



Monitor umc's 2021

Basiszorg in umc's en inzet op de maatschappelijke opgaven



10 maart 2022

Inhoudsopgave

Aanleiding	3
Passende zorg; basiszorg op de juiste plek	3
Kernboodschap en aanbevelingen	4
A. Basiszorg in umc's	4
B. Maatschappelijke opgaven	5
Maatschappelijke opgave 1: Umc's zijn de krachtige motor van kennis, onderzoek en innovatie	6
Maatschappelijke opgave 2: Umc's dragen zorg voor beschikbare en toegankelijke zorg in de regio	6
Maatschappelijke opgave 3: Umc's zijn aanjager van netwerkvorming in de regio	6
Maatschappelijke opgave 4: Umc's coördineren en regisseren de acute zorgketen in de regio	7
Maatschappelijke opgave 7: Umc's maken goede afspraken met farmaceuten over dure geneesmiddelen	8
1 Basiszorg in umc's	9
1.1 Methodiek: ROBIJN-systematiek	9
1.2 Macroniveau: Indeling van patiënten en omzet	9
1.3 Duiding van umc's op individuele factsheets	14
1.4 Kansen voor verplaatsing basiszorg	14
1.5 Opvolging van aanbevelingen monitor vorig jaar	14
1.6 Behoeft aan verdiepend inzicht in basiszorg in umc's	16
2 Maatschappelijke opgaven umc's	17
2.1 Maatschappelijke opgave 1: Complexe zorg, kennis en expertise	17
2.2 Maatschappelijke opgave 2: Beschikbare en toegankelijke zorg in de regio	19
2.3 Maatschappelijke opgave 3: Netwerkvorming en samenwerking	20
2.4 Maatschappelijke opgave 4: Coördinatie van acute zorgketen	23
2.5 Maatschappelijke opgave 7: Dure geneesmiddelen	24

Aanleiding

Passende zorg; basiszorg op de juiste plek

Passende zorg is zorg die van waarde is voor de gezondheid en het functioneren van het individu, tegen een redelijke prijs. We definiëren passende zorg als: gepast gebruik én passende organisatie van zorg. In het [advies samenwerken aan passende zorg](#) beschrijven we de principes voor passende zorg; passende zorg is waardegedreven, komt samen met- en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand en gaat over gezondheid in plaats van ziekte. Het vierde principe van passende zorg is de juiste zorg op de juiste plek. Wanneer umc's zich met name richten op het uitvoeren van de hoogcomplexe zorg kunnen andere ziekenhuizen zich richten op zogenoemde basiszorg. Dit draagt bij aan de toegankelijkheid van zorg in de regio. Ook sluit dit aan bij de ambitie van het coalitieakkoord 2021-2025, hierin staat beschreven; *'zorg die vaak voorkomt en niet complex is, is voor iedereen dichtbij beschikbaar, terwijl complexe zorg die weinig voorkomt gespecialiseerd is'*.

In deze monitor kijken we naar twee aspecten;

A. Basiszorg in umc's

Op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) monitoren wij de mate van basiszorg in umc's en concrete kansen voor het verplaatsen van basiszorg uit umc's. Om inzicht te krijgen in de mate van hoogcomplexe zorg maken we gebruik van de ROBIJN-systematiek. Deze meting is een vervolg op de [monitor basiszorg umc's van vorig jaar](#). Hiermee geven we invulling aan de opdracht van VWS naar aanleiding van de [motie van den Berg](#).

B. Maatschappelijke opgaven van umc's

De beweging naar passende zorg is een gezamenlijke opdracht aan alle partijen, waarbij ieder zijn eigen rol heeft in het zorglandschap. Kijkend naar de rol van umc's is deze beschreven in de [maatschappelijke opgaven voor umc's](#). Hierin beschrijft de minister dat er een proactieve inzet van umc's op de maatschappelijke opgaven wordt verwacht, met als uitgangspunt; *meer zorg op maat, dichtbij als het kan, verder weg als het moet, en waar het kan in netwerken*. In deze monitor kijken wij hoe umc's invulling geven aan deze maatschappelijke opgaven. Dit om een beeld te krijgen bij de voortgang en mogelijke kansen en uitdagingen.

Deze monitor heeft betrekking op (basis)zorg en de rol van umc's, maar zal in het licht van passende zorg uiteindelijk deel gaan uitmaken van een integrale visie op de medisch specialistische zorg. Op basis van de resultaten en bevindingen doen wij 9 aanbevelingen.

Kernboodschap en aanbevelingen

A. Basiszorg in umc's

De huidige analyses van de verdeling van topreferente en niet-topreferente zorg in umc's laten eenzelfde beeld zien als beschreven in de voorgaande monitor basiszorg umc's uit 2020. Het grootste gedeelte van zorg in umc's betreft topreferente zorg. Minder dan 45% van de patiënten in umc's heeft een niet-topreferente zorgvraag in 2019. Dit komt overeen met ongeveer 20% van de totaalomzet van umc's. Voor deze analyses is de ROBIJN-systematiek gebruikt, dit is de beste wijze om onderscheid te maken tussen topreferente en niet-topreferente zorg. De uitkomsten middels deze systematiek geven geen volledig beeld, maar een goede indicatie over de omvang en trend in topreferente zorg in umc's. Over de jaren heen zien we een dalende trend van niet-topreferente zorg in umc's, voor zowel omzet als patiëntenaantallen. Wij moedigen umc's aan om nog meer te bewegen naar een focus op hoogcomplexere zorg. Deze beweging sluit aan bij passende zorg en wordt ook beoogd met het coalitieakkoord 2021-2025.

De umc's geven aan dat het verplaatsen van (basis)zorg voor hen een continu proces is. Zij zien hiervoor met name nog kansen op het vlak van oncologische zorg in verband met het voldoen aan volume- en kwaliteitsnormen. Daarnaast zien zij ook kansen voor het verder concentreren van (complexe) ingrepen. De niet-topreferente zorg in umc's betreft –in lijn met de analyse uit de vorige monitor- voornamelijk oncologische zorg, diabeteszorg, zorg bij artrose en artritis, korte consulten en seh-zorg. In de monitor van 2020 zijn op deze thema's conclusies getrokken, waarbij wij partijen met name hebben aanbevolen om afspraken te maken over verplaatsen van zorg, verwijzingen, op- en afschalen van zorg en patiëntstromen. Deze aanbevelingen zijn het afgelopen jaar ook besproken in structurele overleggen tussen de NZa en veldpartijen. Aanvullend hierop heeft NZa recent de werkgroep monitor umc's geformeerd met NFU, NVZ, ZKN, FMS en ZN om de aanbevelingen van deze monitor verder te brengen.

We vinden het belangrijk om de aanbevelingen van vorig jaar verder te concretiseren, zodat er meer handvatten zijn voor de partijen om hier in de regio mee aan de slag te gaan. We vragen alle betrokken partijen kritisch te blijven kijken naar deze basiszorg en te leren van elkaar; In welke mate moet de zorg echt noodzakelijk in een umc worden geleverd en op welke manier kan deze anders/elders worden georganiseerd?

Aanbeveling 1: verdere opvolging van aanbevelingen monitor 2020:

- 1 Onderzoek verdere mogelijkheden en wenselijkheid om zorgpaden op te knippen.
- 2 Stem met huisartsen af om directe verwijzingen van patiënten met een basiszorgvraag naar umc's te voorkomen. Daarnaast gaat de NZa dit jaar in gesprek met huisartsen, umc's en zorgverzekeraars voor een kwalitatieve verdieping op het verwijsgedrag. Dit is een vervolg van op de [factsheet verwijzingen naar medisch-specialistische zorg voor diabetes- en oncologiepatiënten](#).
- 3 Heb meer aandacht voor samenwerking of mogelijke verplaatsing van basiszorg op het gebied van oncologie, diabetes, artrose en artritis.
- 4 Maak binnen het ROAZ afspraken over de patiëntenstroom voor de groep die seh-zorg krijgt.
- 5 Deel en leer van elkaars goede voorbeelden.

Alle partijen geven aan dat voor bepaalde ontwikkelingen (bijvoorbeeld opleiding, innovaties, wetenschap) een minimaal volume van basiszorg in umc's wenselijk is. Ons inziens is er nog potentie om een deel van de geleverde basiszorg uit umc's te plaatsen zonder dat dit ten koste hoeft te gaan van onderzoek, opleiden en de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Dit komt ook overeen met de afspraken uit het hoofdlijnenakkoord 2019-2022, waar partijen zich aan gecommitteerd hebben. Echter is er geen normering wat de benodigde minimale omvang / optimum van basiszorg in umc's is. Om meer eenduidigheid te verkrijgen over de richting en het potentieel is verdiepend inzicht in het type patiëntgroepen en zorgpaden van belang en moet onderzocht worden waar welke (basis)zorg het beste kan plaatsvinden. Met als uitgangspunt passende zorg; gepast gebruik én passende organisatie van zorg.

Aanbeveling 2: Verdiepend inzicht in basiszorg in umc's

Wij adviseren VWS om opdracht te geven aan Zorginstituut Nederland om een verdiepend onderzoek naar basiszorg in umc's uit te voeren. Dit onderzoek moet inzicht geven in de verschillen en overeenkomsten van patiënten en zorgpaden tussen ziekenhuizen. Op basis hiervan kan inzicht komen in kansen voor verplaatsing van (basis)zorg én welke zorg ook (minimaal) behouden moet blijven binnen de umc's. Hierbij dienen de ontwikkelingen zoals opleiding, innovaties en wetenschap meegenomen te worden. Mogelijk kan op basis van deze verdieping een richtinggevende normering (kwantitatief of kwalitatief) ontwikkeld worden, gericht op passende zorg.

NFU, NVZ, FMS, ZKN en ZN, vertegenwoordigd in de werkgroep monitor umc's, hebben aangegeven het belangrijk te vinden om het verplaatsen van basiszorg uit de umc's vanuit de regio te benaderen. Zo kan er recht worden gedaan aan de regionale context. Het is van belang dat zorgverzekeraars met umc's en overige zorgaanbieders afspraken maken in hun regio over deze kansen van verplaatsing van zorg. Dit sluit aan bij de ambitie in het coalitieakkoord waarin meer sturing door zorgverzekeraars wordt gevraagd in de discussie over het toekomstig landschap van de medisch specialistische zorg. Hierbij is onder andere de insteek dat basiszorg die vaak voorkomt dicht bij mensen in de regio plaatsvindt en complexe zorg is geconcentreerd. De NZa beschouwt deze beweging naar passende zorg als tweeledig; enerzijds verplaatsing basiszorg uit umc's, anderzijds een beweging van hoogcomplexe zorg naar umc's. Mogelijk kunnen de inzichten vanuit de regiobeelden die NZa op gaat stellen hieraan bijdragen.

Aanbeveling 3: Concreet voorstel vanuit veldpartijen

Zorgverzekeraars en umc's worden gevraagd om in 2022 per umc-regio een voorstel op te stellen met de acties/trajecten waar zij op zullen inzetten in 2023 in het kader van de beweging naar passende (basis)zorg. De focus en invulling kan regionaal verschillen. De NZa maakt met partijen afspraken over monitoring van de voortgang en resultaten.

B. Maatschappelijke opgaven

De minister heeft acht maatschappelijke opgaven (MO) beschreven voor umc's in de Kamerbrief over maatschappelijke rol umc's. In deze monitor richten we ons op de volgende vijf opgaven;

- MO 1: Umc's zijn de krachtige motor van kennis, onderzoek en innovatie.
- MO 2: Umc's dragen zorg voor beschikbare en toegankelijke zorg in de regio.
- MO 3: Umc's zijn aanjager van netwerkvorming in de regio.
- MO 4: Umc's coördineren en regisseren de acute zorgketen in de regio.
- MO 7: Umc's maken goede afspraken met farmaceuten over dure geneesmiddelen.

Maatschappelijke opgave 1: Umc's zijn de krachtige motor van kennis, onderzoek en innovatie

Umc's zijn de krachtige motor van kennis, onderzoek en innovatie. Met name als het gaat om zorginhoudelijke kennis. De focus hiervan ligt echter nog te vaak op de eigen instelling. Om innovaties ook buiten de eigen muren te laten slagen zien wij een noodzaak om, met name op het gebied van digitalisering en niet-zorginhoudelijke innovaties, meer rekening te houden met de mogelijkheden en faciliteiten van andere partijen en instellingen. Het is daarom belangrijk om andere partijen en ziekenhuizen al in een vroeg stadium te betrekken. Dit om zo de kansen voor adoptie van innovaties in andere instellingen te borgen. Ook voorkomt dit dat veel instellingen zelf opnieuw het wiel moeten uitvinden. Een innovatie stopt immers niet wanneer deze ontwikkeld is. Beschouwend vanuit het maatschappelijk- en brede patiëntperspectief is brede implementatie des te belangrijker om een innovatie te laten slagen. Dit vraagt om het geven van handvatten aan andere instellingen.

Aanbeveling 4: Schaalbaarheid

Het opschalen van innovaties krijgt meer vorm als umc's in de ontwikkeling van hun initiatieven rekening houden met mogelijkheden van andere instellingen, dit is idem voor overige partijen. Mogelijk helpt centrale sturing/coördinatie hierbij. Ook moet er meer ingezet worden op kennisdeling op niet-zorginhoudelijke innovaties zoals digitalisering van zorg. Wij roepen umc's en overige partijen op om hier meer aandacht voor te hebben, en de NFU om dit te faciliteren en aan te jagen. Ook overige brancheverenigingen zoals de NVZ en FMS spelen een rol in het delen van innovaties.

Maatschappelijke opgave 2: Umc's dragen zorg voor beschikbare en toegankelijke zorg in de regio

Conclusie en aanbevelingen zijn in lijn met deel A van deze kernboodschap.

Maatschappelijke opgave 3: Umc's zijn aanjager van netwerkvorming in de regio

Maatschappelijke opgave 3 vraagt aan umc's om als aanjager van netwerkvorming op te treden indien dit niet al succesvol door een andere partij wordt opgepakt. Er is onder de betrokken partijen verdeeldheid over deze rol voor umc's. Dit wordt niet gezien als uitsluitend een rol voor umc's. Ook wij kijken hier genuanceerder naar. Ons inziens is het afhankelijk van het type samenwerking en verhoudingen in de regio wie de aanjagersrol van netwerkvorming oppakt. Indien samenwerking onvoldoende tot stand komt tussen veldpartijen ligt er, kijkend naar het huidige hoofdlijnenakkoord, in ieder geval een aanjagersrol bij zorgverzekeraars.

Desalniettemin, zien we steeds meer samenwerking en netwerkvorming in verschillende soorten en maten. Een structuur voor het opzetten en organiseren van netwerken staat nog in de kinderschoenen. Daarnaast is het op één lijn krijgen – van alle betrokken partijen en een heldere gezamenlijk visie binnen een netwerk – van belang voor meer slagkracht, samenwerking en een duurzaam resultaat. Ook kunnen netwerken van elkaar leren, zowel op het vlak van zorginhoud als organisatie.

Aanbeveling 5: Herijking aanjagersrol samenwerking en netwerkvorming

De verantwoordelijkheid tot samenwerking ligt bij alle zorgaanbieders, niet alleen de umc's. Indien het onvoldoende van de grond komt, ligt er in ieder geval een aanjagende rol bij zorgverzekeraars. Wij vinden het essentieel dat partijen regionaal de aanjagersrol rondom samenwerking met elkaar afstemmen en dit verduidelijken.

Aanbeveling 6: Professionaliseren van netwerken

De netwerkstructuren kunnen verbeterd worden door meer aandacht te besteden aan de organisatorische inrichting en uniformiteit. Hiermee wordt ook voorkomen dat het (informele) netwerk valt of staat bij één persoon, dit maakt het netwerk minder kwetsbaar en meer toekomstbestendig. Het is van belang om kennis en ervaringen met vergelijkbare netwerken in andere regio's te delen om zo optimaal van elkaars organisatie en inzichten te kunnen leren. Hier ligt primair een verantwoordelijkheid voor de vertegenwoordigers van de verschillende netwerken.

Bij het opzetten van samenwerkingsverbanden en netwerken ervaren umc's ook drempels. Met name als gevolg van uitdagingen in het huidige zorgstelsel. Er is een terughoudendheid om samenwerking te intensiveren wanneer dit data-uitwisseling van mogelijk bedrijfsgevoelige of patiënt specifieke informatie vraagt. Umc's geven aan dat samenwerking op gespannen voet staat met marktwerking. Wij begrijpen deze spanning, maar tegelijkertijd biedt het huidige stelsel wel degelijk veel ruimte om samen te werken, zeker wanneer het een maatschappelijke opgave betreft. Daarnaast is onder umc's onzekerheid over de juridische randvoorwaarden waaraan bij uitwisseling van patiëntinformatie moet worden voldaan, mede vanwege de complexiteit van wetgeving die daarop van toepassing is. Zowel de NZa, Autoriteit Consument & Markt (ACM) als de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) vinden het belangrijk dat partijen zich gesterkt voelen om de samenwerking op te zoeken indien dit ten goede komt aan de zorg voor patiënten.

Aanbeveling 7: Verbeteren informatievoorziening over mogelijkheden samenwerking

Het is van belang dat er meer bewustzijn en inzicht komt over de mogelijkheden van samenwerking op het vlak van mededinging en digitale gegevensuitwisseling. De NZa is in gesprek met ACM en AP om de informatievoorziening te verbeteren. Voor nu verwijzen wij zorgverleners naar de website [Samenwerken in de ziekenhuiszorg | ACM.nl](#) en [het informatie- en meldpunt van Autoriteit Persoonsgegevens](#). De toezichthouders zijn benieuwd naar de ervaren knelpunten van partijen en denken graag mee over mogelijke oplossingen.

Maatschappelijke opgave 4: Umc's coördineren en regisseren de acute zorgketen in de regio

De 11 traumacentra, vaak gelegen in umc's, hebben de rol van het coördineren en regisseren van de acute zorgketen in de regio. De umc's geven aan dat zij behoefte hebben aan landelijke kaders die meer duiding geven aan hun rol en verantwoordelijkheden. Gedurende de covid-19 pandemie hebben de regionaal overleggen acute zorgketen (ROAZ) een bredere rol gekregen, niet alleen ten aanzien van het borgen van de toegankelijkheid tot de (semi-)acute zorg, maar ook ten aanzien van de op- en afschaling van de (kritiek) planbare zorg en het borgen van de continuïteit van de hele zorgketen. Het verdient aanbeveling om de rol van de ROAZ'en, de ROAZ-voorzitter en de zorgverzekeraar in ROAZ-verband te definiëren, zowel binnen als buiten crisistijd, zodat helderder wordt wat wel en wat niet van het ROAZ verwacht mag worden.

Aanbeveling 8: Herijking rol ROAZ'en

Wij doen een oproep aan het ministerie van VWS om, op basis van de lessen van deze pandemie, de rol van het ROAZ als geheel en de partijen verenigd binnen het ROAZ te evalueren. Om vervolgens (1) te definiëren wat we hiervan in de toekomst verwachten, zowel binnen als buiten crisistijd en (2) wat een passende scope, rolverdeling en governance is. De NZa is hier graag bij betrokken.

Maatschappelijke opgave 7: Umc's maken goede afspraken met farmaceuten over dure geneesmiddelen

Ten slotte de maatschappelijke opgaven omtrent dure geneesmiddelen. Umc's hebben beperkte mogelijkheden om concrete, meetbare afspraken te maken met farmaceuten om hun wetenschappelijke inzichten op een maatschappelijk verantwoorde manier te licentiëren (mvl). Umc's geven aan dat mvl momenteel geen goede manier is om bij te dragen aan verlaging van prijzen van geneesmiddelen. Dit kan niet, omdat er afbreukrisico's voor hen zijn. Zij vinden dit dan ook een taak voor de overheid.

Aanbeveling 9: Maatschappelijk verantwoord licentiëren:

Gezien de relevantie van mvl is het van belang om de knelpunten die door umc's op dit vlak ervaren worden weg te nemen. Wij roepen het ministerie Economische Zaken en Klimaat (EZK) en VWS op om hier onderzoek naar te doen.

Deze aanbeveling ligt in het verlengde van ons opiniestuk: landelijke regie gewenst bij dure geneesmiddelen. Hierin beschrijven we dat ingrijpende wijzigingen in overheidsbeleid noodzakelijk zijn.

1 Basiszorg in umc's

1.1 Methodiek: ROBIJN-systematiek

Voor dit onderzoek gebruiken we de ROBIJN-methodiek om inzicht te verkrijgen in de mate van niet-topreferente zorg in umc's. Het primaire doel van de ROBIJN-systematiek is om de gelden voor topreferente zorg vanuit de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg (BBAZ) te verdelen en verantwoorden.

De ROBIJN-systematiek maakt onderscheid in topreferente en niet-topreferente zorg. Op basis van dit onderscheid geeft het inzicht in de patiëntaantallen en de verdeling van omzet, maar niet op het niveau van de individuele patiënt. Het is niet met 100% zekerheid te zeggen waar een patiënt precies thuishoort. Er zijn altijd uitzonderingen voor individuele patiënten mogelijk, zoals bijvoorbeeld de context rondom de patiënt die het noodzakelijk maakt om de zorg toch in een umc te leveren, terwijl deze zorg als niet-topferent is geoormerkt. Er kunnen daarom geen zwart-wit conclusies worden getrokken, zoals bijvoorbeeld dat een bepaald zorgproduct nooit thuishoort in een umc.

Bij de analyses op macroniveau maken we onderscheid tussen umc's, topklinische ziekenhuizen (stz) en algemene ziekenhuizen. Echter is de ROBIJN-systematiek niet een-op-een toepasbaar op deze ziekenhuizen. Het toepassen van de systematiek op de stz- en algemene ziekenhuizen leidt mogelijk tot een vertekend beeld, bijvoorbeeld omdat de verplaatste zorg (een patiënt die vanuit een umc wordt terugverwezen naar een stz- of algemeen ziekenhuis) ook wordt gelabeld als een topreferente zorg bij het stz- of algemene ziekenhuis.

De analyses geven een goede indicatie over de omvang en trend in niet-topreferente zorg in umc's. Hiermee biedt het ook een basis voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om met elkaar in gesprek te gaan over waar een bepaalde patiënt wordt behandeld. Om zo gezamenlijk in hun regio de juiste zorg op de juiste plek vorm te geven. Voor meer informatie over de ROBIJN-systematiek en overige (technische) kanttekeningen verwijzen wij u naar bijlage 1.

1.2 Macroniveau: Indeling van patiënten en omzet

Dit hoofdstuk bevat analyses over de mate van topreferente zorg en niet-topreferente zorg in 2017, 2018 en 2019. We maken onderscheid tussen umc's, stz- en algemene ziekenhuizen. In afwijking op vorig jaar is het Antoni van Leeuwenhoek (AvL) niet meegenomen in één van deze categoriën instellingen.

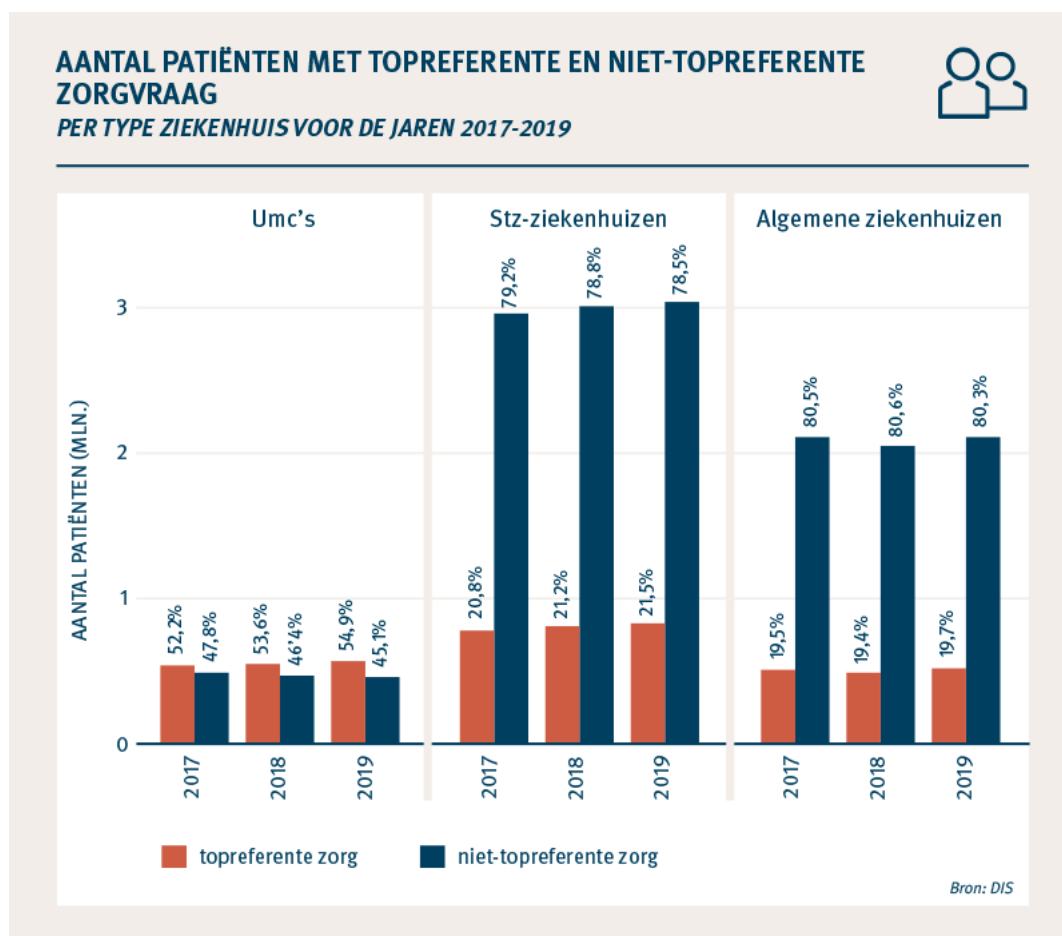
In 2017, 2018 en 2019 neemt het aantal patiënten en de omzet van alle ziekenhuizen toe (figuur 1). Bij alle type ziekenhuizen is er een stijging van topreferente zorg, zowel in patiëntenaantallen als in omzet. Voor niet-topreferente zorg is er in umc's een afname in het aantal patiënten, in stz- en algemene ziekenhuizen is er een toename van niet-topreferente patiënten. Dit geldt eveneens voor de omzet. Bij stz- en algemene ziekenhuizen zien we in gelijke mate ook een absolute omzetsijging van niet-topreferente zorg. Bij umc's is sprake van een zeer lichte absolute omzetsdaling van niet-topreferente zorg (figuur 2).

Het grootste aandeel niet-topreferente zorg, in zowel het aantal patiënten (3,04 miljoen patiënten) als omzet (€ 4,77 miljard), wordt geleverd in stz-ziekenhuizen, gevolgd door algemene ziekenhuizen (figuur

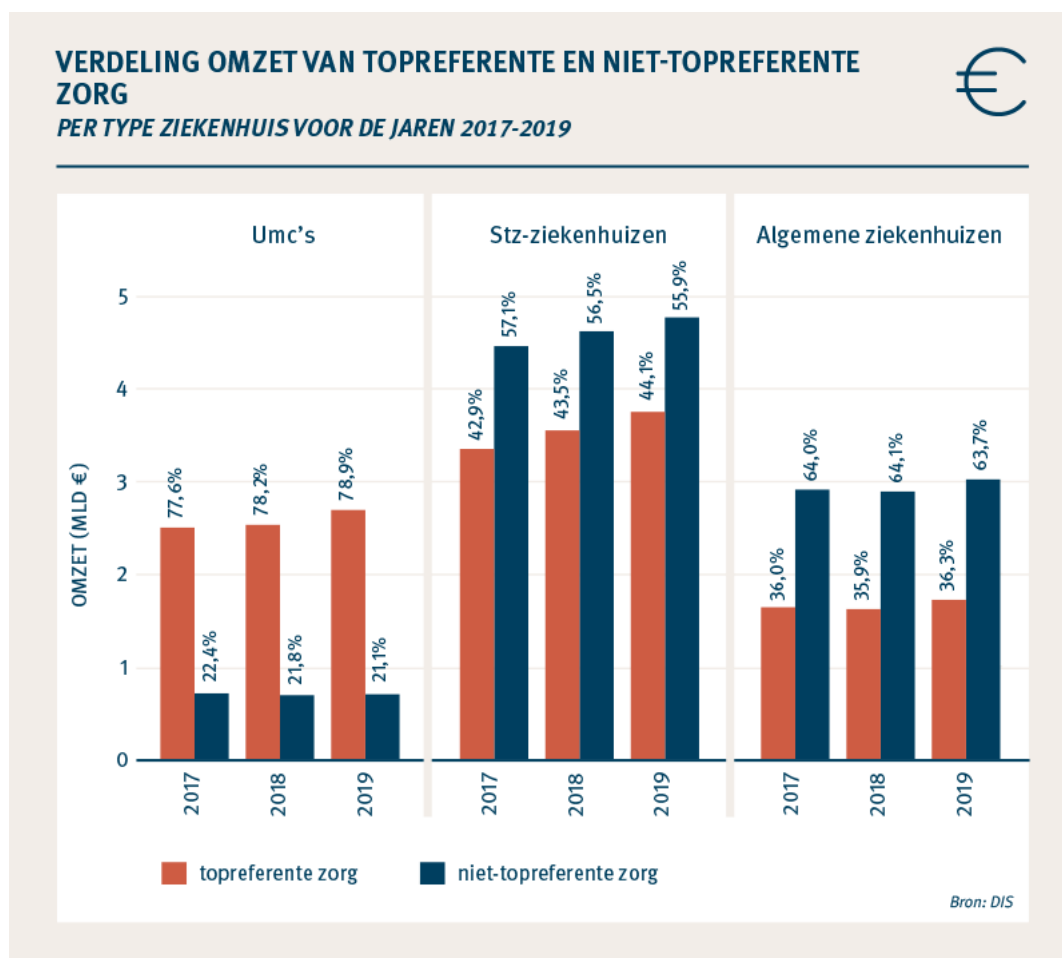
1). Bij stz- en algemene ziekenhuizen zien we over de jaren heen een nagenoeg gelijkblijvende verhouding van patiënten met een topreferente- en niet-topreferente zorgvraag. Er kunnen, zoals hierboven beschreven, geen zwart-wit conclusies worden getrokken over deze verdelingen en data van stz-ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen.

Bij umc's vormt topreferente zorg het grootste deel van hun omzet (78,9%, € 2,55 miljard) en daarmee ook een belangrijk deel van de zorg die ze leveren (figuur 2). Daarnaast zien we dat het aandeel patiënten met een niet-topreferente zorgvraag licht daalde; het aandeel patiënten van 46,4% in 2018 naar 45,1% in 2019, en het aantal patiënten van 0,46 miljoen patiënten in 2018 naar 0,45 miljoen patiënten in umc's in 2019 (figuur 1). Zie bijlage 3.1 voor alle patiëntenaantallen en omzet op macroniveau.

Figuur 1: Aantal patiënten met topreferente en niet-topreferente zorgvraag



Figuur 2: Verdeling omzet van topreferente en niet-topreferente zorg



Umc's: indeling van patiënten en omzet

Afgelopen jaren zijn de patiëntenaantallen in de umc's ongeveer gelijk gebleven. De omzet is licht gestegen tussen 2017 en 2019 (tabel 1).

Tabel 1. Totaal aantal patiënten en totale omzet van umc's 2019

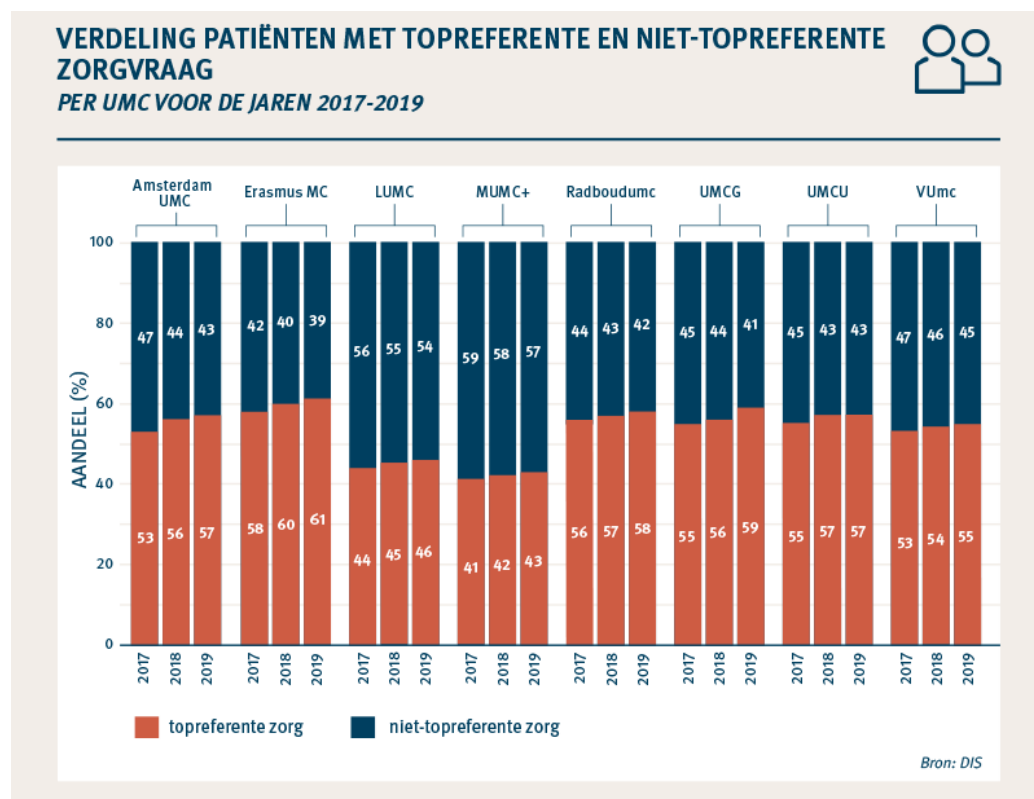
Jaar	Aantal patiënten	Omzet (in miljoenen euro's)
2017	990.000	€ 3.065
2018	986.000	€ 3.080
2019	993.000	€ 3.231

Bron: DIS

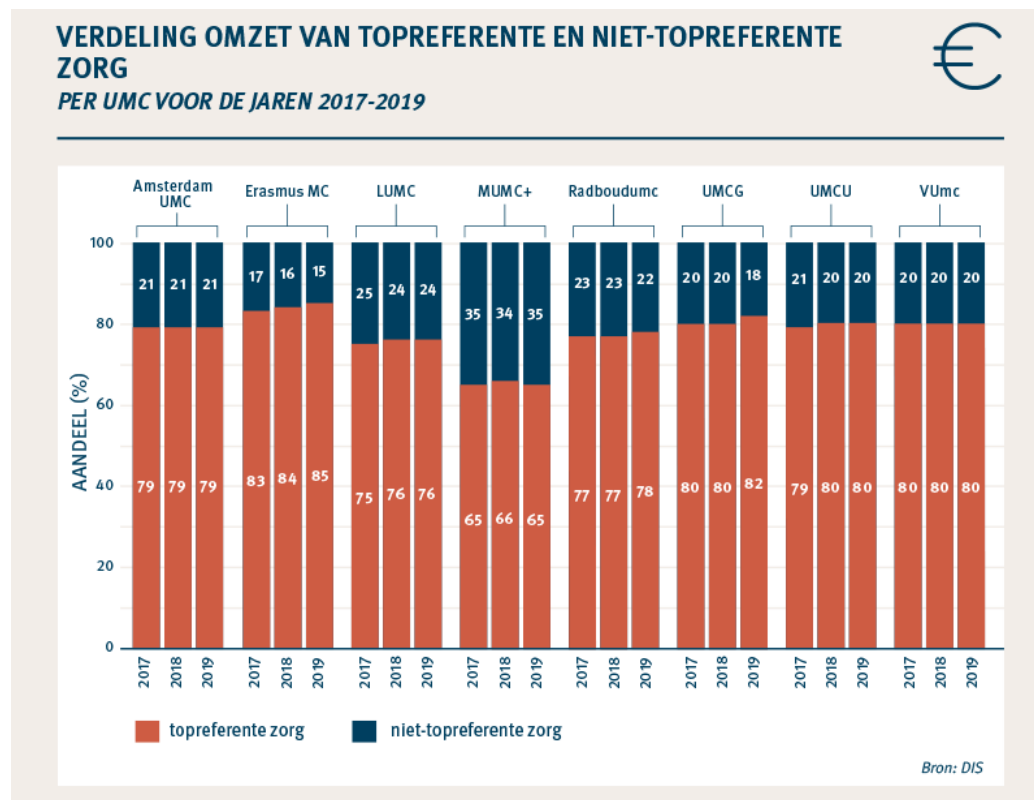
Het grootste deel van de omzet in umc's komt voort uit patiënten met een topreferente zorgvraag. In 2019 is dit gemiddeld 78,9% over alle umc's. Kijkend naar het aantal patiënten en omzet per umc in 2017-2019, zien we bij alle umc's een lichte toename van aandeel patiënten met een topreferente zorgvraag (figuur 3 en 4). Kijkend naar de omzetverdeling zien we bij enkele umc's een gelijkblijvend beeld, en bij enkele umc's dat het aandeel niet-topreferente gerelateerde omzet zeer licht daalt. Het Erasmus MC heeft het hoogste aandeel patiënten met een topreferente zorgvraag in 2019 (61%),

gevolgd door het UMCG (59%). MUMC+ (43%) en het LUMC (46%) hebben het laagste aandeel patiënten met een topreferente zorgvraag in 2019.

Figuur 3: Verdeling patiënten met topreferente en niet-topreferente zorgvraag



Figuur 4: Verdeling omzet van topreferente en niet-topreferente zorg



Verklarende factoren voor het leveren van niet-topreferente zorg

Wanneer er geen label topreferente zorg aan de geleverde zorg gekoppeld is, hebben we gekeken of er sprake was van spoedzorg, wet bijzondere verrichtingen (Wbmv)-zorg, nicu/picu-zorg of derdelijns zorg. Aangezien dit type zorg niet noodzakelijk gekenmerkt wordt als topreferente zorg in de ROBIJN-systematiek, terwijl het mogelijk wel een legitieme factor is waarom zorg in een umc plaatsvindt.

Bij ongeveer 15% van de patiënten met een niet-topreferente zorgvraag in 2019 was er sprake van spoedzorg. Gegeven dat een patiënt die binnenkomt op de seh dikwijls blijft 'hangen' in hetzelfde ziekenhuis, kan het binnenkomen op de juiste seh een goede bijdrage leveren aan de juiste zorg op de juiste plek. Hier gaan we in de paragraaf over seh-zorg verder op in.

De overige factoren Wbmv-zorg, nicu/picu of derdelijns zorg waren in aantallen verwaarloosbaar bij de patiënten met een niet-topreferente zorgvraag. In bijlage 3.2 vindt u de volledige analyses naar deze verklarende factoren.

Tenslotte hebben wij net als vorig jaar gekeken naar de reistijd naar een umc voor patiënten met een niet-topreferente zorgvraag. Uit deze analyse constateren wij dat ook in 2019 voor de meeste patiënten (ongeveer 91%) een passend alternatief ziekenhuis binnen 5 minuten extra reistijd aanwezig was (zie figuur 3 in bijlage 3). Een uitzondering vormt het MUMC+, waar minder alternatieve ziekenhuizen beschikbaar zijn in de regio.

Type zorg

Voor de groep patiënten met een niet-topreferente zorgvraag in umc's, die niet verklaard kunnen worden uit bovenstaande factoren, is gekeken om welke niet-topreferente zorg het precies gaat. We zien vrijwel geen verschillen met de uitkomsten uit de monitor van 2020:

- De top 5 specialismen zijn nagenoeg hetzelfde, inwendige geneeskunde is het grootste specialisme.
- In de top 10 diagnoses staan vooral oncologische aandoeningen.
- In de top 10 zorgproducten, op basis van het aantal patiënten, komen veel enkele of korte consulten naar voren. Ook diabetes is veelvoorkomend.
- In de top 10 zorgproducten, op basis van de omzet, staan veel diagnoses rondom geboorte.

Tabel 2. Top 5 specialismes van patiënten met niet-topreferente zorgvraag 2019

Specialisme	Aantal patiënten
Inwendige geneeskunde	121.700
Oogheelkunde	66.600
Cardiologie	65.400
Dermatologie	51.600
Gynaecologie	46.500

Bron: DIS

Tabel 3. Top 5 specialismes van niet-topreferente zorg omzet 2019

Specialisme	Omzet (in miljoenen euro's)
Inwendige geneeskunde	€ 71,0
Gynaecologie	€ 32,9
Chirurgie	€ 30,9
Kindergeneeskunde	€ 30,8
Cardiologie	€ 30,0

Bron: DIS

Een volledig overzicht van de top 10 diagnoses en zorgproducten op basis van patiëntenaantallen en omzet staat in bijlage 3.3.

1.3 Duiding van umc's op individuele factsheets

Per umc is gekeken naar de mate van- en type niet-topreferente zorg. De uitkomsten van ieder umc vindt u als factsheets in bijlage 2. Dit vormt een basis voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om in gesprek te gaan en afspraken te maken over waar een bepaalde patiënt wordt behandeld.

De factsheets hebben we voorgelegd aan de umc's. In dit hoofdstuk bespreken we de reacties van de umc's hierop en de trends en ontwikkelingen van basiszorg in de umc's.

1.4 Kansen voor verplaatsing basiszorg

De individuele umc's staan over het algemeen zelf neutraal tegenover het aandeel patiënten met een niet-topreferente zorgvraag in hun eigen umc. Umc's geven aan dat het verplaatsen van basiszorg een continu proces is, afhankelijk van de zorgvraag in de regio.

Umc's zien kansen voor het uitplaatsen van basiszorg voor (1) de oncologische zorg en (2) het verder concentreren van (complexe) ingrepen in umc's. Daarbij stippen zij ten eerste het belang van duurzame samenwerkingsverbanden en netwerken in de regio aan. Ten tweede dat het verplaatsen van basiszorg en de kansen die zij zien niet eenzijdig zijn; enerzijds moet er continu gekeken worden welke basiszorg verplaatst kan worden, anderzijds vinden zij juist dat de hoogcomplexe zorg (sneller) naar de umc's verplaatst moet worden. Enkele umc's missen hierin sturing van zorgverzekeraars door selectieve inkoop, dan wel het financieel faciliteren van het verplaatsen van deze zorg.

Wij blijven umc's aansporen tot een continue, kritische zelfreflectie, waarbij zij zichzelf de vragen stellen: "Voor welke patiënten is een umc echt van toegevoegde waarde? En voor welke zorg is het noodzakelijk dat het in een umc wordt geleverd?". In maatschappelijke opgave 2 wordt het samenwerken en verplaatsen van zorg verder beschreven.

1.5 Opvolging van aanbevelingen monitor vorig jaar

In de monitor van 2020 hebben we op vier thema's conclusies gedefinieerd; oncologische zorg, diabeteszorg, korte consulten en seh-zorg. Wij riepen partijen op om afspraken te maken over verplaatsing, verwijzingen, op- en afschaling van zorg en patiëntstromen. Aangezien de resultaten van deze monitor eenzelfde beeld laten zien, blijven deze conclusies en aanbevelingen van vorig jaar staan. Daarnaast zien we met de terugkerende trend mogelijkheden tot verbetering van de patiëntenstromen in de regio.

Diabetes zorg en oncologische zorg

Zorg aan diabetes- en oncologische patiënten beslaat in 2019 een groot deel van de niet-topreferente zorg in umc's. Ook zien we bij enkele umc's een relatief groot aantal patiënten met artrose en artritis. Enkele umc's geven aan een regiofunctie te hebben ten aanzien van deze zorgvormen, of dat er sprake kan zijn van bijvoorbeeld comorbiditeit, waardoor een patiënt in een umc wordt behandeld. Verder geven umc's aan dat er wel pogingen zijn gedaan om een gedeelte van basiszorg uit te plaatsen. Echter is dit niet altijd gelukt; bijvoorbeeld vanwege bedrijfseconomische overwegingen van omliggende partijen.

Er zijn ook voorbeelden waarin we zien dat het uitplaatsen van zorg lukt. Zo zijn twee umc's een samenwerking aangegaan met Diabeter voor het uitplaatsen van kindardiabetes zorg. Alleen de complexe, en vaak klinische, kindardiabetes zorg wordt nu nog in het betreffende umc in samenwerking met Diabeter geleverd.

Uit recent onderzoek van de NZa bleek dat huisartsen bij relatief veel niet-complexe oncologische- en diabetespatiënten direct doorverwezen naar een umc. Hoewel de keuzevrijheid van de patiënt natuurlijk een rol speelt, zijn we van mening dat umc's, in samenwerking met zorgverzekeraars, hier een (nog) grotere rol kunnen spelen. Dit door bijvoorbeeld nog meer huisartsenvoorlichting, of het afstemmen en inrichten van een regionale triage met zowel huisartsen als regionale ziekenhuizen. Een umc geeft aan hun softwaresysteem voor verwijzingen al een paar jaar op deze manier ingericht te hebben. Deze aanpak is mogelijk ook interessant voor andere umc's.

Korte consulten

In de data van 2019 zien we wederom korte consulten terugkomen als veelvoorkomende niet-topreferente zorg. Volgens de umc's liggen hier verschillende redenen aan ten grondslag, zoals (1) het uitvoeren van een second opinion, (2) nacontroles of (3) een eenmalig consult waarna de patiënt wordt doorverwezen naar een andere zorginstelling of terug naar de huisarts. De vraag is welke van deze zorg noodzakelijkerwijs thuis hoort binnen een umc. Eén umc herkent de constatering van veel nacontroles en zegt hierover in de consultatie:

“Naar aanleiding hiervan is een concreet aandachtspunt voor het komende jaar de follow-up zorg, waarbij patiënten soms jarenlang terugkomen voor één controlebezoek per jaar. [...] We doen op dit moment een analyse naar de omvang van deze groep en de medische wenselijkheid deze zorg te verplaatsen.”

De uitkomsten hiervan zijn mogelijk ook interessant voor andere umc's.

Tevens staat in het coalitieakkoord de ambitie beschreven om een verschuiving van complexe medische specialistische zorg naar de basis-msz te stimuleren middels de introductie van een nieuwe betaaltitel, en door de vrijblijvendheid van het meekijkconsult weg te nemen.

Seh-zorg

Er is ook een groep patiënten met een niet-topreferente zorgvraag die binnenkomt via de seh. Dit aandeel van patiënten is in 2019 gelijk gebleven ten opzichte van 2018. In de vorige monitor adviseerden wij om binnen het ROAZ afspraken te maken over de patiëntenstroom voor deze groep. Namelijk over het voorkomen van instroom in het umc en het verplaatsen van seh-zorg, indien er geen sprake is van hoogcomplexe zorg.

We zien dat verschillende umc's afspraken maken om de instroom van patiënten vooraf te sturen, bijvoorbeeld door betere triage (Trauma Triage app) of door concrete afspraken te maken over bepaalde ziektebeelden. De zorgcoördinatiecentra die nu in tien regio's als pilot zijn gestart, kunnen een rol spelen om de instroom van de patiënten meer te sturen naar de juiste plek op basis van de ingangsklachten (klachten bij binnenkomst).

Umc's geven, in lijn met vorig jaar, aan dat vooraf niet altijd in te schatten is of het om hoogcomplexe zorg gaat. Als daar geen sprake van blijkt te zijn, sturen de umc's meer op verplaatsing naar een ander ziekenhuis in de regio, middels bovenstaande afspraken. In maatschappelijke opgave 4 wordt de rol van het umc als coördinator van acute zorg verder beschreven. Daarnaast zien we dat er allerlei goede

afspraken worden gemaakt over het sturen van patiënten met een minder complexe zorgvraag. Dit blijft van belang gezien de druk op de acute zorg.

1.6 Behoefte aan verdiepend inzicht in basiszorg in umc's

In deze monitor bespreken we de mate waarin umc's basiszorg leveren. Gedurende dit onderzoek is meermaals de vraag gesteld; welke mate van basiszorg in een umc is wenselijk of noodzakelijk? Op dit moment ontbreekt inzicht en consensus hierover. Wel is er onder de NFU, NVZ, FMS, ZN, ZKN en NZa, vertegenwoordigd in de werkgroep monitor umc's, consensus dat een bepaald volume van basiszorg in umc's van belang is. Dit ten behoeve van hun taken op het gebied van wetenschap, innovatie en opleiding.

Tegelijkertijd zien wij ook voorbeelden van umc's die voor het invullen van deze taken samenwerken met andere zorginstellingen. De inzichten over welke mate van basiszorg in umc's geleverd moet worden verschuift daarmee continu. Onze inschatting is dat het wenselijk is dat umc's een bepaalde mate van basiszorg leveren, maar dat het niet noodzakelijk is dat umc's alle huidige basiszorg 'in huis' houden om invulling te geven aan hun taken. Er is nog potentie om een deel van de geleverde basiszorg uit umc's te plaatsen zonder dat dit ten koste gaat van onderzoek, opleiden en de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Dit komt ook overeen met de afspraken uit het hoofdlijnenakkoord 2019-2022, waar partijen zich aan gecommitteerd hebben.

Om verder duiding te kunnen geven aan welke mate van basiszorg wenselijk, dan wel noodzakelijk, is in umc's, is verdiepend inzicht nodig. Dit onderzoek moet inzicht geven in de verschillen en overeenkomsten van patiënten en zorgpaden tussen ziekenhuizen. Het onderzoek biedt ook de mogelijkheid om aandacht te hebben voor de context van een patiënt en diens zorgvraag. Op basis hiervan kan inzicht komen in kansen voor verplaatsing van (basis)zorg én welke zorg (minimaal) behouden moet blijven binnen de umc's. Hierbij dienen de ontwikkelingen zoals opleiding, innovaties en wetenschap meegenomen te worden. Mogelijk kan op basis van deze verdieping een richtinggevende normering (kwantitatief of kwalitatief) ontwikkeld worden. Hierin moet passende zorg; gepast gebruik én passende organisatie van zorg, het uitgangspunt zijn.

2 Maatschappelijke opgaven umc's

In dit hoofdstuk beschrijven we onze bevindingen van de vijf onderzochte maatschappelijke opgaven van umc's. Ieder hoofdstuk begint met een omschrijving van de maatschappelijke opgave in een groen kader. Middels interviews en schriftelijke consultatie met verschillende partijen hebben wij de inzet van umc's op deze maatschappelijke opgaven getoetst. In bijlage 1, deel 2 vindt u de volledige beschrijving van de onderzoeksmethode.

2.1 Maatschappelijke opgave 1: Complexe zorg, kennis en expertise

Umc's nemen een actieve rol als centrum voor zeer complexe zorg, kennis en expertise. Dit doen zij door:

- Nog meer dan voorheen te concentreren op hoogcomplexe zorg. Daarbij optimaliseren zij deze behandelingen continu.
- Opgedane kennis actief te delen tussen umc's en met andere zorgaanbieders en patiënten.
- Landelijk afweging te maken welke expertisefunctie waar het beste uitgevoerd kan worden om dubbelingen te voorkomen.
- Infrastructuur van de umc's (expertise, middelen, data, etc) actief aan overige instellingen aan te bieden en samenwerking met hen op te zoeken.

Medisch specialist is drijvende kracht bij zorginhoudelijke kennisdeling

Umc's zijn een goede kennismotor voor zorginhoudelijke vraagstukken. Vaak is kennisdeling gedreven door een urgente, concrete zorgvraag. Het initiatief van kennisdeling, samenwerking en/of de organisatie van opschaling ligt vaak bij de vakgroep zelf. Wat opvalt wanneer we kijken naar kennisdeling, is dat er zowel (1) verschillen tussen umc's zijn maar ook (2) verschillen van kennisdeling tussen vakgroepen in één umc.

Voorbeeld

Het Longkankernet is een netwerk waarin een umc samenwerkt en kennis deelt met ziekenhuizen in de regio. Voorheen was de immunotherapie behandeling enkel mogelijk in het umc maar door de kennisdeling in het samenwerkingsverband kan de behandeling nu ook in andere ziekenhuizen binnen het netwerk worden geleverd.

De medisch specialist fungeert altijd als basis en drijfveer voor het delen van kennis, waarbij de specialist ook de consultant of vraagbaak is voor andere zorgaanbieders. De meeste kennisoverdracht gebeurt binnen de beroepsgroepen. De wetenschappelijke verenigingen spelen hierbij een grote rol om te zorgen dat opgedane kennis en expertise landt in de behandelrichtlijnen. Umc's geven aan dat het

voor de uitrol van een initiatief heel belangrijk is om een medisch specialist als ambassadeur en pionier te hebben.

Umc's verwachten dat centrale sturing bij zorginhoudelijke kennisdeling vaak niet wenselijk is, omdat aansluiting bij de praktijk zeer bepalend is voor succes. Meerdere umc's en ziekenhuizen zien het beschreven voorbeeld van immunotherapie als een goed voorbeeld van kennisoverdracht waardoor voormalige hoogcomplexere zorg verplaatst is naar de tweede lijn.

Meer inzetten op kennisdeling, digitalisering en schaalbaarheid initiatieven

De NFU beschrijft dat umc's, naast zorginhoudelijke kennisdeling, ook de kennismotor zijn achter de thema's digitalisering en het opschalen van initiatieven. Zowel umc's als overige ziekenhuizen benoemen dit als thema's waarop veel vakgroepen en individuele instellingen zelf opnieuw het wiel uitvinden. Umc's of overige ziekenhuizen ontwikkelen iets dat past binnen hun eigen processen en systemen. Hierbij wordt niet altijd rekening gehouden met het kunnen opschalen van deze initiatieven bij de eerste samenwerkingspartners, waar processen en systemen vaak net anders zijn ingericht. Hierdoor is het voor hen soms lastig om initiatieven over te nemen. Het ontbreken van één landelijk elektronisch patiënten dossier wordt als barrière beschouwd.

Daarnaast moet bij de ontwikkeling ook voldoende aandacht zijn voor het rendement van een innovatie. Wat levert de innovatie op, waarom wordt het wel of niet overgenomen en wat kan men daar van leren voor nieuwe initiatieven? Aan de andere kant geven de umc's aan dat bereidwilligheid van andere ziekenhuizen om innovaties over te nemen ook regelmatig ontbreekt; het zogenoemde 'not-invented-here' fenomeen.

Voorbeeld

De implementatietoolkit XDS van Regionale Oncologienetwerken is een goed voorbeeld waar veel aandacht is voor de implementatie van een initiatief. In dit geval gaat het om het gebruik van een internationale standaard voor digitale gegevensuitwisseling. Middels de toolkit is voor de gebruiker snel duidelijk wat voor hem van toepassing is en welke stappen moeten worden gezet.

De transformatie naar digitale/hybride zorg heeft een vogelvlucht genomen door covid-19. Dit staat beschreven in [de kamerbrief over motie digitale en hybride zorg \(25-10-2021\)](#). Onderstaand worden een aantal goede voorbeelden weergegeven van ontwikkelde applicaties ten behoeve van zorg. Desalniettemin wordt nog gering het gesprek gevoerd over digitale zorg en de kansen die daar liggen. Dit is niet in lijn met de landelijke ambitie en behoefte om digitale zorg steeds meer een integraal onderdeel van zorg te maken. Daarbij vinden zorgverzekeraars dat er nog te weinig onderzoek naar transformatie naar digitale zorg en juiste zorg op juiste plek wordt gedaan.

Voorbeelden

Safe@home is een thuismonitoringsprogramma voor zwangeren. Dit is een goed voorbeeld van een nieuw zorgpad wat wordt ondersteund met eHealth technologieën. Waarbij een specialist dit heeft opgezet en zijn collega's heeft meegenomen om de zorg daadwerkelijk op deze manier te leveren.

Een ander voorbeeld van een umc rondom digitalisering is de follow-up van patiënten met Inflammatory Bowel Disease (IBD) met behulp van de IBD coach. Via een beveiligde persoonlijk pagina en app heeft de patiënt inzicht in bijvoorbeeld het behandelplan, de mogelijkheid om meer te leren over de aandoeningen en hebben de zorgverleners inzicht in het beloop van de ziekte en de klachten van een patiënt. Door het gebruik van de app hoeven patiënten minder naar de polikliniek te komen.

Verdeling hoogcomplexere zorg gaat gepaard met grote belangen

De huidige verdeling van hoogcomplexere zorg is vaak historisch ontstaan of door de Wbmv. Een aantal medische ingrepen zijn namelijk zodanig bijzonder, dat maar enkele ziekenhuizen een vergunning hebben om deze zorg te leveren. In deze gevallen bepaalt de minister welke, en hoeveel ziekenhuizen of klinieken, een vergunning krijgen.

Zorgverzekeraars en ziekenhuizen merken op dat afspraken over waar hoogcomplexere zorg plaatsvindt ingewikkeld zijn. Dit is ook zichtbaar in het recente concentratiebesluit van de minister over kinderhartcentra. De minister van VWS heeft aan de NZa gevraagd om een impactanalyse te maken van de gevolgen van het besluit (zie [Kamervragen en antwoorden 15-02-2022](#)). VWS kijkt ook hoe de NZa behulpzaam kan zijn om het transitieproces op zorgvuldige wijze te laten plaatsvinden (zie [kamerbrief 11-01-2022](#)).

In lijn met de maatschappelijke opgave, heeft het coalitieakkoord 2021-2025 de ambitie om meer in te zetten op de concentratie van hoogcomplexere zorg. Coalitiepartijen willen hierbij oog houden dat gedwongen concentratie consequenties heeft voor de financiële bedrijfsvoering van umc's en ziekenhuizen die bepaalde zorg niet langer mogen leveren. Hierbij is het voornemen om rekening te houden met een transitieperiode van vijf jaar voor de op- en afbouw van complexe zorg.

2.2 Maatschappelijke opgave 2: Beschikbare en toegankelijke zorg in de regio

Umc's nemen een actieve rol in het beschikbaar en toegankelijk houden van zorg in de regio. Dit doen zij door:

- Niet-complexe zorg zoveel mogelijk over te dragen naar overige instellingen, waardoor zorg nabij de patiënt gegarandeerd blijft.
- Spilfunctie bij beweging naar samen behandelen, in plaats van directe doorverwijzing naar umc's. Umc's bieden hun deskundigheid aan en onderzoeken optimale verwijsstromen.
- Kritische reflectie op zichzelf: *Voor welke patiënten is een umc echt van toegevoegde waarde?*
- Samenwerking met andere ziekenhuizen en/of via e-health organiseren van de (medisch) specialistische zorg.

Meer zorgpaden en écht samenwerken

Alle umc's hebben voorbeelden van het verplaatsen van niet-complexe zorg naar overige instellingen en het opzetten van gezamenlijke zorgpaden. Inhoudelijk kan men elkaar goed vinden. Succesfactoren zijn sterke banden, onderling vertrouwen en op locatie écht samenwerken. Het elkaar opzoeken op de werkvloer moedigen wij aan en is in onze ogen ook essentieel om de samenwerking te bekrachtigen. Tevens is dit in lijn met de verwachting vanuit de maatschappelijke opgave, namelijk dat de medisch specialist zich verplaatst in plaats van de patiënt. Daarnaast benadrukken umc's dat het van belang is dat andere ziekenhuizen voldoende absorptievermogen (de kennis en capaciteit in huis) hebben om het uitplaatsen van zorg te laten slagen.

Voorbeelden

Eén van de umc's geeft het voorbeeld dat veel specialisten ook elders werken, dit gebeurt onder andere bij de specialismen neurochirurgie, plastische chirurgie en bij oncologische ingrepen. Op deze manier wordt kennis en expertise gedeeld. Een vakgroep werkt zelfs met gecombineerde diensten tussen ziekenhuizen, waardoor ze met een kleinere bezetting het rooster rond kunnen maken.

Een ander voorbeeld is dat verschillende umc's in de regio een (digitaal) multidisciplinair overleg opzetten waar gezamenlijk triage plaatsvindt.

Afspraken over budgetoverheveling zijn zeer lastig

Het maken van financiële afspraken over verplaatsing van zorg vormt een struikelblok. Ziekenhuizen en umc's ervaren de onderhandeling als zeer lastig en tijdrovend, waarbij het ziekenhuis van mening is vaak het onderspit te delven. De zorgverzekeraar lijkt zich hier geregeld op afstand te houden; in afwachting tot een overeenstemming tussen umc's en ziekenhuizen. Zorgverzekeraars erkennen dat de umc's meer macht hebben ten opzichte van ziekenhuizen, en ook ten opzichte van hen. Het is onmogelijk om een umc niet te contracteren, dit versterkt hun onderhandelingspositie.

Zorgverzekeraars geven op hun beurt aan dat het voor hen niet inzichtelijk is welk type zorg verplaatst kan worden. Ook wordt er niet altijd gecommuniceerd naar zorgverzekeraars dat er sprake is van verplaatsing van zorg, omdat een umc bang is voor de financiële consequenties. Maar zorgverzekeraars zien het als hun taak om zekerheid te bieden aan umc's en ziekenhuizen voor het verplaatsen van zorg, bijvoorbeeld met shared savings- en/of meerjarencontracten. De focus ligt hierbij op de eigen regio.

Al met al is verplaatsing van zorg een ingewikkeld traject met financiële belemmeringen rondom het benutten van bestaande capaciteit op regionaal- en macroniveau.

Bepaald volume basiszorg in umc's is essentieel

Partijen zijn het er over eens dat umc's een bepaald volume van basiszorg moeten leveren. Ook het coalitieakkoord 2021-2025 bekrachtigt dit. Zoals beschreven in hoofdstuk 1 verwachten wij van umc's een continue, kritische zelfreflectie op de vraag '*voor welke patiënten is een umc echt van toegevoegde waarde?*' en sturen wij aan op verdiepend inzicht in basiszorg in umc's. Dit zodat uiteindelijk duidelijk wordt waar naar toe gewerkt kan worden en wat de potentie voor het verplaatsen van basiszorg is.

2.3 Maatschappelijke opgave 3: Netwerkvorming en samenwerking

Umc's vergroten hun rol als aanjager van netwerkvorming en samenwerking door:

- Intensiever samenwerken met andere zorgaanbieders in het belang van individuele patiënt en zorg als geheel.
- Verbindende functie voor netwerkvorming in hun regio op te pakken als dat niet al succesvol door andere partijen is opgepakt. Dit in samenspraak met andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars.
- Expertise over zeldzame aandoeningen beschikbaar maken voor behandelaren dichtbij de patiënt.

Meer samenwerking/netwerkvorming, start vaak bottom-up

Het opzetten van duurzame samenwerkingsverbanden en netwerken kost veel tijd, energie en geduld. Mede door covid-19 is er een verschuiving naar intensiever samenwerken, regionaal en landelijk. Er zijn veel verschillende vormen en soorten netwerken en samenwerkingsverbanden. Netwerken ontstaan meestal bottom-up vanuit een vakgroep of medisch specialist en zijn zorginhoudelijk gedreven. Ook volume- en kwaliteitsnormen zijn vaak een trigger voor samenwerking, dit zien we met name in de oncologienetwerken. Er zijn verschillende regio's waar de ene complexe oncologisch ingreep is geconcentreerd in één instelling en een andere complexe oncologische ingreep in een andere instelling. Hierdoor wordt in de regio samen aan de volumenormen voldaan en wordt de patiënt in het ziekenhuis behandeld waar de focus op die betreffende zorgvraag ligt. Tegelijkertijd vormen de volume- en kwaliteitsnormen soms ook een belemmering in de samenwerking. Bijvoorbeeld wanneer een medisch specialist binnen een samenwerkingsverband in verschillende ziekenhuizen zorg levert, dan wordt niet voldaan aan de volumenorm omdat deze is gekoppeld aan één instelling en niet aan een medisch specialist of samenwerkingsverband. Daardoor komt in deze gevallen de samenwerking juist moeilijker van de grond. Niettemin zijn succesfactoren bij netwerkvorming onderling vertrouwen, een goede band en écht samenwerken op de werkvloer, zowel binnen één instelling als tussen verschillende instellingen.

Voorbeelden:

Eén van de umc's geeft het voorbeeld dat zij een oncologisch netwerk hebben opgezet die zich richt op alle tumorsoorten. Het netwerk bedient alle inwoners in de regio en is een samenwerking tussen negen ziekenhuizen en een radiotherapeutisch centrum. Daarnaast werkt het netwerk nauw samen met het IKNL.

Weinig uniformiteit bij organisatiestructuur van netwerken

Bij veel umc's is er geen geformaliseerd proces of centrale aansturing voor het opzetten of organiseren van samenwerking. Zo verschilt het per thema, doel van het netwerk en regio hoe dit het best vormgegeven kan worden. Een structuur voor het opzetten en organiseren van netwerken staat nog in de kinderschoenen. Zo gaven ziekenhuizen aan dat er per vakgroep of patiënten doelgroep vaak een wisselende samenstelling van mensen aan tafel zit om de samenwerking vorm te geven. Vanwege de diversiteit en hoeveelheid netwerken is een totaaloverzicht van netwerken zeer lastig, dan wel onmogelijk. Eén umc geeft aan wel de ambitie te hebben om intern meer structuur en overzicht te creëren en de externe samenwerking en communicatie naar buiten te versterken.

Netwerken kunnen van elkaar leren, zowel op het vlak van zorginhoud als organisatie. Het op één lijn krijgen van alle betrokken partijen en een heldere gezamenlijke visie binnen een netwerk is van belang voor meer slagkracht, samenwerking en een duurzaam resultaat. De netwerkstructuren kunnen verbeterd worden door meer aandacht te besteden aan de organisatorische inrichting en uniformiteit. Hiermee wordt ook voorkomen dat het (informele) netwerk valt of staat bij één persoon, dit maakt het netwerk minder kwetsbaar en toekomstbestendiger.

Voorbeelden:

Eén umc geeft aan dat binnen hun ziekenhuis een afdeling is opgezet die zicht richt op strategische allianties. Het uitgangspunt hierbij is de juiste zorg op de juiste plek. Deze afdeling ondersteunt samen met de afdeling juridische zaken bij het opzetten van netwerken in de regio, nationaal en internationaal.

Een ander voorbeeld is de inzet van een liaison als tussenpersoon ter bevordering van de organisatie van samenwerking. Deze persoon is ervaren in steeds hetzelfde pad bewandelen, daarbij zit er een vast persoon aan iedere overlegtafel.

Verdeeldheid over aanjagersrol bij netwerken van umc's

De umc's zien voor zichzelf, in lijn met de maatschappelijke opgave, de rol van aanjager en verbinder binnen netwerken. Hierbij geven zij aan dat de visie binnen netwerken altijd in samenspraak met regionale partijen moet plaatsvinden. Echter wordt de rol (en omvang van rol) van umc's voor netwerkvorming niet zozeer herkend als een rol voor uitsluitend umc's. Het opzetten van samenwerkingsverbanden en netwerken is een gedeelde verantwoordelijkheid, waarbij het soms logischer is om de verantwoordelijkheid bij een ander ziekenhuis of zorgverzekeraar neer te leggen. Ziekenhuizen zien dan ook een net zo grote taak voor henzelf als voor umc's. Aan de ene kant omdat niet in elke regio een umc's actief is, en aan de andere kant omdat er ook veel samenwerkingsverbanden en netwerken zijn op zorgthema's die niet per definitie bij een umc belegd zijn, zoals ketenzorg en basiszorg.

Zorgverzekeraars zien voor umc's ook meer een begeleidende rol dan een kartrekkersrol bij netwerkvorming. Daarnaast vinden zij dat de regierol bij netwerken vanuit een integraal beeld van het gehele zorgveld moet ontstaan. Zorgverzekeraars zijn van mening dat de eindverantwoordelijkheid van netwerken bij hen ligt en zien de aanjagersrol ook voor zichzelf; als een neutralere speler die via zorginkoop de verbindende factor van netwerken kan zijn. Indien samenwerking onvoldoende tot stand komt tussen veldpartijen, ligt er kijkend naar het huidige hoofdlijnenakkoord, inderdaad een aanjagersrol bij zorgverzekeraars.

Herijking invulling rol umc's en overweging verbindende functie

De NZa kijkt ook genuanceerd naar de grootte van de rol van umc's als kartrekker en aanjager van netwerken. Wij hechten waarde om de verbindende functie neer te leggen bij de partij die daar het meest geschikt voor is. Dit kan per situatie verschillen. Indien het passend is dat een umc de verbindende functie in regio oppakt wensen wij dat dit wordt gedaan. Echter kunnen wij ons ook voorstellen dat het passender is om deze functie bij de zorgverzekeraar en/of een andere partij en een ondersteunend bureau neer te leggen. Niettemin is meer aandacht voor de organisatorische inrichting- en verbinding van netwerken van belang.

Samenwerking staat soms op gespannen voet met marktwerking

Umc's ervaren het huidige systeem van gereguleerde marktwerking als een drempel om samen te werken. Het zorgstelsel is ingericht vanuit onderlinge concurrentie van ziekenhuizen, dit verenigt zich niet altijd gemakkelijk met samenwerken. Desalniettemin zien we ook steeds meer goede voorbeelden van samenwerking/netwerkvorming.

De NZa begrijpt de spanning tussen concurrentie en samenwerking. Instellingen hebben verschillende belangen bij een samenwerking, die zelden volledig overlappen. Tegelijkertijd lijken de gevoelde

beperkingen van marktwerking en mededinging niet in lijn met de mogelijkheden die er zijn om samen te werken, zeker wanneer het een maatschappelijke opgave betreft. Ook hechten wij veel waarde aan de woorden van de voormalig minister in zijn brief over de maatschappelijke opgave; '*samenwerking binnen het bestaande stelsel is het sleutelwoord*'. De NZa en de ACM vinden het belangrijk dat partijen zich (nog meer) gesterkt voelen om de samenwerking op te zoeken, indien dit ten goede komt aan de zorg voor patiënten. Met name bij hoogcomplexere zorg, zorg die vaak verbonden is aan umc's, zien wij een groot voordeel voor patiënt en maatschappij bij meer samenwerking. Voor meer informatie over de mogelijkheden van samenwerken verwijzen wij naar [Samenwerken in de ziekenhuiszorg | ACM.nl](#) en de [Beleidsregel de juiste zorg op de juiste plek](#) van de ACM.

Tot slot zijn er in de samenwerking knelpunten rondom het delen van patiëntgegevens die zowel juridisch als praktisch (verschillende elektronische patiëntendossiers) van aard zijn. Partijen geven aan dat wet- en regelgeving het delen van data in de weg staat en zijn terughoudend in het delen van patiëntgegevens. Er is onder partijen onduidelijkheid welke data uitgewisseld mag worden. De NZa erkent dat dit een knelpunt is, mede omdat de betrokken zorgaanbieders geconfronteerd worden met verschillen in opvattingen over onder welke juridische voorwaarden het delen van patiëntinformatie mogelijk is, in verschillende situaties. Autoriteit Persoonsgegevens (AP) geeft aan benaderbaar te zijn voor vragen vanuit zorgverleners. Daarnaast doen zij de handreiking naar branchepartijen om samen met hen te onderzoeken hoe voor partijen hierin meer (rechts-)zekerheid kan worden geschapen. De NZa blijft met ACM en AP in contact over de informatievoorziening rondom mogelijkheden van samenwerking.

2.4 Maatschappelijke opgave 4: Coördinatie van acute zorgketen

Umc's vergroten hun actieve rol in de coördinatie van de acute zorgketen door:

- In het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) te zorgen voor een 24/7 werkend systeem voor acute zorg.
- Een proactieve inzet van de 11 traumacentra (waaronder alle umc's) als verantwoordelijke voor het organiseren van het ROAZ. Waarbij zij knelpunten en verbeteringen actief agenderen, signaleren en zich inzetten voor oplossingen.
- Met ROAZ-leden plannen te maken voor de instroom, doorstroom en uitstroom van de acute zorg.

Deze maatschappelijke opgave gaat over de rol van de traumacentra als voorzitter van het ROAZ. Dit is dus een grotere rol dan alleen een rol voor de 7 umc's.

Traumacentra pakken hun rol in het acute zorgnetwerk

De traumacentra's geven aan dat zij steeds meer invulling geven aan de omschreven rol van het coördineren en regisseren van de acute zorgketen in de regio. De toegankelijkheid van de acute zorgketen staat in de ROAZ-overleggen centraal en het ROAZ monitort de capaciteit in de acute zorgketen. Daarnaast heeft het ROAZ tijdens de covid-19 pandemie een centrale rol gespeeld bij de coördinatie van de toegankelijkheid tot de (semi) acute zorg, maar ook ten aanzien van de op- en afschaling van de (kritiek)planbare zorg.

Spanningsveld met rol van zorgverzekeraars

Het is van belang om een duidelijk onderscheid te maken tussen de rol van het traumacentrum als ROAZ-voorzitter en de rol van de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben vanuit hun zorgplicht de verantwoordelijkheid om de toegankelijkheid van kwalitatief goede zorg voor hun verzekerden te borgen. Dit betekent dat zij moeten zorgen voor goede bereikbaarheid en beschikbaarheid van acute zorg voor hun verzekerden. Ook zij hebben dus een verantwoordelijkheid om veranderingen en knelpunten te signaleren en bespreken.

De huidige rol van zorgverzekeraars binnen het ROAZ wordt verschillend ingevuld: in de ene regio is de zorgverzekeraar heel bepalend. In een andere regio is er minder sturing vanuit de zorgverzekeraar, bijvoorbeeld met betrekking tot de concentratie van traumazorg op normeringsdoelen. De inkoop van acute zorg door zorgverzekeraars maakt integraal onderdeel uit van de contractafspraken die zij met ziekenhuizen maken over reguliere zorg. Hierdoor is er minder/geen directe en frequente sturing op het acute zorgdeel van umc's. Daarnaast benoemen umc's en ziekenhuizen dat gedeeld leiderschap belangrijk is, hier sluiten de ziekenhuizen uit het ROAZ zich bij aan.

Landelijke kaders zijn essentieel om coördinerende rol van traumacentra (beter) te vervullen

Umc's hebben een sterke behoefte aan landelijke kaders die meer duiding geven aan hun bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Gedurende de covid-19 pandemie is de structuur van het ROAZ namelijk breder ingezet dan de (semi)-acute zorg; de ROAZ'en hebben ook een rol gekregen in de coördinatie van de op- en afschaling van de (kritiek) planbare zorg en het borgen van de continuïteit van de zorgketen. Deze rol is niet verankerd in wet- en regelgeving. Er is verdeeldheid over het wel/niet voortbouwen op deze bestaande structuur en samenwerking en het vergroten van de rol van ROAZ'en. Vanuit zorgverzekeraars en ziekenhuizen ontvangen wij geluiden dat het ROAZ zich post covid-19 weer dient te beperken tot enkel de acute zorg in de regio. Het is van belang dat er consensus is, en wanneer nodig een herijking en betere verankering in wet- en regelgeving ontstaat, over de rol en scope van ROAZ'en. Om die reden doen wij een oproep aan het ministerie van VWS om, mede op basis van de lessen die we deze pandemie hebben geleerd, de rol van het ROAZ en de partijen verenigd binnen het ROAZ te evalueren. Om vervolgens (1) scherper te definiëren wat we hiervan in de toekomst verwachten, zowel binnen als buiten crisistijd en (2) wat een passende governance, rolverdeling en scope is. Dit is een gespreksonderwerp wat buiten de monitor umc's opgepakt wordt.

Naast landelijke kaders geven de umc's aan dat de coördinerende rol verbeterd kan worden door een betere informatie-uitwisseling voor zowel patiëntgegevens als over capaciteit. Dit herkennen wij als aandachtspunt en is onderdeel van ons advies passende acute zorg dat in het eerste kwartaal van 2022 gepubliceerd wordt.

2.5 Maatschappelijke opgave 7: Dure geneesmiddelen

Umc's leveren een actieve bijdrage aan de discussie rond dure geneesmiddelen door:

- Het toepassen van principes voor 'maatschappelijk verantwoord licentiëren' (mvl)

In deze monitor is enkel ingezoomd op de taak van umc's rondom mvl. Overige taken beschreven in deze maatschappelijke opgave, zoals doelmatige inzet van dure geneesmiddelen en samenwerking bij nieuwe sluisgeneesmiddelen, komen aan bod in de jaarlijkse monitor msz van de NZa.

De minister van VWS heeft in 2016 de verantwoordelijkheid voor het stellen van voorwaarden aan collectieve financiering belegd bij de umc's. Onder leiding van de NFU is in 2020 een [toolkit](#) voor mvl opgeleverd. Mvl is het verbinden van voorwaarden aan het licentiëren van ontdekkingen van publieke kennisinstellingen, die uit kunnen monden in geneesmiddelen. Dit met als doel de toegankelijkheid en betaalbaarheid daarvan te borgen.

Géén concrete, meetbare afspraken via mvl

Umc's hebben wisselend vertrouwen in de mogelijkheid en impact om via mvl tot betere beschikbaarheid en maatschappelijk verantwoorde prijzen van dure geneesmiddelen te komen. Vier van de zeven umc's maken geen afspraken met de farmaceutische industrie over de prijs van een geneesmiddel bij het licentiëren van hun wetenschappelijke inzicht dat voort kan vloeien in een geneesmiddel. De umc's die aangeven hier wel afspraken over te maken, baseren dit op de NFU toolkit, maar noemen daarbij geen concrete voorbeelden. Naast mvl zijn er meerdere oplossingen nodig voor het indammen van de stijgende geneesmiddelen uitgaven. Denk bijvoorbeeld aan gepast gebruik, pakketbeheer, octrooi beleid, registratiebeleid, waarbij ook andere partijen dan umc's aan zet zijn.

Voorbeelden

Drie umc's beschrijven initiatieven die zij hebben genomen op het gebied van toegankelijkheid en betaalbaarheid van geneesmiddelen. Zo wordt er door één umc verwezen naar het platform '[Medicijn voor de Maatschappij](#)', verwijst een andere umc naar [Brightlands Maastricht Health Campus](#) en wordt er door meerdere umc's verwezen naar de gezamenlijke oprichting van de [A15 apotheek](#).

Het lukt umc's niet om concrete, meetbare mvl afspraken te maken

De meeste umc's hebben wel de ambitie om via mvl actie te ondernemen tegen onredelijk hoge geneesmiddelenprijzen, maar ervaren dat zij dat in concrete zin niet kunnen. De onderhandelingspositie van individuele umc's is onvoldoende ten opzichte van de farmaceutische industrie. De licentienemer heeft geen belang bij bemoeienis over de prijs en staat dan ook niet open voor afspraken hierover. Tegelijkertijd wil het umc wél de ontdekking licentiëren. Ook is het te moeilijk om in een dergelijk vroeg stadium van ontwikkeling concrete afspraken over prijzen en winstmarges te verwerken. Dit aangezien er nog veel onzekerheden zijn. Daarbij heeft één umc aangegeven ook over onvoldoende kennis, expertise, tijd en geld te beschikken om überhaupt toezicht te kunnen houden op eventuele mvl afspraken.

Umc's lijken financieel te afhankelijk van de farmaceutische industrie

Hoewel de minister de verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van mvl voornamelijk heeft belegd bij umc's, is onduidelijk wat het voordeel hiervan is voor deze umc's. Aan de andere kant is het voor umc's wel duidelijk dat zij wat te verliezen hebben. Er is namelijk een groot afbreukrisico als de licentienemer stelt dat de derde geldstroom onzeker wordt, zodra men over prijs(transparantie) begint. Hierdoor kan minder productontwikkeling ontstaan. Uit de genoemde knelpunten maken wij op dat de umc's op dit moment financieel te afhankelijk lijken te zijn van de farmaceutische industrie om via licenties een maatschappelijk verantwoorde prijs te af te dwingen. Om dit te doorbreken kijken umc's op hun beurt weer naar de overheid.

Samengevat geven umc's aan dat zij wel invloed willen hebben op de hoge geneesmiddelenprijzen van hun eigen ontdekte geneesmiddelen, maar het niet goed kunnen. Dit omdat zij er zelf in directe zin en op korte termijn geen belang bij hebben en bovendien (of daarom) geen kennis en tijd voor hebben.

Oproep aan ministerie van EZK en VWS: hoe kunnen knelpunten weggenomen worden?

De minister heeft aangegeven dat het kabinet het aanscherpen van de toolkit voor maatschappelijk verantwoord licentiëren met de NFU zal bespreken in het kader van het nationale platform FAST (Future Affordable & Sustainable Therapies). Het positieve is dat de discussie leeft onder umc's, overheid en (internationale) politiek. Daardoor komt het moment van effectief mvl steeds dichterbij.

VWS stelt bij verstrekking van subsidies aan het Oncode Institute en ZonMw de voorwaarde dat zij mvl moeten toepassen bij medische producten. Wij adviseren de ministeries van EZK en VWS om te onderzoeken hoe de knelpunten van umc's weggenomen kunnen worden. Want Nederland heeft bij een florerende topsector gezondheidszorg, ook de verantwoordelijkheid om de zorg voor Nederlanders betaalbaar te houden: niet alles kan.

Quote van één umc:

'De overheid zou richting kunnen geven door, zoals in de UK, de maximale kosten van een QALY vast te stellen zodat ontwikkelaars een ontwerp doel hebben bij de ontwikkeling van nieuwe oplossingen.'

