worden toegelaten. Dat betekent dat instellingen moeten handelen in lijn met het beleid, omdat anders hun toelating kan vervallen.

Met betrekking tot de acute zorgketen geldt langs deze weg voor de toegelaten basisziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen, academische ziekenhuizen, crisisfuncties in Ggz-instellingen, regionale ambulancevoorzieningen en huisartsenposten dat zij op een constructieve manier moeten deelnemen aan het op initiatief van het traumacentrum georganiseerde regionale overleg acute zorgketen, en de in dat overleg gemaakte afspraken moeten nakomen.

Wij zien hier een parallel met de Zorgnetwerken abr: het gaat in beide gevallen om het niet-vrijblijvend samenwerken om zorg beschikbaar te houden. Zorgmarkten adviseert daarom te onderzoeken of deelname aan de Zorgnetwerken abr ook langs deze weg kan worden voorgeschreven. Bijkomend voordeel van een dergelijke constructie is dat deelname daarmee onderdeel zou worden van het toezicht van de IGJ. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat het toelatingsregime zal wijzigen als de Wet toetreding zorgaanbieders die bij de Tweede Kamer in behandeling is in werking treedt.





## 3.2 Advies implementatie

De overgang naar bekostiging van Zorgnetwerken abr door een beschikbaarheidsbijdrage betekent meer dan 'een druk op de knop' in mei 2019. De implementatie vraagt om een gecoördineerde inspanning van verschillende partijen en op verschillende terreinen. Die bespreken wij in deze paragraaf. [Figuur 10](#) laat zien welk tijdpad hieruit volgt.

### Processtappen

Bekostiging door een beschikbaarheidsbijdrage vereist aanpassing van de lijst met zorgvormen in bijlage B van het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG. Hiervoor is een wijziging van de Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) nodig. Daarnaast zal de minister een aanwijzing aan de NZa moeten geven, die eerst bij de Staten-Generaal moet worden voorgehangen. Het is gebruikelijk dat de NZa voordat de aanwijzing wordt gegeven, op verzoek van de minister de uitvoerbaarheid toetst. Als deze stappen zijn afgerond, kan de NZa een beleidsregel vaststellen waarin de toekenningscriteria inhoudelijk zijn uitgewerkt. Als laatste stap dienen de netwerken dan hun onderbouwde aanvragen in bij de NZa.

Zoals [figuur 10](#) laat zien zal de nieuwe bekostiging dan van kracht kunnen zijn op 1 januari 2020. Dat betekent dat de huidige subsidieregeling met 8 maanden verlengd moet worden voor de periode van 1 mei 2019 tot en met 31 december 2019.

### Ontwikkelen Zorgstandaard abr

Een zorgstandaard geeft (evidence-based) richtlijnen voor de inhoud van de zorg en/of het proces van zorgverlening, en beschrijft wat in een bepaalde situatie van de actor verwacht mag worden. Ook geeft het patiënten/cliënten inzicht in de zorgverlening die zij kunnen verwachten. Het is aan te bevelen een dergelijke standaard ook te ontwikkelen voor de abr-zorg. Zorgstandaarden kunnen ervoor zorgen dat abr-taken nog beter ingebed worden als onderdeel van de gebruikelijke goede zorg. Ook helpt dit in het proces om de ingroeitaken gaandeweg in de gebruikelijke (prestatie)bekostiging op te nemen. Het proces om te komen tot een Zorgstandaard moet mogelijk worden aangejaagd, en vraagt betrokkenheid van het ZiNL.

### Instroom van ingroeitaken in reguliere bekostiging

Als abr-taken onderdeel worden van gebruikelijke goede zorg, moeten de kosten van de taken worden meegenomen bij de berekening van tarieven die gereguleerd zijn. Het verschilt per taak wanneer dat aan de orde zal zijn. En het verschilt per zorgsoort op welk moment het tarief opnieuw wordt gezien. Dit betekent dat vooraf moeilijk is vast te stellen wanneer de tijdelijke tegemoetkoming kan vervallen. Mogelijk kan de uitstroom van deze tegemoetkoming versneld worden door aan de NZa een opdracht te geven om het onderwerp standaard in kostprijsberekeningen te betrekken.

### Onderzoek naar hoogte beschikbaarheidsbijdrage

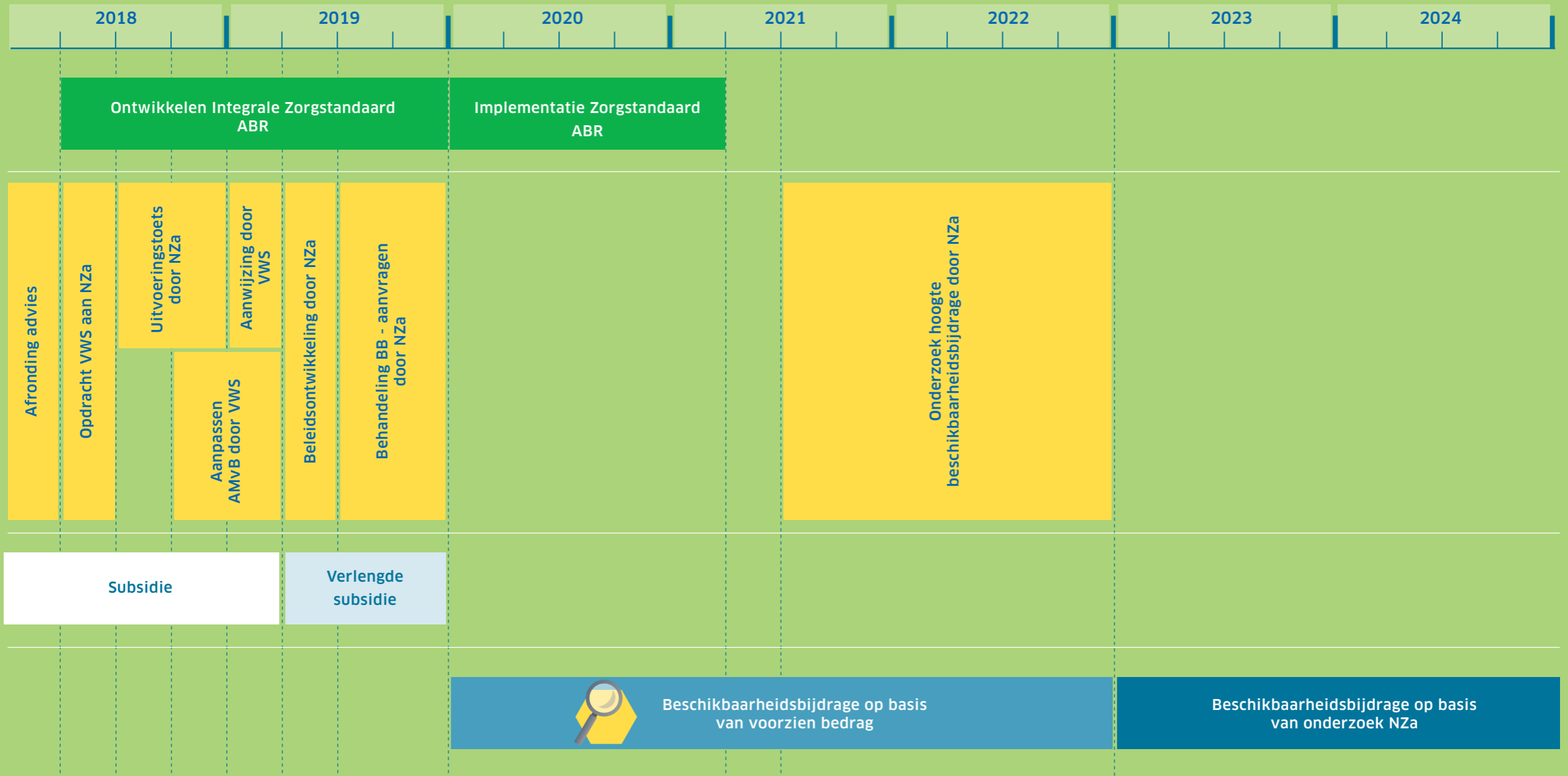
Om overcompensatie te voorkomen moet de NZa periodiek onderzoek doen naar de werkelijke hoogte van de kosten die vergoed worden via een beschikbaarheidsbijdrage. Dit geldt ook voor een beschikbaarheidsbijdrage voor de Zorgnetwerken abr. In dit onderzoek kan de regionale spreiding van de bijdrage worden onderzocht en kan bepaald worden of een verdere afstemming op eventuele regionale variatie (zoals aantal inwoners of aantal actoren) nodig is.





FIGUUR 10

## PLANNING



### 3.3 Advies toedeling bedragen

Voor het advies over de hoogte van het bedrag is gebruik gemaakt van de oorspronkelijke berekening van het ministerie van VWS en het eindrapport van de 'Werkgroep bekostiging antibioticaresistentie'.

De berekening van VWS is gebruikt in een top-down bepaling van het bedrag. En de uitwerking van de 'Werkgroep bekostiging antibioticaresistentie' voor een bottom-up benadering.

Als eerste bespreken wij de hoogte van het bedrag voor de netwerken. Daarna gaan wij in op de bekostiging van centrale activiteiten en de mogelijke rol daarbij van het RIVM.

#### Oorspronkelijke berekening VWS

Het in de begroting opgenomen bedrag van € 15,6 miljoen is destijds door het ministerie als volgt opgebouwd:

- € 6,5 mln. voor de professionals in de netwerken en alle bijbehorende ondersteuning
- € 4,5 mln. voor de inzet van diagnostische testen bij uitbraken of preventieve activiteiten inclusief de typeringen
- € 4,5 mln. voor de kosten van de prevalentiescreenings, om in alle zorginstellingen met een steekproef uit de eerste lijn, proactief en uniform de situatie te meten (jaarlijks ongeveer 9000 monsters inclusief typeringen bij aanwijzingen van horizontale verspreiding).
- € 100.000 voor een centrale modelleur voor de analyse van de netwerken.

De netwerktaken van de Zorgnetwerken abr betreffen in het bijzonder de inzet van professionals in de netwerken en alle bijbehorende ondersteuning. Dit deel van het bedrag (€ 6,5 mln) kan als richtinggevend worden beschouwd. Daarbij hebben wij als uitgangspunt genomen dat voor een substantiële inzet van diagnostische testen bij uitbraken of preventieve activiteiten een landelijke regie het meest effectief zal zijn.

Datzelfde geldt voor de kosten van prevalentiescreeningen. Zoals eerder aangegeven doet het RIVM in 2018 een groot onderzoek naar dragerschap van resistente bacteriën. Mochten deze PPO's tot de standaard gaan behoren dan zal dit extra taken meebrengen voor bepaalde actoren (bijvoorbeeld de Wlz-instellingen). Omdat er echter nog geen sprake is van een standaard wat betreft deze metingen zal een dergelijk bedrag niet op voorhand onder de Zorgnetwerken abr moeten worden verdeeld. Wanneer hier bedragen voor worden gereserveerd zou deze (in eerste instantie) door de centrale regisseur moeten worden beheerd.

#### Berekende basisbedrag

De Werkgroep bekostiging antibioticaresistentie heeft eind 2016 een eindrapport opgeleverd ten behoeve van de pilotfase van de Zorgnetwerken abr. In dit rapport wordt gesproken over een basisbedrag. Het basisbedrag voor alle zorgnetwerken is bedoeld voor de opzet van de regionale teams die de basistaken verrichten zoals geformuleerd in het Functieprofiel. Daarnaast kunnen de netwerken ook aanvullende financiering aanvragen.

De opbouw van het basisbedrag is in het betreffende rapport uitgewerkt en betreft de volgende taken (citaat):

1. Een professional coördineert A) de detectie van BRMO, de communicatie en de rapportage daarover, B) De afstemming van de bestrijdingsmaatregelen tussen de diverse zorginstellingen en de zorgverleners en C) De bewaking van een effectieve bestrijding van uitbraken in zorginstellingen (bv Arts-microbioloog).
2. Een professional faciliteert een goede implementatie van regionale infectiepreventiemaatregelen in zorginstellingen (bv. Deskundige Infectiepreventie).
3. Een professional faciliteert de implementatie van regionaal antimicrobial stewardship (AS) in zorginstellingen en bij huisartsen (bv. Internist-infectioloog).
4. Een professional met expertise op het gebied van ouderengeneeskunde (bv. Specialist ouderengeneeskunde).
5. Een professional met kennis op het gebied van huisartsgeneeskunde en die de verbinding met huisartsen tot stand brengt (huisarts).
6. Een professional stemt het ABR-bestrijdingsbeleid in de diverse zorgdomeinen af met de openbare gezondheidszorg (b.v. Arts-MG).
7. Een professional met voldoende epidemiologische en datamanagement kennis en ervaring om de gegevens te kunnen duiden.



## Kosten Regionaal Coördinatieteam

Voor een goede coördinatie en ondersteuning van de Zorgnetwerken abr is er een Regionaal Coördinatieteam (verder: RCT). Dit RCT bestaat uit de volgende functionarissen:

- Netwerkcoördinator
- Data-analist
- Administratieve ondersteuning

Voor het basisbedrag in de pilotperiode was door de eerdere 'Werkgroep bekostiging antibioticaresistentie' uitgegaan van 0,6 fte voor de kwartiermaker en 0,2 fte voor de data-analist. Zorgmarkten adviseert, gezien de taken en verantwoordelijkheden, om voor de periode van de beschikbaarheidsbijdrage (2020-2022) voor de netwerkcoördinator uit te gaan van 0,8 fte, voor de data-analist van 0,5 fte en voor de administratieve ondersteuning van 0,6 fte. Verder zijn er kosten ingecalculeerd voor werkplekken en huisvesting. Ook is er een post overige bureaunkosten voor bijvoorbeeld vergaderkosten en accountantskosten.

De RCT-kosten zouden dan uitkomen op een bedrag van € 252.607 per jaar per netwerk.

## Kosten functionarissen

In de berekening van het basisbedrag is in een eerdere fase door de Werkgroep bekostiging antibioticaresistentie uitgegaan van een inzet van 0,2 fte voor de volgende functionarissen:

- Arts Microbioloog
- Deskundige infectiepreventie
- Internist-Infectioloog
- Specialist Ouderengeneeskunde
- Huisarts
- Arts MG

Zorgmarkten adviseert, gezien de taken en verantwoordelijkheden, om voor de periode van de beschikbaarheidsbijdrage (2020-2022) uit te gaan van 0,4 fte voor deze functionarissen. Ook wordt een bedrag geadviseerd voor projectgelden en faciliteiten om ruimte te geven aan deze professionals voor regionale inhoudelijke projecten (€ 100.000). De netwerkkosten zouden dan uitkomen op een bedrag van € 457.016 per jaar per netwerk.

## Ingroeikosten actoren

Voor de in [paragraaf 2.2](#) beschreven ingroei taken en verantwoordelijkheden wordt per netwerk een tegemoetkoming voorgesteld van € 150.000 voor de periode 2020-2022. Deze tegemoetkoming kan worden afgebouwd als de kosten voor ingroeitaken onderdeel zijn geworden van reguliere (prestatie)bekostiging.

Gezien de regionale verschillen zou aan de regio's kunnen worden toegestaan om de voor RCT, functionarissen en ingroeikosten genoemde bedragen in de eerste jaren anders te verdelen over deze posten.

## Centrale activiteiten

Een aantal activiteiten zijn in deze analyse niet toebedeeld aan de Zorgnetwerken abr. Dit zijn de prevalentie metingen en eventuele grootschalige inzet van diagnostische tests. Ook zal er sprake zijn van landelijke coördinatie op inhoudelijk vlak. Deze inhoudelijke sturing raakt sterk aan de wettelijke taken van het RIVM.

Het ligt voor de hand om ook de vergoedingen die hiermee te maken hebben via het RIVM te laten verlopen. Dit geldt voor de incidentele middelen die ingezet worden voor (grootschalige of projectmatige) prevalentie metingen en diagnostische test.

Zorgmarkten adviseert niet over de hoogte van deze bedragen. Mogelijk worden aangesloten bij de eerdere berekening van VWS ([zie kader oorspronkelijke berekening VWS](#)).







FIGUUR 11

## TOEDELING BEDRAGEN


**Regionaal Coördinatieteam**

Functie	Fte	Indicatief jaarsalaris	
Netwerkcoördinator	0,8	€ 75.816	€ 60.653
Data-analist	0,5	€ 75.816	€ 37.908
Administratieve ondersteuning	0,6	€ 35.100	€ 21.060
Inschatting sociale lasten (30%)			€ 35.886
<b>Totaal</b>	<b>1,9</b>	<b>€ 155.507</b>	

Werkplekbeheer (€ 9000 per fte)	€ 17.100
Huisvesting	€ 40.000
Overige bureaunkosten	€ 40.000
<b>Kosten Regionaal Coördinatieteam</b>	<b>€ 252.607</b>

**Netwerk**

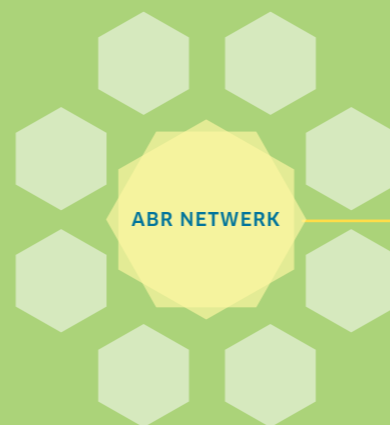
Functie	Fte	Indicatief bruto jaarsalaris	
Arts Microbioloog	0,4	€ 156.715	€ 62.686
Deskundige infectiepreventie	0,4	€ 63.180	€ 25.727
Internist-Infectioloog	0,4	€ 156.715	€ 62.686
Specialist Ouderengeneeskunde	0,4	€ 123.229	€ 49.292
Huisarts	0,4	€ 108.108	€ 43.243
Arts MG	0,4	€ 78.624	€ 31.450
Inschatting sociale lasten (30%)			€ 82.388
<b>Totaal</b>	<b>2,4</b>	<b>€ 357.016</b>	

Projectgelden en faciliteiten	€ 100.000
-------------------------------	-----------

<b>Kosten netwerk</b>	<b>€ 457.016</b>
-----------------------	------------------

<b>Tijdelijke tegemoetkoming ingroei taken en verantwoordelijkheden</b>	<b>€ 150.000</b>
---	------------------

<b>Totaal</b>	<b>€ 859.624</b>
---------------	------------------


**Taken en verantwoordelijkheden zorgnetwerken abr**

- 1 Actoren in beeld en activeren
- 2 Stimuleren deelname landelijke surveillance
- 3 Transmurale werkafspraken informatiedeling (dragerschap, resistentie)
- 4 Landelijk beschikbaar stellen regionale informatie (dragerschap, resistentie)
- 5 Overbrengen informatie van landelijk naar lokaal niveau
- 6 Lokale communicatie tussen zorgdomeinen over resistentie en uitbraak
- 7 Opstellen regionaal risicoprofiel en beheersplan
- 8 Verzorgen, stimuleren en ondersteunen kennisdeling en deskundigheidsbevordering
- 9 Opstellen plan en formats uniforme audits infectiepreventie
- 10 Preventiemaatregelen in kaart brengen en waarderen
- 11 Onderlinge bijstand en advies bestrijdingsmaatregelen
- 12 Cyclisch verbeteren bewustwording en uitvoering rationeel voorschrijven

**Ingroei taken en verantwoordelijkheden actoren**

- a Uniformeren metingen en informatie-aanleveringen
- b Delen van aanpak infectiepreventie met netwerk
- c Delen van informatie met actoren netwerk (dragerschap, resistentie)
- d Uitvoering geven aan transmurale werkafspraken
- e Bij- en nascholingen intensiveren en toegankelijk maken voor netwerk
- f Het uitvoeren van audits op kwaliteit intramurale infectiepreventie





### 3.4 Tot slot

In de periode waarin dit advies werd opgesteld zijn de Zorgnetwerken abr al gestart met de uitvoering van de taken en het invulling geven aan de verantwoordelijkheden. Er zijn kwartiermakers aangesteld die hiervoor een plan opstellen en die de betrokken actoren verbinden aan de Zorgnetwerken abr. Omdat de zorgnetwerken zich nog in de startfase bevinden en nog volop in ontwikkeling zijn, wordt benadrukt dat een periodieke evaluatie, ook van de financiering van de netwerken, is aan te bevelen.

De Zorgnetwerken abr hebben echter ook behoefte aan duidelijkheid over de bekostigingsstructuur en hun verwachte financiële positie voor de komende jaren. Zorgmarkten pleit er dan ook nadrukkelijk voor om zorgvuldig, maar niet vertraagd, de stap te zetten naar een structurele bekostiging. Daarmee wordt niet alleen de legitimatie van de zorgnetwerken nogmaals onderstreept; het kan ook een belangrijke functie en uitstraling hebben in het kader van de inbedding in het zorglandschap.

Bij het opstellen van dit advies is een duidelijk voorkeursmodel gedefinieerd. Mocht VWS echter overwegingen hebben om van een beschikbaarheidsbijdrage af te zien dan zou, gezien de waardering in dit rapport, het voortzetten van de subsidie op basis van de begroting van VWS het meest voor de hand liggen.





# Bijlagen

Bijlage 1 - Lijst gesprekspartners  
Bijlage 2 - Lijst met afkortingen





## Bijlage 1 - Lijst gesprekspartners

Tijdens dit adviestraject hebben wij via interviews en bijeenkomsten informatie ingewonnen bij de op deze lijst genoemde personen. Deze informatie hebben wij betrokken bij ons advies. De organisaties zijn niet formeel geconsulteerd.

Frederieke Bakker, Nederlandse Zorgautoriteit  
Andre van den Berg, Ministerie van VWS  
Karin van den Berg, Gelders Antibioticaresistentie & Infectiepreventie Netwerk  
Roland Beukers, Ministerie van VWS  
Lisanne de Boer, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
Jet Bommel, Ministerie van VWS  
Gerda van 't Bosch, Ministerie van VWS  
Peter Coolen, Ministerie van VWS  
Ilse Damink, Ministerie van VWS  
Silke David, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu  
Katinka van Delft, Landelijk Netwerk Acute Zorg  
Ivo Demandt, Ministerie van VWS  
Sophie van Dierendonck, Ministerie van VWS  
Marleen Dijkman, Zorgnetwerk ABR Utrecht  
Yvonne van Duijnhoven, GGD Amsterdam  
Alexander Friedrich, UMC Groningen  
Sjaak de Gouw, GGD Hollands Midden  
Thera Habben Jansen, Zorgnetwerken ABR Noord-Brabant en Limburg  
Marijke van der Heijden, Ministerie van VWS  
Lisette ter Host - de Jong, Ministerie van VWS

Annet Hunderman, Zorgnetwerk ABR Noord Nederland  
Hans Hutten, Zorgnetwerk Euregio-Zwolle  
Jan Kluijtmans, Amphia Ziekenhuis  
Marjo Knapen, Gelders Antibioticaresistentie & Infectiepreventie Netwerk  
Marcel de Kort, Ministerie van VWS  
Ernst Kuipers, Erasmus MC / Landelijk Netwerk Acute Zorg  
Eric de Laat, Nederlandse Zorgautoriteit  
Merel Langelaar, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
Chantal Laurent, GGD GHOR  
Mariken van der Lubben, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu  
Arnold van Maurik, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu  
Ad Olijhoek, Zorgnetwerk ABR Noord-Holland Flevoland  
Arold Reusken, Landelijk Netwerk Acute Zorg  
Anne Roos, Ministerie van VWS  
Anja Schreijer, GGD GHOR  
Edwin Stuivenwold, Nederlandse Zorgautoriteit  
Olof Suttorp, Amphia Ziekenhuis / Zorgnetwerk Noord-Brabant  
Coen Veld, Ministerie van VWS  
Esther Veldhuis, Ministerie van VWS  
Hans Venderbos, Ministerie van VWS  
Corriene Vijver - van de Pas, Ministerie van VWS  
Janet Vos, Zorgnetwerk ABR Zuid-West Nederland  
Stephanie Wiessenhaan, Ministerie van VWS  
Nicolette van der Zouwen, Zorgnetwerk ABR Holland West





## Bijlage 2 - Lijst met afkortingen

In dit rapport zijn de hierna vermelde afkortingen gebruikt.

<b>abr</b>	antibioticaresistentie
<b>AMvB</b>	Algemene Maatregel van Bestuur
<b>BRMO</b>	Bijzonder Resistente Micro-organismen
<b>CPE</b>	Carbapenemase Producerende Enterobacteriën
<b>GGD</b>	gemeentelijke gezondheidsdienst
<b>IGJ</b>	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
<b>RIVM</b>	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
<b>MRSA</b>	Meticilline-resistente Staphylococcus aureus
<b>NZa</b>	Nederlandse Zorgautoriteit
<b>PPO</b>	Puntprevalentie onderzoek
<b>RCT</b>	Regionaal Coördinatieteam
<b>VWS</b>	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
<b>Wlz</b>	Wet langdurige zorg
<b>Wmg</b>	Wet marktordening gezondheidszorg
<b>Wmo</b>	Wet maatschappelijke ondersteuning 2015
<b>Wpg</b>	Wet publieke gezondheid
<b>WTZi</b>	Wet Toelating Zorginstellingen
<b>ZiNL</b>	Zorginstituut Nederland
<b>Zvw</b>	Zorgverzekeringswet





## Zorgmarkten

Zorgmarkten is een bureau voor consultancy en interim-management op het gebied van organisatie, regulering en financiering van de zorg. Zorgmarkten heeft ruime ervaring met de uitvoering van complexe onderzoeken en het maken van adviezen op financieel-economisch en op organisatorisch vlak. Ook weet Zorgmarkten op efficiënte wijze en met passie en een gezonde dosis ambitie complexe projecten en programma's tot het gewenste resultaat te brengen. Dit advies is opgesteld door Cornelis Jan Diepeveen en Fred Landwaart.

Website: [www.zorgmarkten.nl](http://www.zorgmarkten.nl)

E-mail: [info@zorgmarkten.nl](mailto:info@zorgmarkten.nl)

